MISSION GOUVERNEMENTALE

CONSTRUIRE UN SYSTÈME DE PRÉVENTION PRIMORDIALE

Replacer la santé sous de bonnes influences

Investir dans la prévention primordiale autant que dans le soin.

Cyrille Isaac-Sibille, député du Rhône

Rapport remis au Premier ministre
Sébastien Lecornu
le 13 juillet 2026

Avant-propos

Par lettre du 13 janvier 2026, le Premier ministre Sébastien Lecornu m'a confié la mission de dresser un état des lieux transversal permettant d'analyser le pilotage, le déploiement et les résultats des politiques de prévention primordiale, et de formuler des propositions opérationnelles et évaluables dans le temps.

Je remercie le Premier ministre pour sa confiance. Médecin otorhinolaryngologiste de formation, élu local pendant 25 ans et député du Rhône depuis neuf ans, j'ai toujours été convaincu que notre système de santé ne pourrait relever les défis du XXIème siècle sans placer la prévention au premier rang de son organisation. Cela a été le centre de mon action ces dernières années.

Cette mission intervient à un moment où la prévention primaire est devenue un impératif sanitaire, social, démocratique et financier. Le vieillissement démographique, la progression des maladies chroniques évitables, les inégalités sociales et territoriales de santé, les expositions environnementales et l'impossibilité de financer les innovations thérapeutiques extraordinaires qui arrivent imposent de ne plus considérer la prévention primordiale comme un complément du soin, mais comme le pilier primordial, comme son nom le précise, de notre modèle de protection sociale.

C'est pour cette raison que je parlerai donc dans ce rapport de **prévention primordiale**, plus que de prévention primaire. La mission conserve pour objet l'évaluation de la prévention primaire, conformément à la lettre de mission. Elle propose toutefois d'en refonder la doctrine en accordant une place centrale à la prévention primordiale, qui est la prévention de l'émergence des facteurs de risques en transformant les environnements.

Les travaux ont été conduits à trois niveaux. J'ai souhaité tout d'abord travailler sur les organisations locales et les acteurs de terrain, rechercher ensuite ce que nous enseignent les expériences internationales et m'intéresser enfin aux problèmes de gouvernance et de financement. Nous avons croisé un ensemble de matériaux : inventaire des cadres stratégiques et plans existants, auditions d'acteurs institutionnels, professionnels, associatifs, scientifiques et territoriaux, déplacements et rencontres, contributions écrites, questionnaires, consultation citoyenne, analyse de la littérature scientifique et institutionnelle.

Un groupe d'experts, animé par le Professeur Franck Chauvin, a été mobilisé afin d'éclairer les travaux et de nourrir les propositions formulées dans ce rapport.

Au total, 327 auditions ont été menées, dont 91 par le groupe d'experts, 15 déplacements et rencontres ont été organisés et 147 contributions écrites ont été recueillies.

Je tiens à adresser mes remerciements appuyés à l'ensemble des personnalités auditionnées ainsi qu'à celles qui ont contribué à cette mission par leurs observations et contributions écrites. Je souhaite également remercier le **Professeur Franck Chauvin**, pour son expertise scientifique et l'animation du groupe d'experts ; **Monsieur Malik Lahoucine**, chef de projet au Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, pour son appui technique et méthodologique ; ainsi que mes collaborateurs parlementaires, **Mesdames Karin Kamalanavin, Jacqueline Lebrun, Sonya Richard et Monsieur Bastien Matias** pour leur implication tout au long de cette mission.

Je remercie chaleureusement l'ensemble des membres du groupe d'experts, dont la diversité des compétences a permis de nourrir les travaux de cette mission : **Madame Yvanie Caillé, Professeur Linda Cambon, Professeur Olivier Claris, Monsieur Jean-Jacques Coiplet, Professeur Patrice Diot, Docteur Mohammed Hamid Elarouti, Professeur Bertrand Fougère, Madame Christèle Gautier, Docteur Sylvain Gautier, Docteur Luc Ginot, Monsieur Sébastien Guérard, Professeur Étienne Minvielle, Professeur Philippe Vanhems**.

Enfin, je souhaite saluer l'ensemble des citoyens, professionnels, associations et acteurs de terrain qui ont contribué à cette réflexion collective.

Parce qu'il était nécessaire de disposer d'un fil conducteur permettant d'illustrer concrètement les réussites, les limites et les enjeux des politiques de prévention primordiale, le rapport s'appuie régulièrement sur l'exemple de la vaccination. Celle-ci constitue en effet l'une des politiques de prévention les plus documentées, les plus évaluées et les plus emblématiques. Des encadrés thématiques consacrés à la vaccination viendront ainsi illustrer les différentes parties du rapport, afin d'illustrer de manière concrète les constats et les propositions formulées.

ABRÉGÉ

Construire un système de prévention primordiale

Scannez ce QR code pour consulter l'abrégé du rapport

Sommaire

Introduction

I. Paradoxe français : une excellence tournée vers le soin, mais une santé globale qui se dégrade du fait d'une prévention négligée 10
II. Historique : la prévention en santé, une ambition ancienne à réaffirmer 11
A) La prévention primordiale depuis l'Antiquité 11
B) Pourquoi la prévention primordiale est-elle si importante ? 12
C) Lentement, depuis 50 ans, notre système de santé s'égare 13
III. Définitions 15

Première partie - État des lieux

I. Peu de traduction en politique publique d'une ambition de prévention primordiale désormais revendiquée par tous 20
A) Une notion inscrite dans la loi 21
B) Une priorité constamment affirmée mais sans stratégie opérationnelle durable 22
II. Pour quels résultats ? 23
A) Une dégradation de l'état de santé de la population 23
B) De fortes inégalités liées aux déterminants de santé 25
1. Les déterminants sociaux et territoriaux 26
2. Les déterminants environnementaux et l'exposome 28
3. Les déterminants commerciaux et industriels et les risques de dérives de la prévention : culpabilisation, marchandisation et inégalités 32
C) Une politique inachevée visant à la réduction des facteurs de risque 33
1. Le tabac 34
2. L'alcool 34
3. L'alimentation 35
4. La sédentarité 36
5. Les addictions aux produits illicites 38
6. La santé mentale face aux risques émergents 39
III. Comment expliquer la faible efficacité des politiques de prévention ? 41
A) Absence de coordination nationale en faveur de la prévention primordiale 41
1. Un portage politique et administratif faible, cloisonné et peu démocratique 42
a) Une Direction générale de la santé affaiblie 44
b) Une déclinaison territoriale qui se fait aussi de manière cloisonnée 45
2. Une recherche et une expertise inexploitée 47
a) La nécessité d'une recherche centrée sur l'impact 48
b) Une dynamique encore incomplète en France 48
c) Des causes structurelles du retard en France 49
d) Un changement récent des politiques de recherche en prévention 49
e) Recherche, science et expertise en France : un paysage complexe et morcelé 50
(1) Les organismes de recherche 51
(2) Une capacité d'expertise à davantage structurer 51
(3) La césure entre la décision politique et la science 53
3. Des données riches issues d'organismes nombreux… qui ne se parlent pas… qui ne produisent pas de tableaux de bord 54
a) Une capacité limitée à apporter une aide au pilotage 55
b) Des données qui documentent davantage le soin que les déterminants de santé 55

c) ORS, SCORE-Santé et diagnostics territoriaux : des atouts 59
d) Des données encore insuffisamment accessibles et exploitables **59**
B) Une prévention qui peine à se systématiser **60**
1. Des expérimentations intéressantes mais pas de passages à l'échelle 60
a) Une France riche en initiatives, mais pauvre en capacités de généralisation 61
b) Les haltes soins addictions : un cas d'école du passage à l'échelle empêché 62
c) L'article 51 : un levier utile pour la prévention primordiale 62
2. Une évaluation encore trop faible des politiques mises en œuvre 63
a) L'évaluation, condition de la crédibilité des politiques de prévention 63
b) Construire une culture de l'évaluation adaptée aux acteurs de terrain 65
c) Évaluer l'efficience sans réduire la prévention à un calcul budgétaire 66
d) Vers une intégration systématique des évaluations d'impacts sur la santé 67
C) Des médecines de prévention « oubliées » **68**
1. Pour l'enfance et la jeunesse, une PMI et une médecine scolaire et étudiante « en souffrance » 68
a) Les services de PMI, un pilier de la prévention sous tension 69
b) La médecine scolaire isolée 70
c) La santé étudiante à renforcer 72
d) La protection de l'enfance, un angle mort de la prévention primordiale 74
2. Pour les actifs, une médecine du travail et des organismes complémentaires 76
a) La médecine du travail 76
b) Les organismes complémentaires et prévoyance : un laboratoire d'actions de prévention 78
D) Une organisation territoriale riche d'acteurs et d'initiatives mais structurellement fragmentée **81**
1. Au niveau des associations 81
2. Au niveau des territoires 83
a) Les collectivités territoriales, des acteurs de la prévention en santé 83
b) Une coordination insuffisante des dispositifs 86
(1) Le contrat local de santé et le contrat local de santé mentale : des outils utiles pour la prévention 87
(2) L'articulation nécessaire avec les CPTS 88
(3) L'articulation nécessaire avec les GHT 89
(4) Les nouvelles structures intervenant sur des champs communs 89
3. En matière de soins 90
4. Le vieillissement : un enjeu massif de prévention primordiale et de prévention de la perte d'autonomie 92
a) Le vieillissement est un champ de prévention primordiale 92
b) Une prévention du vieillissement nécessairement territorialisée 94
c) Les limites actuelles 95
5. Le handicap : un révélateur de la nécessité d'une prévention primordiale réellement inclusive 97
6. Des publics oubliés : Les établissements pénitentiaires 98
7. Les citoyens et la démocratie sanitaire 102
E) Un modèle de financement inadapté **106**
1. Une architecture financière de la prévention primordiale complexe 107
2. La prévention en santé : un enjeu de soutenabilité de la dépense de santé 109
3. Un modèle économique qui reste à définir 110
4. Structurer un marché sans marchandiser la prévention 111
F) Restons optimiste : l'exemple d'un modèle qui fonctionne : l'enseignement et les métiers agricoles **113**
1. L'enseignement et les métiers agricoles 113
2. La politique de vaccination 115
IV. L'émergence d'une prévention personnalisée soutenue par l'intelligence artificielle **117**

V. Comparaison internationale - Quelques notions pour espérer 119
A) La France : des résultats moyens, mais des marges de progression importantes 119
B) La dépense de santé et l'offre de soins n'expliquent pas tout 120
C) Quelques configurations nationales éclairantes 123
1. Allemagne : haut niveau de dépense, gouvernance fédérale et incitations par les caisses 123
2. Pays nordiques : prévention dans les milieux de vie et apprentissages précoces 123
3. Lignes de force des modèles étrangers territoriaux 124
D) Repérer le risque plutôt que dépister indistinctement 125
E) L'enseignement transversal : réduire les inégalités par l'universalisme proportionné 126
F) Aucun modèle importable, mais des constantes utiles 126
VI. Que retenir de cet état des lieux ? 129
A) Une nécessaire prise de conscience institutionnelle 129
B) Notre pays possède tous les atouts pour construire une politique de prévention primordiale 129
C) Les limites qui appellent des propositions structurelles 130
D) Le diagnostic d'ensemble 131
E) De l'état des lieux aux propositions : les critères d'une réforme crédible 132

Deuxième partie - Ce que nous enseigne la science et les publications internationales

I. La santé des population (Population Health) 135
A) Emergence et définition du concept 135
B) Santé publique, santé des populations et gestion de la santé des populations 137
C) Une rupture avec le modèle biomédical classique 137
D) Les déterminants de santé : une approche multidimensionnelle 138
E) L'amélioration de la santé des populations 139
F) Les principes structurants de la santé des populations 139
1. Orientation avec les résultats de santé 139
2. Réduction des inégalités 140
3. Approche intersectorielle 140
4. Approche du parcours de vie 141
5. Responsabilité collective plutôt que contrainte individuelle 141
G) Implications pour le système de santé 141
H) Le cadre du King's Fund : une vision systémique 142
I) Gouvernance et responsabilité populationnelle 142
J) Limites et défis de mise en œuvre 143
K) Deux exemples de plans nationaux mettant en œuvre le concept de santé des populations 143
1. La prévention et l'amélioration de la santé de la population dans le Plan Santé du Québec (2022) 144
a) Une reconnaissance explicite de la prévention comme fonction stratégique 145
b) Le réinvestissement dans la santé publique 145
c) La promotion des saines habitudes de vie 145
d) La prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées 146
e) Une priorité accordée à la santé mentale 146
f) L'intervention précoce auprès des enfants et des jeunes 147
g) Une approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé 147
h) Les organismes communautaires comme acteurs de la prévention 147
i) Le développement des données populationnelles 148
j) Enseignements de l'exemple québécois 148

2. The National Préventive health Strategy : dessiner la santé de l'Australie 149
a) Une vision globale de la santé… 150
b) … Permettant de fixer des objectifs populationnels ambitieux 151
c) Une politique reposant sur des principes structurants et un cadre d'action fondé sur les déterminants de la santé 152
d) Une politique reposant un cadre d'action et des leviers 153
e) Une politique identifiant des modes d'action 154
f) … et des champs d'action prioritaires et des cibles chiffrées 154
g) Un plan intersectoriel en lien avec les autres plans 156
h) Les enseignements de la stratégie australienne pour la prévention 157
L) Conclusion 158
II. Les principes d'actions 159
A) La littératie en santé : un levier stratégique pour des systèmes de santé plus équitables et performants 159
1. La littératie en santé : un enjeu majeur de santé publique 159
2. Une responsabilité partagée entre individus et organisations 160
3. Les bénéfices attendus des politiques de littératie en santé 160
4. Les expériences internationales 161
5. Conclusions 162
B) Health in All Policies : un cadre de gouvernance pour intégrer la santé dans l'ensemble des politiques publiques 163
1. Le Health in All Policies : un cadre de gouvernance intersectoriel 164
2. Définitions et principes 167
3. Une approche fondée sur les déterminants de santé 168
4. Les instruments de mise en œuvre 168
5. Les bénéfices attendus 169
6. Une mise en œuvre complexe 169
7. Conclusion 170
C) L'universalisme proportionné : un principe d'action pour réduire les inégalités sociales de santé 170
1. Une réponse au gradient social de santé 171
2. Définitions et fondements conceptuels 172
3. Les fondements théoriques 172
4. Les limites des approches traditionnelles 173
5. Une mise en œuvre fondée sur l'équité 173
6. Les enjeux pour les politiques publiques 174
7. Limites et perspectives 174
8. Conclusion 175
D) Les sciences de l'implémentation en santé : concepts, cadres théoriques et enjeux pour les politiques de santé 175
1. Définition et champ disciplinaire 176
2. Les fondements des sciences de l'implémentation 176
3. Les principaux concepts 177
4. Les principaux cadres théoriques 177
5. Les stratégies de l'implémentation 178
6. Les méthodes de recherche 179
7. Les sciences de l'implémentation au service de la santé des populations 179
8. Développements récents 180
9. Conclusion 180

Troisième partie – Changer de doctrine : passer d'un système de soins à un système de santé

I. Si rien ne change : les conséquences et le coût de l'inaction qui se dégrade du fait d'une prévention négligée 183
A) La santé de la population continue à se détériorer et les comptes sociaux à se dégrade 183
1. La santé des populations se dégrade 183
2. Le déficit de l'Assurance maladie se poursuit 185
B) Marché de la prévention individualisée s'organise autour d'acteurs privés 187
II. Adopter une nouvelle doctrine pour une santé globale 188
A) Nous connaissons les principes à adopter 188
B) Faire des lieux de vie des environnements favorables à la santé 189
1. Là où l'on réside : donner aux collectivités locales les moyens d'agir et de coordonner les acteurs 190
2. Là où l'on grandit et l'on étudie 194
3. Là où l'on travaille 202
4. Là où l'on est soigné 208
5. Les publics oubliés 212
C) Se donner des priorités en agissant sur les déterminants de santé 214
1. Une politique de prévention en santé 215
2. Une politique de bien-être mental 228
3. Une politique de vaccination 230
4. Une politique du bien vieillir 247
5. Les comportements de santé et les facteurs de risque 257
a) Sommes-nous réellement maîtres de nos comportements ? 257
b) Les modes d'actions pour changer durablement les comportements de santé 258
c) Il est possible d'agir rapidement pour obtenir des résultats à court terme 258
d) Les objectifs à atteindre 261
D) Le pilotage de la politique de prévention primordiale 269
1. Pilotée par la donnée 269
2. Accompagnée par la science 275
3. Évaluée par l'étude d'impact 278
E) Changer de gouvernance 281
1. La gouvernance nationale 281
a) La Conférence nationale de santé 282
b) Le Comité interministériel pour la santé 284
c) Un ministère « Une Seule Santé » 285
2. Le déploiement territorial 286
F) Financer la prévention primordiale : construire un modèle économique lisible, durable, orienté vers les résultats 288
1. Au niveau national 289
2. Au niveau territorial 292
3. Expérimenter des outils innovants pour financer la prévention primordiale 295
G) Prévention personnalisée : tirer parti de l'intelligence artificielle tout en garantissant un cadre public de confiance 297
Tableau des recommandations 301
Annexes 316

Introduction

La santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »[1].

I. Un paradoxe français : une excellence dans le soin, mais une santé globale qui se dégrade sous l'effet d'une prévention négligée

La France dispose d'un système de soins puissant et solidaire. Elle consacre d'importants moyens pour prendre en charge et soigner des personnes malades, principalement âgées. Ce système de soins bénéficie d'une expertise médicale, scientifique et administrative reconnue mondialement et garantit une large couverture des soins.

Pourtant, cette performance masque plusieurs fragilités. Les inégalités sociales et territoriales de santé persistent et s'amplifient avec une dégradation des déterminants de santé, notamment chez les plus jeunes, au regard du poids persistant des facteurs de risque évitables. De nombreux indicateurs le montrent : hausse de la mortalité périnatale, une espérance de vie sans incapacité près de 20 ans moins élevée que l'espérance de vie, une santé mentale dégradée, une hausse des pathologies chroniques.

Le paradoxe français tient à cette dissociation : notre pays sait soigner, mais peine à organiser collectivement les conditions permettant de rester en bonne santé.

Notre système de santé répond à une demande et une offre de soins : il ne répond plus aux besoins de santé de la population.

[1] Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

II. Historique : la prévention en santé, une ambition ancienne à réaffirmer

L'idée selon laquelle il est préférable de prévenir plutôt que de soigner est ancienne et transculturelle. L'histoire de la santé publique rappelle que la santé des populations a progressé par l'organisation collective des milieux de vie avant même les grandes avancées de la médecine curative.

L'hygiénisme, l'épidémiologie, la microbiologie, la vaccination, la santé au travail, la promotion de la santé, la Charte d'Ottawa, puis les approches contemporaines de l'exposome et de One Health prolongent ce fil historique : agir en amont, sur les conditions de vie, les expositions, les comportements, les environnements et les capacités d'agir des individus.

A. La prévention primordiale depuis l'Antiquité

La prévention primordiale s'inscrit dans une histoire longue, bien antérieure à la médecine curative moderne. Dès l'Antiquité, Hippocrate rattache la santé aux milieux de vie (air, eau, alimentation, modes de vie) tandis que Rome développe une prévention collective par l'eau potable, les égouts, les bains et l'urbanisme.

Au Moyen Âge, les villes européennes, les monastères et certaines principautés poursuivent des politiques d'hygiène, d'alimentation et de police sanitaire. Venise invente notamment la quarantaine face à la peste noire.

Au XVIIIe siècle, Jenner ouvre une étape décisive avec la vaccination contre la variole : la prévention ne transforme plus seulement les milieux, elle renforce aussi la résistance biologique des individus. Le XIXe siècle marque un tournant avec l'hygiénisme, la loi britannique de santé publique de 1848, les travaux de Jon Snow sur le choléra, puis Pasteur et Lister, qui fondent les stratégies modernes de prévention infectieuse.

Un gain d'espérance de vie de 30 années en un siècle !

Les résultats de cette construction historique sont majeurs. En 1900, l'espérance de vie à la naissance en France était d'environ 45 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes. Un siècle plus tard, elle atteint respectivement près de 79,4 ans et 85,3 ans. Cette progression est largement attribuable aux avancées de la santé publique : amélioration de la qualité de l'eau potable, développement de la vaccination, progrès de l'hygiène collective, amélioration des conditions de logement et de travail. L'arrivée

de la pénicilline puis des antibiotiques a ensuite amplifié cette dynamique, réduisant considérablement la mortalité liée aux maladies infectieuses.

Tout au long du XXe siècle, la création de l'Organisation mondiale de la santé, la Déclaration d'Alma-Ata, la Charte d'Ottawa, l'éradication mondiale de la variole ou encore la lutte contre le VIH/Sida ont rappelé que la santé publique reste indissociable d'une action en amont.

Plus récemment, au XXIe siècle, l'évolution des connaissances scientifiques a conduit à élargir la conception même de la santé. Celle-ci ne se limite plus à la seule santé humaine, mais intègre les interactions étroites entre la santé des personnes, celle des animaux, des végétaux et des écosystèmes. Cette approche internationale, intitulée « One Health » (« Une seule santé »), a émergé dans les années 2000 à la suite de plusieurs crises sanitaires majeures ayant révélé l'origine zoonotique de certaines maladies émergentes, ainsi que l'impact des activités humaines sur la diffusion des pathogènes et les contacts entre les différentes espèces. La crise sanitaire de 2020 liée au covid-19 a accéléré les prises de conscience. L'approche One Health marque ainsi une nouvelle étape dans l'histoire de la santé publique.

B. Pourquoi la prévention primordiale est-elle si importante ?

Ce rappel historique nous invite à une évidence : notre santé repose essentiellement sur notre environnement, sur de bons comportements et sur des politiques de santé publiques. La représentation récente selon laquelle la santé serait d'abord produite par le soin est erronée.

Seuls 20% de notre santé relève du soin. 80 % dépend des déterminants sociaux, économiques, environnementaux et comportementaux.

Le niveau d'éducation, les conditions de logement, l'emploi, les revenus, l'environnement, ou encore l'accès à un cadre de vie favorable influencent davantage l'état de santé que la seule qualité de la prise en charge médicale. Par ailleurs, les comportements de santé, facteurs de risque : alimentation, activité physique, alcool, tabac, charge mentale jouent un rôle prépondérant.

C. Lentement, depuis 50 ans, notre système de santé s'égare

Les ordonnances de 1945 ont créé un système de santé équilibré, entre prévention et soins.

L'après-guerre constitue, en France, un moment décisif de structuration institutionnelle. Le modèle issu de 1945 ne peut être lu uniquement comme la naissance d'un système de prise en charge des soins par l'assurance maladie. Nos prédécesseurs, par ordonnances écrites à quelques semaines d'intervalle, avaient eu l'intelligence de bâtir un modèle équilibré, reposant sur deux piliers complémentaires : **prévention et soin**.

- **D'une part, un système de protection sociale assurantielle destiné à protéger les Français contre les grands risques de l'existence : la maladie,** le chômage, la vieillesse et les accidents de la vie.

- **D'autre part, une réorganisation des « médecines de prévention » autour des âges et des lieux de vie : protection maternelle et infantile, santé scolaire et médecine du travail.** Ce triptyque formait une architecture préventive de proximité : suivre les femmes enceintes, les nourrissons, les enfants et les familles, protéger les travailleurs dans leur milieu professionnel.

Le système curatif, porté par l'essor d'un marché et de nombreux offreurs de soins, de l'hôpital, de la spécialisation, de l'innovation thérapeutique et des technologies médicales, a pris une place croissante dans les représentations, les financements et les organisations. Il s'est progressivement structuré et modernisé. Aujourd'hui, notre pays consacre plus de 330 milliards d'euros chaque année aux dépenses de santé.

À l'inverse, **les grandes médecines préventives instituées dans l'après-guerre ont été fragilisées, négligées, oubliées, abandonnées, sous-financées : la protection maternelle et infantile, la santé scolaire et la médecine du travail demeurent des piliers conceptuels de la prévention primordiale mais sont aujourd'hui marquées par des tensions démographiques, une attractivité insuffisante, des systèmes d'information lacunaires et une place très secondaire dans le pilotage national de la santé publique.**

Depuis plusieurs décennies, notre système de santé s'est ainsi progressivement éloigné de son ambition de départ. Le modèle français ne s'est donc pas construit contre la prévention ; il a plutôt vu son pilier curatif devenir progressivement dominant et ne plus répondre aux problèmes de santé de notre population, tandis que ses piliers préventifs entraient en déshérence relative. « La grenouille est devenue un bœuf ! ».

Le déséquilibre progressif entre prévention et soins n'est pas sans conséquence. Il ne remet pas en cause l'excellence du système français de soins, mais il limite sa capacité à répondre aux défis sanitaires du XXIe siècle.

Notre système a été conçu pour prendre en charge des maladies une fois qu'elles sont apparues. Or, les principaux enjeux sanitaires auxquels nous sommes désormais confrontés relèvent de maladies chroniques, multifactorielles, fortement influencées par les conditions de vie, les comportements, l'environnement, le travail, l'alimentation ou encore l'activité physique.

Cette évolution s'observe notamment à travers l'augmentation continue du nombre de personnes reconnues en affection de longue durée (ALD), passé d'environ 8 millions au milieu des années 2000 à plus de 14 millions aujourd'hui. Les projections de l'Assurance maladie anticipent près de 18 millions de personnes en ALD à l'horizon 2035. Cette progression s'explique principalement par le vieillissement de la population, mais également par les progrès médicaux, qui permettent de vivre plus longtemps avec ces pathologies, ainsi que par l'évolution des pratiques de reconnaissance.
Elles révèlent cependant les limites d'un modèle qui intervient principalement une fois la maladie installée.

L'accès aux soins est devenu la principale préoccupation de nos concitoyens, et de leurs élus. Pourtant, la présence d'excellents médecins à proximité ne suffit pas, à elle seule, à garantir le bon état de santé d'une population : ce n'est pas le fait de disposer d'excellents mécaniciens, parfaitement équipés, à proximité, qui permet à une voiture de démarrer chaque jour, mais l'attention régulière que son propriétaire lui consacre. Le technicien n'interviendra qu'en cas de panne, d'accident ou de révision annuelle. Il en va de même pour notre système de santé : les soins sont indispensables lorsqu'une maladie survient, mais c'est avant tout la prévention qui permet de préserver durablement la santé.

L'enjeu contemporain n'est donc pas d'inventer la prévention, mais de rééquilibrer un modèle devenu curatif, en redonnant aux institutions de prévention, aux lieux de vie et aux déterminants de santé la place que l'ambition fondatrice de notre modèle social leur assignait déjà.

La prévention primordiale n'est donc pas un « supplément d'âme » ; elle est appelée à devenir la composante structurante de la santé des Français et de la soutenabilité sanitaire, sociale et financière du modèle français.

Encadré n° 1 - La prévention routière : un exemple et une réussite dont nous pouvons nous inspirer !
Portée par une prise de conscience collective, par une politique construite et courageuse depuis le début des années 2000 sous l'impulsion du Président de la République, la France a su réduire en quelques années un nombre de décès inacceptables (-43% de décès en 5 ans), par des mesures graduées entraînant une modification de « l'environnement » routier, des caractéristiques des véhicules et des comportements des conducteurs. Nous pouvons et nous devons faire de même pour notre santé pour réduire ces morts évitables dont le nombre est autrement plus important !

III. Définitions

Pour comprendre les enjeux du présent rapport, il est nécessaire de rappeler quelques notions. La prévention peut être caractérisée en plusieurs catégories :

La prévention primordiale désigne l'action située le plus en amont : non seulement empêcher l'apparition des maladies en réduisant les facteurs de risque, **mais prévenir l'émergence même de ces facteurs de risque en transformant les environnements** physiques, sociaux, économiques et institutionnels. Elle concerne ainsi l'urbanisme, le logement, les transports, l'alimentation, l'école, le travail, les politiques sociales, l'environnement et la régulation économique. Cette approche est essentielle pour éviter que la prévention ne soit réduite à une injonction individuelle (manger mieux, bouger davantage, dormir mieux ou consommer moins) alors même que ces comportements sont fortement conditionnés par les milieux de vie et les contraintes sociales.

La prévention primaire désigne l'ensemble des interventions visant à réduire l'incidence future des maladies, incapacités ou pertes d'autonomie avant leur apparition, en agissant sur les facteurs de risque et les déterminants de santé.

La prévention secondaire désigne l'ensemble des interventions visant à détecter précocement une maladie afin d'en limiter les conséquences (exemple : dépistage). Elle recouvre les actions en tout début d'apparition visant à faire disparaître les facteurs de risque et s'opposer à son évolution.

La prévention tertiaire intervient après la survenue d'une maladie. Elle vise à réduire les complications, les invalidités et les rechutes liées à cette pathologie.

Plusieurs notions sont également à distinguer.

- ***Déterminants et facteurs de risque***

Les déterminants de santé désignent les « interactions [...] entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. [...] Ils n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé. »[#]

Pour l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la notion de **facteurs de risque** désigne « tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme. »

Les facteurs de risque sont généralement associés à une pathologie donnée et peuvent être individuels ou liés aux comportements (tabagisme, consommation d'alcool, sédentarité,...), à des caractéristiques biologiques (hypertension, diabète, âge) ou à l'environnement (eau non potable, insuffisance de l'hygiène). Les facteurs de risque constituent une catégorie particulière de déterminants de la santé. Alors que les déterminants désignent l'ensemble des facteurs susceptibles d'influencer l'état de santé, positivement ou négativement, les facteurs de risque correspondent spécifiquement à ceux qui augmentent la probabilité de survenue d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un autre problème de santé.

- ***Littératie en santé et compétences psychosociales***

La littératie en santé et les compétences psychosociales sont deux concepts complémentaires qui contribuent à promouvoir la santé et à renforcer le pouvoir d'agir des individus, mais ils renvoient à des dimensions différentes.

La littératie en santé correspond à la capacité d'une personne à accéder à des informations fiables sur la santé, à les comprendre, à les évaluer de manière critique et à les utiliser pour prendre des décisions éclairées concernant sa santé et celle de ses proches. Elle participe également au développement d'une culture citoyenne et institutionnelle en santé, en permettant de mieux comprendre les enjeux de santé publique, les connaissances scientifiques et les décisions collectives.

Les compétences psychosociales, définies par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), désignent quant à elles la capacité à répondre de manière efficace aux exigences et aux défis de la vie quotidienne, en maintenant un état de bien-être mental et en adoptant des comportements adaptés et positifs dans les relations avec les autres, avec soi-même et avec son environnement.

Ainsi, si la littératie en santé relève principalement des connaissances, de la compréhension et de l'utilisation de l'information en santé, les compétences psychosociales renvoient davantage aux aptitudes personnelles, émotionnelles, cognitives et sociales qui permettent de mettre ces connaissances en pratique et d'adopter des comportements favorables à la santé.

- ***Promotion de la santé et éducation à la santé***

La promotion de la santé et l'éducation à la santé sont deux notions étroitement liées, mais qui se distinguent par leur champ d'action.

La promotion de la santé vise à « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer »[#].
« La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé »[#].

L'éducation à la santé, la lutte contre la désinformation et la construction de la confiance envers la vaccination relèvent de la promotion de la santé, mobilisant l'Éducation nationale, les associations, les professionnels de santé et les collectivités.

L'éducation à la santé comprend tous les moyens pédagogiques susceptibles de faciliter l'accès des individus, groupes, collectivités aux connaissances utiles pour leur santé et de permettre l'acquisition de savoir-faire permettant de la conserver et de la développer.

Selon la Charte d'Ottawa de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la **promotion de la santé** est un processus qui vise à donner aux individus et aux populations davantage de maîtrise sur leur santé et sur les déterminants qui l'influencent afin de l'améliorer. Elle dépasse la seule prévention des maladies en mobilisant des actions individuelles, collectives, sociales, environnementales et politiques visant à créer des conditions de vie favorables à la santé.

L'éducation à la santé constitue l'un des leviers de cette démarche. Elle regroupe l'ensemble des actions pédagogiques destinées à développer les connaissances, les compétences et les savoir-faire permettant aux personnes de faire des choix éclairés et d'adopter des comportements favorables à leur santé. Elle contribue également à

renforcer l'esprit critique face à la désinformation et à favoriser la confiance envers les interventions de santé publique, notamment la vaccination.

Les notions de **promotion de la santé**, **d'éducation à la santé**, de **littératie en santé** et de **compétences psychosociales** sont donc complémentaires : la promotion de la santé définit le cadre d'action, l'éducation à la santé en constitue un moyen, et la littératie en santé ainsi que les compétences psychosociales représentent deux ensembles de compétences indispensables pour permettre aux individus d'agir durablement en faveur de leur santé.

Première partie - État des lieux

Le Premier ministre m'a confié deux tâches : celle de dresser un état des lieux transversal des politiques publiques concourant à la prévention primordiale et celle de formuler des propositions lisibles pour bâtir une politique de santé globale visant à améliorer la santé des populations.

Cette première partie répond au premier volet du mandat. Elle ne prétend pas dresser l'inventaire exhaustif de tous les plans, actions et programmes existants. Elle vise plutôt à identifier les lignes de force, les acquis, les limites et les tensions structurelles.

Cet état des lieux veut expliquer et comprendre les raisons pour lesquelles notre pays, malgré de nombreux discours, n'a toujours pas mis en place une politique de prévention primordiale systémique contrairement à d'autres pays.

Il peut sembler très critique pour notre système de santé mais cette critique se veut constructive pour mieux mettre en évidence ses faiblesses et expliquer ce qui peut progressivement être mis en place pour améliorer la santé de notre population.

I. Peu de traduction en politique publique d'une ambition de prévention primordiale désormais revendiquée par tous

II. Pour quels résultats ?

III. Comment expliquer la faible efficacité des politiques de prévention ?

IV. L'émergence d'une prévention personnalisée soutenue par l'intelligence artificielle

V. Comparaison internationale - Quelques notions pour espérer

VI. Que retenir de cet état des lieux ?

I. Peu de traduction en politique publique d'une ambition de prévention primordiale désormais revendiquée par tous

« Faisons-nous semblant de faire de la prévention en santé ? »

La prévention n'a jamais autant occupé l'espace public, dans les discours, les plans gouvernementaux, les programmes des acteurs de santé… Chacun y contribue, et pourtant, les résultats peinent à suivre tant son déploiement reste fragmenté. L'état de santé de la population se dégrade, les inégalités sociales et territoriales de santé persistent, les maladies chroniques progressent et les dépenses de soins augmentent plus rapidement que les investissements consacrés à la prévention primordiale.

A. Une notion inscrite dans la loi

La **politique de santé** *« relève de la responsabilité de l'État. Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins*[2] *».*

La **politique de prévention** est, quant à elle, définie par le code de la santé publique comme *« l'ensemble des actions visant à éviter l'apparition des maladies ou des accidents, en agissant en amont sur les facteurs susceptibles de les provoquer, notamment les déterminants environnementaux, professionnels, sociaux, comportementaux et territoriaux, afin d'améliorer durablement l'état de santé de la population. »*[3].

[2] Article L. 1411-1 du code de la santé publique.
[3] Article L.1417-1 du code de la santé publique.

B. Une priorité constamment affirmée mais sans stratégie opérationnelle durable

La prévention en santé fait désormais l'objet d'un consensus largement partagé.

La stratégie Ma Santé 2022 en a fait l'un de ses piliers; les lois de financement de la sécurité sociale réaffirment régulièrement la nécessité de renforcer la prévention, le ministère chargé de la santé a même porté, pendant un temps, l'intitulé de « ministère de la Santé et de la Prévention », tandis que l'Assurance maladie, la Cour des comptes ou encore la Haute Autorité de santé appellent à réorienter durablement notre système de santé vers davantage de prévention.

Cette convergence traduit une prise de conscience réelle : face à la progression des maladies chroniques et à la dégradation des indicateurs de santé, la prévention n'est plus considérée comme un simple complément du soin mais comme une condition de soutenabilité de notre système de santé.

Pourtant, cette ambition demeure déclarative.

La Cour des comptes souligne depuis plusieurs années dans ses travaux sur la prévention la dispersion des acteurs, le cloisonnement et l'absence d'un pilotage d'ensemble[4]. L'IGAS indiquait, dans son rapport de 2011 sur les inégalités sociales de santé, qu' *« en France, les inégalités sociales de santé ne constituent pas un objet de politique publique à part entière*[5] *»*.

Le rapport de Franck Chauvin, *« Dessiner la santé publique de demain »,* décrit des *« systèmes de soins primaires et de prévention peu dotés et peu organisés*[6] *»* tandis que la Haute Autorité de Santé constate que les politiques et mesures actuelles *« ne permettent pas d'améliorer efficacement la santé tout en luttant contre les inégalités de santé*[7] *».*

---

[4] *« La France présente des résultats médiocres en matière de prévention des principales pathologies. Cette situation, qui nous place fréquemment dans une position défavorable au regard de pays comparables et qui s'accompagne de fortes inégalités sociales et territoriales, ne trouve pas son origine dans l'insuffisance de l'effort financier qui serait consacré à la prévention, mais dans d'autres raisons, plus profondes : des hésitations politiques persistantes dans la lutte contre les facteurs de risques, une organisation des soins primaires et un mode d'exercice professionnel et de rémunération peu favorables à une politique de prévention continue et efficace (on soigne des maladies, on n'accompagne pas une personne dans son parcours de vie et de soins), la faiblesse de la culture de santé publique dans notre pays »* Cour des comptes, *La politique de prévention en santé*, 2021, p. 125

[5] Inspection générale des affaires sociales, *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action,* mai 2011, p. 4

[6] Franck Chauvin, *Dessiner la santé publique de demain,* novembre 2021, p. 3

[7] Haute Autorité de santé, *Comment renforcer l'expertise au service du virage préventif ?* Octobre 2025, p.6

Les auditions confirment ce diagnostic : le système n'est pas fondamentalement dépourvu d'outils, mais trop fragmenté ; les instruments existent, mais ne sont pas mis en mouvement de manière cohérente.

La prévention est partout dans les prises de parole publique, mais rarement située au bon niveau de responsabilité, d'évaluation et de redevabilité. Elle est évoquée comme une priorité transversale mais financée comme une activité marginale, attendue comme levier de soutenabilité mais évaluée comme une action ponctuelle, revendiquée comme enjeu interministériel mais souvent pilotée dans les limites du seul champ sanitaire.

L'exemple du sport-santé illustre concrètement ce décalage entre l'ambition affichée et la mise en œuvre. Plusieurs dispositions adoptées dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 demeurent encore inappliquées, faute de publication des décrets nécessaires. Ce cas n'est pas isolé : il rappelle qu'une politique de prévention ne se mesure pas seulement à la qualité des textes adoptés, mais également à leur mise en œuvre effective.

II. Pour quels résultats ?

« Nous avons cru qu'en offrant la Sécurité sociale et l'accès aux soins à tous, nous créerons un système de santé efficient et égalitaire ».

Notre système de soins ne suffit pas aujourd'hui à préserver durablement la santé de la population ni à réduire les inégalités face à la maladie.

A. Une dégradation de l'état de santé de la population

La France consacre un effort important à son système de soins, « système de réparation » qui ne répond plus aux problématiques de santé de la population, qui sont liés aux déterminants de santé et aux facteurs de risque (tabac, alcool, sédentarité, alimentation, santé mentale, expositions environnementales).

Cette analyse est confortée par les auditions, par la consultation citoyenne et par les données les plus récentes de Santé Publique France qui fait l'analyse des 640 000 décès par an. Les cancers constituent la première cause de mortalité (27,1%), devant les maladies cardiovasculaires (21,2%)[8].

[8] DREES, *Causes de décès en France - Études et résultats*, juin 2026

Dans le même temps, les affections de longue durée, le diabète, l'obésité, les maladies cardiovasculaires et les troubles psychiques poursuivent leur progression. Comme indiqué dans l'introduction, le nombre de personnes en affection de longue durée est passé d'environ 6 millions au début des années 2000 à près de 14 millions aujourd'hui. Sans incapacité, l'espérance de vie à la naissance est seulement de 64 ans pour les femmes (63 ans et 4 mois en moyenne UE) et 63 ans et 6 mois pour les hommes (62 ans et 9 mois en moyenne UE)[9].

Les Français vivent donc plus longtemps, mais pas nécessairement en meilleure santé. Si l'espérance de vie à la naissance continue de progresser, les gains observés après 65 ans évoluent davantage : cette évolution témoigne d'un système qui a historiquement concentré ses efforts sur l'allongement de la vie des personnes âgées, davantage que sur la préservation de la santé tout au long du parcours de vie.

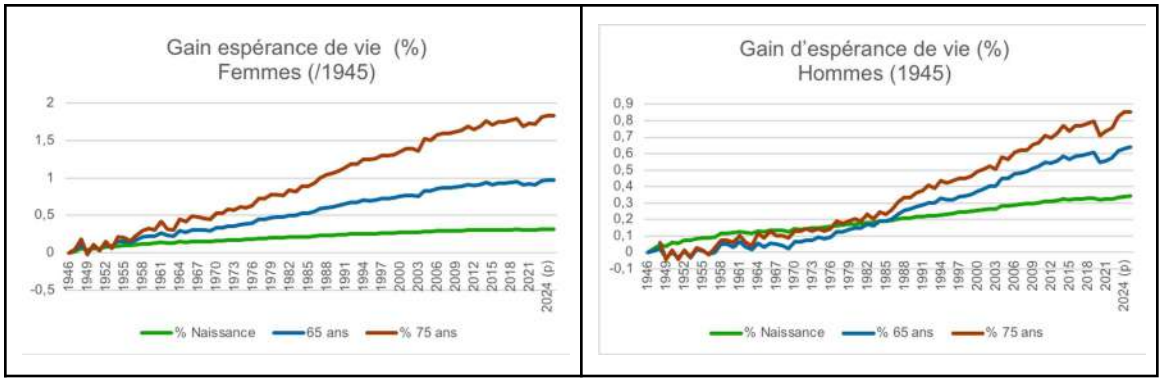


Figure 1 - Gain d'espérance de vie en fonction de l'âge.

Cette dégradation de l'état de santé ne s'explique plus seulement par le fait que la population française vieillit. Elle touche désormais les enfants, les adolescents, les actifs. Les troubles de santé mentale augmentent chez les plus jeunes, les comportements à risque évoluent et les maladies chroniques apparaissent plus précocement. Les inégalités de santé se construisent dès les premières années de vie et accompagnent ensuite les individus tout au long de leur parcours.

La situation des jeunes illustre particulièrement cette évolution.

[9] Eurostat, Healthy life years (HLTH_HLYE), *« Healthy life years at birth, women and men »,* données 2023 (estimations et données provisoires pour certains États membres), https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics, consulté le 26 avril 2026

- En matière de mortalité infantile, la France connaît une dégradation de ses résultats, passant des premières places dans les années 1990 à la 25ème place sur 38, en 2024, des pays de l'OCDE.
- Les médecins constatent l'émergence de cancers, notamment digestifs, survenant chez des personnes de plus en plus jeunes.
- La santé mentale de notre population se dégrade également (13% des enfants âgés de 6 à 11 ans présentent au moins un trouble probable de santé mentale ; les hospitalisations pour gestes suicidaires et les tentatives de suicide progressent, en particulier chez les jeunes femmes.

Cette situation révèle les limites d'un modèle historiquement construit autour de la prise en charge de la maladie. Or, les données scientifiques aujourd'hui, notamment la progression attendue du nombre de cancers, rend la prévention indispensable puisque plus de 40 % des cancers peuvent être évités grâce à la prévention. **Le diagnostic peut être présenté de manière plus systémique : la société française a été éduquée avec l'idée que tomber malade pouvait ne pas être grave dès lors que le système de soins était performant ; cette représentation atteint aujourd'hui ses limites**.

La décision récente de rembourser de nouveaux traitements contre l'obésité illustre cette logique : notre système sait financer les conséquences de comportements défavorables à la santé, mais investit encore insuffisamment dans les politiques permettant de prévenir ces situations, qu'il s'agisse de la lutte contre la sédentarité, de la promotion d'une alimentation équilibrée ou de l'amélioration des environnements de vie.

Ce paradoxe n'appelle pas une opposition caricaturale entre soins et prévention. Il invite à penser l'articulation : la prévention primordiale ne vise pas à affaiblir le système de soin, mais à le rendre soutenable en améliorant l'espérance de vie en bonne santé, limitant le sur-recours par la réduction du nombre de maladies évitables et en permettant au système curatif de concentrer ses moyens sur les besoins incontournables. L'enjeu n'est donc pas de substituer une politique à une autre, mais à revenir au modèle de 1945 par son pendant préventif, et à l'améliorer.

B. De fortes inégalités liées aux déterminants de santé

La santé est l'une des principales formes d'inégalité dans notre société. Les écarts observés entre les catégories sociales, les territoires, les générations, ne résultent pas

seulement de choix individuels, mais de conditions d'exposition aux risques très inégaux : ce sont les déterminants de santé, les déterminants sociaux, éducatifs, commerciaux, environnementaux.

1. Les déterminants sociaux et territoriaux à l'origine d'inégalités

Une politique de prévention primordiale peut être considérée comme réussie si elle améliore les indicateurs de tous les individus en réduisant les écarts entre groupes sociaux, territoires et situations de vie.

La prévention primordiale ne peut être évaluée uniquement à l'aune d'indicateurs moyens. Elle doit être appréciée au regard de sa capacité à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. L'IGAS le rappelait dès 2011 : *« les déterminants sociaux expliquent comment les inégalités sociales se transforment en inégalités de santé*[10] *».*

Le risque de politiques mal ciblées est bien documenté. Certaines campagnes d'information bénéficient davantage aux groupes les plus favorisés, capables de les comprendre, de les convertir en comportements et d'accéder aux ressources nécessaires. L'IGAS souligne que **des campagnes nationales de prévention peuvent accentuer le gradient social** lorsqu'elles sont mieux appropriées par les groupes favorisés. La prévention primordiale doit donc être évaluée non seulement sur son efficacité moyenne mais aussi sur ses effets distributifs.

[10] IGAS, *Les inégalités sociales de santé,* mai 2011, p. 3



Schéma – Chaîne cumulative des inégalités de santé et justification de l'universalisme proportionné

Les inégalités sociales et territoriales de santé doivent être pensées comme des inégalités cumulatives d'exposition, de susceptibilité et d'effet. Les groupes sociaux les moins favorisés et les territoires les plus défavorisés peuvent cumuler davantage d'expositions environnementales, psychosociales et comportementales, mais aussi subir des effets plus importants pour une exposition comparable. Cette notion de susceptibilité différentielle invite à dépasser une approche moyenne des expositions : une politique de prévention primordiale doit identifier les territoires et groupes où les expositions évitables se concentrent et où leurs effets sanitaires sont les plus lourds.

Les données disponibles montrent que les inégalités sociales de santé ne constituent pas un phénomène marginal, mais un trait structurant de l'état de santé en France. Sur la période 2020-2024, l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les 5 % les plus modestes et les 5 % les plus aisés atteint 13 ans chez les hommes et 9 ans chez les femmes ; à 50 ans, le risque de décès dans l'année est sept fois plus élevé chez les hommes les plus modestes que chez les plus aisés[11].

Les écarts sont également marqués selon la position sociale et le niveau de diplôme : dans les conditions de mortalité 2020-2022, les hommes cadres de 35 ans vivent en moyenne 5,3 ans de plus que les ouvriers, et l'écart d'espérance de vie entre hommes diplômés du supérieur et hommes sans diplôme atteint 8 ans[12].

[11] INSEE, Nathalie Blanpain, *De 2012-2016 à 2020-2024, l'écart d'espérance de vie entre les personnes modestes et aisées s'est accru,* Insee Première n° 2085, décembre 2025.
[12] INSEE, Les espérances de vie par diplôme et milieu social, juillet 2024 ; renvoi à Les écarts d'espérance de vie entre cadres et ouvriers : 5 ans chez les hommes, 3 ans chez les femmes, Insee Première n° 2005, juillet 2024.



La relation fonctionne toutefois dans les deux sens. Les inégalités sociales produisent des inégalités de santé, mais la maladie, le handicap ou les limitations fonctionnelles peuvent aussi fragiliser les trajectoires sociales. En 2022, seules 38 % des personnes reconnues handicapées étaient en emploi, contre 68 % dans l'ensemble de la population ; leur taux de chômage atteignait 12 %, contre un peu plus de 7 % pour l'ensemble de la population. La santé constitue ainsi à la fois une conséquence des inégalités sociales et un facteur possible de déclassement, de désinsertion professionnelle ou de précarisation[13].

2. Les déterminants environnementaux et l'exposome : des arbitrages politiques difficiles

La santé environnementale occupe une place singulière dans la prévention primordiale. Elle illustre à la fois la nécessité d'agir en amont et la difficulté à gouverner des risques diffus, différés, multi causaux et souvent controversés. Ils nécessitent une capacité scientifique, statistique et réglementaire dont notre pays dispose mais qui reste insuffisamment reliée à la décision publique. Air extérieur, air intérieur, eau, sols, perturbateurs endocriniens, composés de per- et poly- fluoroalkylés (PFAS), pesticides, bruit, chaleur, logement, urbanisme, espaces verts, mobilité, alimentation et expositions

[13] DARES, Marc Collet, *Le taux de chômage des personnes reconnues handicapées recule nettement entre 2015 et 2022*, Dares Focus n° 55, octobre 2023.

professionnelles composent un champ où les responsabilités sont dispersées entre plusieurs ministères, agences, collectivités et acteurs économiques.

Les déterminants industriels et environnementaux apparaissent également dans la consultation citoyenne. Un représentant de Médecins du Monde souligne que les PFAS et les conditions d'hébergement dégradées doivent être davantage intégrés à la prévention. Un ancien président du Conseil de l'Ordre des médecins, représentant l'association Stop Enfumage, insiste sur la pollution liée à la combustion du bois et sur la responsabilité des décideurs publics en matière d'aménagement. Ces interventions rappellent que la prévention primordiale ne peut se limiter aux comportements ; elle doit inclure les choix industriels, énergétiques, urbains, alimentaires et environnementaux. Elles montrent aussi que nos concitoyens perçoivent de plus en plus clairement que leur santé dépend de leurs environnements physiques et non pas uniquement de leurs comportements.

Plusieurs acteurs auditionnés insistent sur la nécessité de croiser données environnementales et données de santé. Green Data for Health, les cohortes, les infrastructures omiques, les projets sur l'exposome et les plateformes de données constituent des avancées importantes. Mais les acteurs soulignent aussi les limites : absence de cartographie intégrée de l'exposome, difficultés d'agrégation spatiale et temporelle, données hétérogènes, incertitudes toxicologiques, chaînes de contamination incomplètement connues, accès complexe aux données et manque de compétences publiques en data science.

La santé environnementale appelle également des arbitrages politiques difficiles. Les risques sont souvent portés par des activités économiques nécessaires, des chaînes industrielles, des pratiques agricoles, des choix énergétiques, des infrastructures urbaines ou des habitudes de consommation. Les mesures efficaces peuvent être réglementaires, fiscales, urbanistiques, industrielles ou agricoles ; elles dépassent largement le périmètre du ministère de la santé. C'est pourquoi la santé environnementale est probablement le test le plus exigeant du principe de santé dans toutes les politiques.



La santé environnementale doit donc être abordée comme un pilier de la prévention primordiale. Elle justifie une gouvernance interministérielle forte, une expertise indépendante, des données croisées, des indicateurs territorialisés, un financement de la recherche interventionnelle et une redevabilité publique sur les expositions évitables.

Au-delà des enjeux supérieurs associés à l'état de santé de nos concitoyens, il faut également regarder les conséquences financières de certaines activités économiques car les environnements de vie défavorables produisent des coûts sanitaires et socio-économiques considérables. Les chiffres montrent que **l'environnement et les modes de vie pèsent lourdement sur la santé**. A titre d'illustration :

- La pollution de l'air extérieur engendre environ 40 000 décès prématurés en France et son coût est évalué à 72 à 101 milliards d'euros par an (environ 4 % du PIB) ; ce coût inclut 48 milliards € imputables aux décès prématurés, plus de 3 milliards d'euros en hospitalisations et plus de 165 millions d'euros de pertes de productivité[14].
- La pollution de l'air intérieur représente près de 20 000 décès annuels et 19 milliards d'euros de pertes socio-économiques[15]. Les particules fines (PM2,5) concentrent 73 % de ces coûts et provoquent 16 236 décès, essentiellement cardiovasculaires et par cancer du poumon.

[14] Airparif. *Coûts économiques de la pollution de l'air*. Paris: Airparif; 2023. Disponible sur: https://www.airparif.fr/couts-economiques

[15] Observatoire de la qualité des environnements intérieurs (OQEI). *Coût socio-économique des polluants de l'air intérieur*. Paris: OQEI; 2023. Disponible sur: https://www.oqei.fr/fr/campagnes-et-etudes/cout-socio-economique-des-polluants-de-lair-interieur

- Selon France Stratégie, l'intégration des bénéfices sanitaires dans l'évaluation des projets publics – notamment la réduction de la pollution de l'air liée à la rénovation énergétique – repose sur une valeur de 115 000 € par année de vie gagnée. À l'échelle nationale, ces co-bénéfices représentent plusieurs milliards d'euros et peuvent transformer la rentabilité socio-économique des investissements de rénovation thermique[16].

Ces chiffres rappellent que les pathologies évitables ne résultent pas seulement de comportements individuels, mais de conditions de vie, d'exposition, de mobilité, d'alimentation, de logement et d'environnement. Ils justifient de placer l'exposome au cœur de la prévention primordiale. Ces ordres de grandeur doivent être néanmoins abordés maniés avec prudence, car les méthodes d'estimation varient selon les périmètres retenus. Ils convergent néanmoins vers un même constat : les coûts de l'inaction sur les environnements de vie excèdent largement le seul champ des dépenses de soins. Ils pèsent sur la mortalité, les maladies chroniques, la qualité de vie, la productivité, l'autonomie et la soutenabilité financière du système de protection sociale.

L'approche One Health trouve dans les territoires ultramarins un terrain d'application prioritaire. Les risques climatiques, vectoriels, alimentaires, infectieux et environnementaux y sont particulièrement intriqués avec les conditions sociales, l'habitat, les mobilités, l'accès aux soins et les capacités locales de surveillance. Les outre-mer montrent ainsi que la santé environnementale ne peut être abordée comme un champ sectoriel supplémentaire : elle oblige à penser simultanément les expositions, les milieux de vie, les comportements, les infrastructures, les écosystèmes, les données et la gouvernance. Une stratégie de prévention primordiale réellement adaptée aux outre-mer doit donc intégrer pleinement l'approche One Health, en s'appuyant sur une expertise scientifique locale, des données environnementales et sanitaires croisées, et une capacité d'intervention territoriale.

Encadré n° 2 - Qualité environnementale des établissements d'accueil des jeunes enfants (EAJE)
La charte relative à la qualité environnementale des EAJE vise à réduire les expositions des jeunes enfants à des substances ou produits défavorables à la santé, notamment par une démarche « Supprimer-Substituer-Réduire », l'usage de produits d'entretien et d'hygiène plus respectueux de l'environnement et de la santé, l'attention portée aux objets contenant des substances préoccupantes et le développement des activités en plein air.

[16] France Stratégie. *L'évaluation socioéconomique des effets de santé des projets d'investissement public*. Paris: France Stratégie; 2022. Disponible sur: https://www.strategie-plan.gouv.fr/publications/levaluation-socioeconomique-effets-de-sante-projets-dinvestissement-public-0

Cet exemple relie petite enfance, exposome et prévention primordiale : agir tôt sur les environnements de vie revient à prévenir avant même que les facteurs de risque ne se consolident.

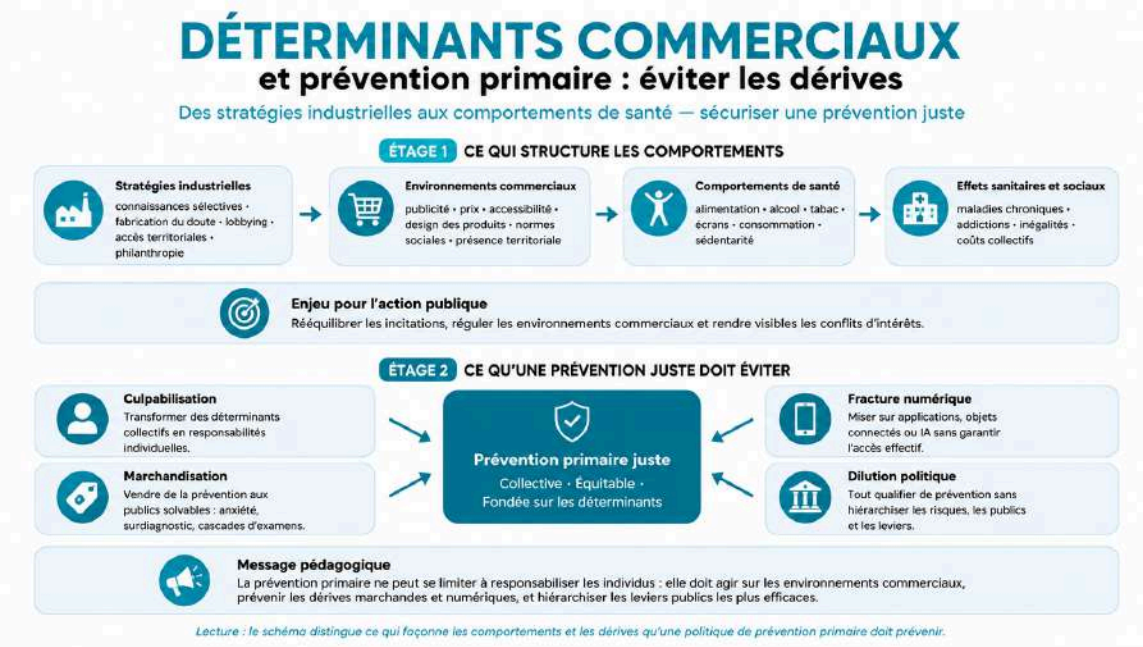
3. Les déterminants commerciaux et industriels : notre santé sous influences

« On se focalise beaucoup sur le changement de comportement individuel, en oubliant que de nombreux comportements sont déterminés par des facteurs structurels et socio-économiques. » (consultation citoyenne, 27 avril 2026).

Les comportements de santé sont fortement structurés par les environnements commerciaux : prix, promotions, disponibilité des produits, marketing, publicité, réseaux sociaux, influenceurs et algorithmes. Dans cette perspective, la prévention ne peut pas reposer uniquement sur l'information ou l'éducation à la santé. Elle suppose aussi d'agir sur l'offre, la fiscalité, l'encadrement du marketing et les stratégies promotionnelles des industries dont les produits exposent à des risques sanitaires.
Cet angle est essentiel pour réduire les inégalités sociales de santé : les publics les plus exposés aux produits nocifs sont aussi ceux pour lesquels le « libre arbitre » est le plus contraint par le prix, l'environnement, la disponibilité et les stratégies commerciales.

Les travaux de Daniel Benamouzig et Joan Cortinas Muñoz décrivent les stratégies d'influence des industries agroalimentaires et alcoolières : production ou sélection de connaissances, fabrique du doute, recadrage culturel, relations avec les décideurs, alliances territoriales, substitution à l'action publique, philanthropie opportuniste, patrimonialisation et discrédit des opposants. **Ces stratégies produisent un déséquilibre systémique entre acteurs économiques et acteurs de santé publique[17].**

[17] BENAMOUZIG, Daniel ; CORTINAS MUÑOZ, Joan, Des lobbys au menu. *Les entreprises agro-alimentaires contre la santé publique,* Paris, Raisons d'agir, coll. « Raisons d'agir », 2022, 176 p., et Daniel Benamouzig et Joan Cortinas Muñoz, *Des lobbys au comptoir. L'industrie de l'alcool contre la santé,* Paris, Raisons d'agir, 2025.



Lors des auditions, plusieurs personnalités ont repris cette analyse en affirmant qu'une prévention efficace ne peut reposer uniquement sur la responsabilisation individuelle. Elle doit agir sur les déterminants structurels, réguler les environnements commerciaux et rééquilibrer les incitations. Cette position rejoint celle exprimée lors de la consultation citoyenne un *« deux poids, deux mesures sur les déterminants commerciaux : la loi Évin a interdit la publicité pour le tabac et restreint celle pour l'alcool, mais la régulation reste beaucoup moins structurée pour d'autres produits. »*

Encadré n° 3 - Conflits d'intérêts et priorités économiques

Le contexte politique et économique peut s'opposer à la santé dans toutes les politiques. En France, des arbitrages budgétaires entre ministères (par exemple entre Agriculture, Industrie et Santé) freinent l'introduction de normes environnementales ou nutritionnelles. L'industrie agroalimentaire et automobile exerce une influence limitant la réglementation. La culture réglementaire française est également réticente à des approches contraignantes ; les initiatives restent souvent volontaires, comme le Nutri-Score, encore non obligatoire malgré l'adhésion de 94 % de la population.

C. Une politique inachevée visant à la réduction des facteurs de risque

Les principaux facteurs de risque évitables sont largement documentés. Le tabac demeure la première cause de mortalité évitable. L'alcool occupe une place majeure dans la mortalité prématurée : cancers, maladies cardiovasculaires, violences et accidents. L'alimentation, la sédentarité, l'obésité contribuent à la progression des maladies métaboliques, cardiovasculaires et de certains cancers. Le tabac, l'alcool et

les facteurs nutritionnels représentent ensemble une part majeure des années de vie perdues prématurément et des incapacités évitables.

Ces facteurs de risque sont connus et l'action structurelle pour lutter contre est encore inégale.

1. Le tabac

« 75% du chemin a été fait, reste 25% à réaliser ! »

Selon les dernières estimations, le tabagisme a été responsable de plus de 68 000 décès prématurés en France en 2023, soit 11 % de l'ensemble des décès. Malgré une baisse par rapport à l'estimation de 2015, qui évaluait à environ 75 000 le nombre de décès attribuables au tabac, celui-ci demeure la première cause de mortalité évitable en France.

Cette politique publique profondément renouvelée a mobilisé de manière articulée les leviers suggérés par la littérature internationale et notamment : taxes comportementales, paquet neutre, espaces sans tabac, accessibilité des traitements de substitution nicotinique et développement des compétences psycho-sociales dès le plus jeune âge.

Les résultats sont bons avec une baisse des consommateurs quotidiens : 28% en 2014, 18% en 2024, soit une diminution de 4 millions de personnes, baisse encore plus marquée chez les jeunes[18].

La politique de certains pays vise une société sans tabac (Royaume-Uni ou encore Maldives).

2. L'alcool

« Sur l'alcool, la volonté politique est moins affirmée. »

Il convient en la matière de distinguer trois cibles : population générale, consommateurs à risque, personnes dépendantes. Cette distinction est essentielle : les approches ne sont pas les mêmes en fonction des publics.

Les nouvelles générations ne considèrent plus le vin comme une boisson quotidienne, ce qui entraîne une baisse de la quantité de vin consommé, remplacée par une consommation de bière. Cela s'inscrit dans une baisse globale de la consommation

[18] Santé publique France, *Tabagisme en France : 68 000 décès évitables en 2023, une baisse encourageante mais un fardeau toujours trop important*, communiqué publié le 16 février 2026.

d'alcool puisque la consommation quotidienne d'alcool a été divisée par trois en 30 ans, mais au moins 22% des adultes dépassent encore les repères de consommation à moindre risque, et, chez les jeunes, ce modèle a été remplacé par une consommation moins fréquente mais plus excessive, appelée « binge drinking ».

La contradiction entre les messages de prévention et la disponibilité du produit, les promotions, le faible prix relatif et l'influence des lobbies alcooliers explique cette consommation. Les campagnes d'information ne peuvent remplacer des mesures structurelles sur le prix, la publicité et la disponibilité.

3. L'alimentation

L'alimentation est l'un des principaux déterminants de santé, avec plusieurs problématiques pour lesquelles ont été fait plusieurs Programmes nationaux pour l'alimentation (PNA) et un Programme National Nutrition Santé (PNNS) :

Un accès inégalitaire à l'alimentation. Des actions sont menées quotidiennement pour garantir une alimentation pour tous, grâce aux associations investies dans la distribution alimentaire ou certaines initiatives tels que les petits-déjeuners à l'école.

Une alimentation pouvant être de qualité nutritionnelle médiocre. Nous avons connu ces dernières décennies une transformation profonde de notre environnement alimentaire, marquée par une exposition croissante aux boissons sucrées et aux produits ultra-transformés, riches en sel, en gras et en sucres.

- L'obésité touche 18,1 % des adultes (plus de 9,5 millions de personnes) et entraîne plus de 7 millions de cas de maladies et 68 000 décès en 2024. Son coût socio-économique est estimé à 12,7 milliards € en 2024 et pourrait atteindre 15,4 milliards € en 2030 si aucune action n'est entreprise[19].

Depuis plusieurs années, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) met en évidence le rôle central d'une surconsommation des sucres et de l'alimentation ultra-transformée dans la progression des pathologies chroniques. Celles-ci, autrefois réservées à l'adulte, apparaissent désormais chez des personnes de plus en plus jeunes.

L'exposition précoce aux goûts sucrés, salés, gras façonne nos préférences alimentaires : plus un enfant y est habitué tôt, plus il développera une appétence pour ces produits à l'adolescence et à l'âge adulte. Les habitudes alimentaires se construisent dès la diversification.

[19] Asterès. *Le coût de l'obésité en France en 2024*. Paris: Asterès; 2024. Disponible sur: https://asteres.fr/site/wp-content/uploads/2024/11/ASTERES-NOVO-NORDISK-Cout-de-lobesite-en-2024-15112024.pdf

C’est l’objet des campagnes d’information pour encourager à mieux s’alimenter comme la campagne « Cinq fruits et légumes par jour », et également des dispositifs plus contraignants tels que la taxation des sucres dans les sodas ou l’interdiction d’ajouts de sucre par les industriels dans les aliments pour jeunes enfants

Ce déterminant majeur nécessite une politique plus ambitieuse car les freins et les lobbys sont nombreux pour empêcher d’améliorer la qualité nutritive des aliments :

- contre un encadrement réglementaire du marketing alimentaire ciblant plus particulièrement les enfants,
- contre l’obligation d’affichage du Nutriscore.

4. La sédentarité

L’activité physique et la sédentarité constituent un cas emblématique tant chez les adultes que chez les jeunes : 95 % des adultes présentent une fragilité sanitaire liée à un manque d’activité physique ou à un temps de sédentarité excessif, avec un coût social estimé à 140 milliards d’euros par an ; 30 % des hommes et 40 % des femmes sont en dessous des niveaux recommandés d’activité physique. Chez les jeunes, seuls 33 % des filles et 51 % des garçons, âgés de 6 à 17 ans, atteignent les recommandations d’activité physique[20].

Plusieurs mesures structurantes ont été engagées ces dernières années afin de promouvoir l’activité physique dès le plus jeune âge :

- **Le dispositif « 30 minutes d’activité physique quotidienne »** dans toutes les écoles primaires quand l'enseignement d’éducation physique et sportive (EPS) n’est pas inscrit au programme de la journée ;
- **Le dispositif « Deux heures d’activité physique et sportive en plus par semaine au collège »**, censé favoriser l'activité physique régulière des jeunes pour contribuer à l’amélioration de leur santé, mais aussi de leur bien-être.

D’autres programmes ont été développés pour favoriser l’activité physique.

La France a lancé en 2018 le **Plan Vélo et mobilités actives**, une politique initialement conçue pour répondre à des enjeux de mobilité et de transition écologique. Bien qu'il ne relève pas d'une politique de santé, ce plan produit des effets bénéfiques importants sur la santé en favorisant l'activité physique du quotidien. La pratique régulière du vélo

[20] Santé Publique France, Baromètre santé 2021.

contribue à réduire le risque de maladies chroniques, notamment cardiovasculaires et métaboliques, tout en améliorant la santé mentale et le bien-être[21].

L'**activité physique adaptée** (APA), les Maisons Sport-Santé, les programmes ICAPS, les actions des collectivités et des clubs sportifs témoignent également d'une mobilisation réelle en faveur du sport-santé et de la lutte contre la sédentarité. Toutefois, l'absence d'un financement stable, d'un mécanisme de prescription réellement solvabilisé et d'une évaluation comparative limite encore la portée de ces dispositifs.

L'amélioration de l'accès aux équipements est également un levier important.

Les plans « 5 000 terrains de sport » et « 5 000 équipements - Génération 2024 » ont permis, selon l'Agence nationale du Sport, de financer plus de 10 500 équipements pour environ 360 M€ de subventions, dont plus de 9 300 équipements de proximité. Sur la période 2022-2025, environ 1 050 équipements de proximité destinés aux activités de forme et de santé en accès libre ont été financés pour environ 28 M€.

Ces équipements peuvent contribuer à la prévention primordiale en rendant l'activité physique plus accessible dans les bassins de vie les plus carencés. Leur effet réel dépend toutefois de plusieurs conditions : implantation dans les territoires prioritaires, accessibilité, sécurité, appropriation par les habitants, créneaux encadrés lorsque nécessaire, articulation avec les acteurs associatifs et suivi de l'usage effectif par les publics ciblés.

[21] Les bénéfices de la pratique du vélo sur la santé ont été quantifiés par Schwarz et al. (2024). La pratique du vélo en 2019 en France aurait permis d'éviter 1 919 décès prématurés et 5 963 cas de maladies chroniques, dont 3 743 cas de diabète de type 2 et 1 578 cas de maladies coronariennes.



Schéma – Sport-santé : de l'équipement de proximité à l'impact préventif

5. Les addictions aux produits illicites

La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) anime et coordonne l'action du Gouvernement en matière de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Elle participe à la mise en cohérence de tous les leviers de l'action publique contre la consommation de ces produits, au niveau local, national et international, avec un ciblage plus particulier vis-à-vis des jeunes afin de retarder l'âge des premières conduites addictives, réduire leurs fréquences en population générale et limiter leurs conséquences, pour les individus comme pour la société.

D'après les travaux de la MILDECA, **la France est l'un des pays européens où les conduites addictives sont les plus fréquentes**. Si des progrès peuvent être observés dans la lutte contre le tabagisme et la consommation d'alcool, certaines conduites addictives se reportent sur des produits illicites.

Longtemps banalisé, le cannabis,de plus en plus concentré en THC, est consommé chaque jour par 900 000 personnes. Dans le même temps, la consommation de psychostimulants (cocaïne, crack ou drogues de synthèse) est en forte augmentation : 10% des adultes en ont déjà consommé. Cette dynamique interroge l'efficacité des politiques publiques conduites jusqu'à présent. Si des moyens importants sont consacrés à la lutte contre les trafics, il nous faut également renforcer la prévention, en misant sur l'éducation, l'amélioration des compétences psychosociales, et une action en faveur de la santé mentale.

6. La santé mentale face aux risques émergents

La prévention primordiale doit intégrer les enjeux de santé mentale, qui peuvent être à l'origine de situations de harcèlement et de violences chez les jeunes comme au sein des familles, mais aussi les enjeux de sommeil, d'exposition aux écrans, de troubles de l'attention… La consultation citoyenne a montré l'importance croissante de ces sujets, notamment chez les jeunes : *« le confinement a marqué un tournant, que les jeunes grandissent dans un contexte sociétal perçu comme insécurisant, que les écrans et le scrolling modifient la capacité de concentration et que le sommeil devient un objet de vigilance. »*

Ces enjeux ne concernent pas uniquement les enfants. Ils touchent également les actifs, confrontés à une dégradation de leur bien-être mental. L'augmentation des arrêts de travail pour des raisons psychologiques, l'épuisement professionnel, les situations de burn-out et les difficultés à concilier vie professionnelle et vie personnelle, notamment par l'émergence des outils numériques, témoignent de l'urgence des pouvoirs publics à se saisir de ce sujet. Là encore, la prévention ne peut se limiter à une prise en charge individuelle des conséquences. Nous devons agir sur les causes (organisation du travail, charge mentale, conditions de travail).

Malgré deux années consacrées à la santé mentale comme « Grande cause nationale », les auditions ont fait ressortir un décalage entre l'ampleur des besoins et les réponses apportées. Les troubles psychiques progressent, particulièrement chez les jeunes, tandis que les facteurs qui les favorisent restent encore insuffisamment pris en compte dans les politiques publiques.

La santé mentale face aux facteurs de risque émergents : le numérique et le sommeil.

L'environnement numérique est désormais un véritable « lieu de vie ». Les réseaux sociaux, les algorithmes de recommandation et les mécanismes de captation de l'attention influencent les normes sociales, les représentations, les comportements et, plus largement, la santé mentale. Il ne s'agit pas seulement d'interroger la responsabilité des utilisateurs ou des parents, mais également celle des plateformes, conçues comme architectes de l'attention.

Le lien entre l'exposition aux écrans et la dégradation du sommeil est aujourd'hui bien documenté. L'utilisation d'un écran pendant une heure précédant l'endormissement augmente de 59 % le risque d'insomnie et réduit la durée de sommeil[22]. Or, le manque

[22] Hjetland GJ, Skogen JC, Hysing M, Gradisar M and Sivertsen B (2025) How and when screens are used: comparing different screen activities and sleep in Norwegian university students. Front. Psychiatry.

de sommeil à des conséquences sur la santé, et notamment la santé mentale : troubles de l'humeur, anxiété, dépression, difficulté de l'attention avec un risque accru d'accidents, obésité, diabète, maladies cardiovasculaire…

Face à ces facteurs de risque émergents, une approche intégrée de la prévention est indispensable : éducation à l'esprit critique, régulation des plateformes, littératie, formation des professionnels, coordination avec l'Éducation nationale, santé mentale à l'école et au travail, recherche sur les impacts et outils de données permettant de suivre les tendances sans renforcer les inégalités.

III. Comment expliquer la faible efficacité des politiques de prévention ?

« Notre santé est étroitement liée à l'ensemble de nos environnements. »

La prévention primordiale relève par nature d'une vision globale. La lettre de mission me place d'ailleurs auprès de ministres chargés du travail, de l'agriculture, de l'éducation nationale, de la santé, de l'aménagement du territoire, de l'enseignement supérieur, de la recherche, des sports et de la jeunesse. L'absence de stratégie nationale de santé et l'existence de plusieurs dizaines de stratégies, plans, feuilles de route dans le champ de la prévention primordiale montre que l'enjeu n'est donc pas seulement organisationnel ; il est fonctionnel.

Qui fixe les priorités ? Qui produit les preuves ? Qui accompagne les territoires ? Qui suit les indicateurs ? Qui rend compte au Parlement et aux citoyens ? Tant que ces fonctions ne sont pas clairement distribuées, la multiplicité des opérateurs continuera de produire une impression de foisonnement sans pilotage.

A. Absence de coordination nationale en faveur de la prévention primordiale

« Pas de chef d'orchestre, pas de partition, des musiciens nombreux, volontaires mais éparpillés ! »

Le premier atout (et la première fragilité) du système français tient à la densité (et de la diversité) de son écosystème : État, Assurance maladie, agences nationales, agences régionales de santé, collectivités territoriales, départements, communes, intercommunalités, associations, organismes complémentaires, mutuelles, employeurs, services de santé au travail, Éducation nationale, protection maternelle et infantile, établissements de santé, médico-social, clubs sportifs, fédérations, chercheurs et citoyens interviennent chacun, à des degrés divers, dans la prévention primordiale. Cette pluralité reflète la nature même de la prévention, qui se joue dans les milieux de vie et les déterminants, bien au-delà du système de soins.

Cette richesse devient toutefois une faiblesse lorsqu'elle n'est pas coordonnée.

Le système français est moins caractérisé par une absence d'actions que par leur dispersion. La Cour des comptes, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont tous documenté la difficulté à consolider les financements, à hiérarchiser les priorités et à évaluer les effets. Les politiques publiques restent structurées en silos, malgré la multiplication des cadres stratégiques et les instructions interministérielles, une fois publiées, sont souvent déclinées par chaque ministère selon sa propre feuille de route, sans articulation suffisante.

1. Un portage politique et administratif faible, cloisonné et peu démocratique

La gouvernance nationale de la prévention en santé est aujourd'hui trop faible, insuffisamment structurée, pour porter une véritable politique interministérielle. Elle est souvent rattachée au ministère chargé de la santé. Or, les déterminants de santé relèvent de politiques publiques qui dépassent le champ sanitaire : éducation, alimentation, urbanisme, sport, logement, environnement, travail, transports…

Cette gouvernance ne peut se limiter à la coordination ponctuelle de plans sectoriels. Elle suppose un réel pilotage interministériel, avec une capacité d'arbitrage, de suivi, de coordination, d'évaluation et de redevabilité portant sur les effets de l'ensemble des politiques publiques sur la santé.

Un outil existe : le **comité interministériel pour la santé** (CIS). Présidé par le Premier ministre, il « traduit la volonté du Gouvernement que l'ensemble des ministères puissent contribuer à la prévention en santé et à la promotion, dans tous les territoires et dans tous les milieux de vie, des comportements permettant de rester en bonne santé tout au long de la vie »[23].

[23] Ministère chargé de la Santé, Dossier de presse *Comité interministériel pour la Santé*, mars 2019

Encadré n° 4 - Comité Interministériel pour la Santé (CIS) : quelles sont ces principales missions ?

- **Améliorer l'état de santé de la population** et contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.
- **Intégrer la santé dans toutes les politiques publiques**, en veillant à ce que les décisions prises dans les domaines de l'éducation, du travail, du logement, de l'environnement, des transports ou encore de l'agriculture prennent en compte leurs impacts sur la santé.
- **Coordonner l'action des ministères et des territoires**, afin d'assurer une mise en œuvre cohérente des politiques de prévention et de promotion de la santé.
- **Suivre les plans et programmes gouvernementaux** ayant un impact significatif sur la santé et établir un bilan annuel de leur mise en œuvre.

Nous pouvons cependant nous interroger sur le fait que le **Comité interministériel de la santé ne s'est pas réuni depuis sept ans** (25 mars 2019), privant ainsi la prévention en santé de l'impulsion politique nécessaire à sa « systémisation ».

Par ailleurs, les échanges conduits avec le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (**HCAAM**) mettent en évidence une confusion des responsabilités. Le décret portant création du Comité interministériel pour la santé (CIS)[24] lui attribue en effet certaines missions qui ne relèvent pas de ce niveau de responsabilité. Ainsi, la production d'un **rapport annuel sur l'état de santé de la population et sur les inégalités de santé** devrait naturellement relever de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), dont c'est le champ d'expertise. Or, si la DREES a produit par le passé des travaux de référence sur ce sujet, elle ne publie plus aujourd'hui de rapport annuel dédié ; le dernier rapport identifié remonte, sauf erreur, à 2022. De même, l'adoption d'une synthèse des bilans d'activité des commissions de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, ne semble pas relever du niveau du Premier ministre et du Comité interministériel pour la santé. La réunion du Premier ministre et des ministres concernés doit être consacrée à la définition d'orientations stratégiques, à l'arbitrage des politiques publiques et au suivi de leur mise en œuvre, et non à l'examen de bilans d'activité opérationnels. En pratique, il a été remonté que l'accès même à ces bilans était d'ailleurs difficile, ceux-ci n'ayant pas toujours été disponibles lorsqu'ils ont été sollicités.

[24] Décret n° 2014-629 du 18 juin 2014 portant création du comité interministériel pour la santé.

Ces imprécisions dans la répartition des rôles illustrent la désorganisation actuelle de la gouvernance nationale de la prévention.

La même faiblesse se retrouve dans sa programmation stratégique. À la suite de l'adoption de la stratégie nationale de santé le 20 décembre 2017, le Gouvernement avait présenté, lors du CIS du 26 mars 2018, le « Plan National de Santé Publique - Priorité Prévention », avec 25 mesures-phares « pour rester en bonne santé tout au long de la vie ». Reprenant à son compte l'analyse du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), la Cour des comptes constatait ainsi que les objectifs du plan n'étaient ni chiffrés, ni assortis d'échéances annuelles ou pluriannuelles permettant d'apprécier l'effectivité et les résultats de la politique mise en œuvre.

Cette situation est renforcée par la non-publication de la nouvelle Stratégie nationale de santé. Le projet de stratégie nationale de santé 2023-2033, qui a été analysé et évalué par le HCSP dès 2023[25] et ensuite soumis à la consultation publique, n'a toujours pas été adopté et publié en 2026.

Un déficit démocratique : cette Stratégie n'est jamais présentée et discutée au parlement.

Alors que le parlement débat et vote un texte budgétaire concernant la santé (le PLFSS) chaque année à l'automne, aucun débat ne permet au parlement de connaître la vision, les objectifs du gouvernement en matière de santé… comme si le parlement ne devait s'intéresser qu'aux dépenses de santé et non à l'état de santé de la population !

a) Une Direction générale de la santé affaiblie

« Une direction sous la ligne de flottaison concernant ses moyens »
selon un ancien membre du Gouvernement.

Les principales missions de la Direction générale de la santé sont de définir la politique de santé publique, de piloter les programmes nationaux de santé (vaccination, santé mentale, santé environnementale, nutrition…) et de coordonner les acteurs de la santé (agences sanitaires, collectivités, associations, professionnels de santé…)[26].

Actuellement, elle se concentre sur la veille, la sécurité sanitaire et la gestion des crises, ce qui l'empêche de remplir son rôle de concevoir, coordonner et piloter la politique de santé publique sous l'autorité du ministre de la santé.

[25] HCSP, *Stratégie nationale de santé : contribution du Haut Conseil de la santé publique,* 2023
[26] Article D. 1421-1 du code de la santé publique.

Cette situation peut en partie expliquer l'absence de réunion du comité interministériel de la santé depuis 2019 et l'absence de stratégie nationale de santé, qui conduit à une multiplication des plans et stratégies non coordonnés.

Ainsi à titre d'exemple, les actions de prévention portées ou suivies par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) s'inscrivent dans plusieurs cadres nationaux (sport-santé, sport-handicap, santé sexuelle, handicap et cancer, plan antichute, nutrition, santé mentale, maladies neurodégénératives) mais la DGCS indique ne pas disposer d'un cadre stratégique propre de priorisation en prévention primordiale. Ce constat ne traduit pas une absence d'action ; il confirme au contraire que la prévention primordiale se déploie dans une pluralité de stratégies sectorielles qui gagneraient à être articulées par une doctrine interministérielle plus lisible que permettrait l'adoption d'une nouvelle stratégie nationale de santé.

La mission a recensé près d'une **soixantaine de stratégies, feuilles de route, programmes et plans** consacrés à la prévention ou à la promotion de la santé (voir annexe 5), portés par les directions générales concernées par le sujet.

b) Une déclinaison territoriale éparpillée

Si la gouvernance nationale de la prévention en santé souffre d'un manque de pilotage, sa déclinaison territoriale apparaît tout aussi dispersée. La déclinaison territoriale des politiques de santé s'inscrit dans une chaîne d'acteurs relativement claire en apparence. Cependant, cette architecture se déploie de manière fortement cloisonnée, chaque opérateur dispose de son administration, de sa politique sectorielle, de son circuit de décision, de son financement, sans véritable coordination, ce qui limite la cohérence d'ensemble et la continuité des actions menées sur les territoires.

Le ministère de la santé décline ainsi sa politique à travers les agences régionales de santé (ARS), qui élaborent un projet régional de santé (PRS). Celui-ci est ensuite mis en œuvre, notamment au moyen de contrats locaux de santé (CLS), conclus avec les collectivités territoriales.

De leur côté, les organismes de sécurité sociale (Caisse nationale d'assurance maladie , Caisse nationale d'allocations familiales, Caisse nationale d'assurance vieillesse) mettent en œuvre les orientations fixées par la Direction de la Sécurité sociale (DSS) au niveau territorial par les caisses locales, au moyen de conventions d'objectifs et de gestion (COG).

L'Éducation nationale dispose de son propre circuit, sa politique étant déclinée depuis l'administration centrale jusqu'aux académies, inspections académiques et

établissements scolaires. Elle conduit de nombreuses actions de prévention en santé : éducation à la vie affective et relationnelle (EVAR) à l'école maternelle et à l'école élémentaire, éducation à la vie affective et relationnelle, et à la sexualité (EVARS) au collège, lutte contre le harcèlement scolaire, promotion de l'activité physique…

Les autres politiques publiques qui influencent l'état de santé (travail, sport, jeunesse, logement, mobilités, action sociale, vieillissement, …) sont, quant à elles, portées par les services déconcentrés de l'État (services préfectoraux, rectorats, directeur académique des services de l'Éducation nationale), avec l'appui des associations, de divers établissements et professionnels, chacun intervenant selon ses propres priorités et modalités d'action.

Cette organisation se décline au niveau local grâce à l'engagement fort des collectivités locales au niveau des territoires qui, par leur action sur le logement, les mobilités, les équipements petite-enfance, l'action dans les écoles, les collèges et les lycées, les structures pour personnes âgées, leurs actions sociales ou environnementales, ont une action majeure mais souvent invisibles sur la santé globale.

Où se situe la coordination locale ?

Malheureusement ces interventions ne se complètent pas et se superposent.

Cette coordination devrait se faire dans le cadre des projets régionaux de santé puis déclinée dans les conseils territoriaux de santé (CTS) et les contrats locaux de santé.

Plusieurs travaux soulignent les limites de cette organisation. Pour le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), les projets régionaux de santé sont encore insuffisamment évalués et comparés, ce qui ne permet ni d'identifier les pratiques les plus efficaces ni de diffuser les expériences réussies. Le déploiement et la mise en œuvre des contrats locaux de santé est hétérogène, avec un manque de ressources dédiées, un soutien logistique et scientifique insuffisant et une faiblesse de l'évaluation. En outre, est souvent priorisé dans les CLS l'accès aux soins, ce qui peut marginaliser la prévention primordiale si elle n'est pas portée par une ingénierie dédiée, outillée pour coordonner ces politiques.

Encadré n° 5 - L'École promotrice de santé

L'école est le seul lieu de vie qui accueille presque toute une classe d'âge sur une durée longue. Elle constitue donc un levier majeur d'équité.

La consultation citoyenne a été l'occasion de rappeler que l'école est un lieu de construction du rapport aux autres et au territoire, et qu'elle peut structurer une démarche « d'École promotrice de santé ». Le développement de la littératie et des compétences psychosociales, de l'éducation physique et sportive, la restauration

scolaire, la limitation des écrans, le développement de l'esprit critique et de la formation des enseignants sont tout autant des leviers que d'objectifs pour promouvoir la santé.

Les démarches les plus prometteuses sont celles qui adoptent une approche globale, multifactorielle et durable, articulant éducation, prévention et protection, et intervenant à plusieurs niveaux de l'établissement : gouvernance, environnement physique et social, services de santé, lien avec les familles et la communauté éducative, curriculum d'éducation à la santé et littératie. Leur mise en œuvre suppose plusieurs conditions de réussite : formation et accompagnement des équipes, constitution d'une équipe ressource, diagnostic partagé, planification des actions et soutien institutionnel.

Cependant, la démarche d'École promotrice de santé reste encore très peu diffusée : une seule école y serait labellisée, malgré l'intérêt reconnu de cette approche globale. Cette marginalité tient moins à une absence d'actions qu'à leur fragmentation : les établissements sont confrontés à une accumulation de labels et de programmes (PHARE, E3D, égalité filles-garçons, santé mentale, éducation à la vie affective et relationnelle) qui demeurent souvent juxtaposés. Faute de cadre opérationnel partagé et de soutien renforcé aux établissements les moins dotés, l'école promotrice de santé risque ainsi de rester une démarche exemplaire mais ponctuelle, plutôt qu'un levier universel de prévention.

L'Académie nationale de médecine insiste sur la nécessité d'inscrire explicitement la prévention dans les programmes scolaires :

« Cet état des lieux plaide pour que soit offert à chaque citoyen français un bagage solide lui permettant de maîtriser les déterminants de sa santé et de celle de ses proches, d'adopter des comportements favorables à la santé, et d'adhérer aux actions et messages nationaux de santé publique…l'école ne doit ni ne peut porter seule la responsabilité de la refondation de notre politique de prévention en santé. Cependant, cette refondation n'atteindra pas sa pleine efficacité sans l'école. »

2. Une recherche et une expertise inexploitée

L'efficacité d'une politique de prévention dépend de sa capacité à mobiliser les connaissances disponibles. Produire des preuves, les transformer en recommandations, les diffuser auprès des décideurs puis évaluer leur mise en œuvre constitue aujourd'hui une chaîne encore incomplète. Les auditions montrent ainsi que la France ne souffre pas d'un déficit d'expertise, mais d'une insuffisante organisation de cette expertise au service de l'action publique.

a) La nécessité d'une recherche centrée sur l'impact

Les travaux les plus récents montrent que l'enjeu en termes de santé des populations n'est plus uniquement de produire davantage de connaissances, mais de produire des connaissances directement mobilisables sur le terrain par les décideurs, les professionnels et les territoires.

Cette évolution conduit à privilégier des recherches interdisciplinaires, associant chercheurs, professionnels de santé, collectivités territoriales, entreprises, pouvoirs publics, associations et citoyens. Elle valorise les essais pragmatiques, les évaluations en vie réelle, les méthodes mixtes et les approches participatives (co-construction) et les évaluations économiques (retour sur investissement « ROI »).

Plus largement, la recherche en prévention tend désormais à s'intéresser autant aux modalités de mise en œuvre qu'aux interventions elles-mêmes. La qualité de l'implémentation, la gouvernance, l'adhésion des professionnels, les capacités organisationnelles et les inégalités sociales apparaissent comme des déterminants majeurs de l'efficacité des politiques de prévention.

La France doit prendre en compte cette évolution dans ses politiques publiques de prévention. Il devient nécessaire de concevoir la recherche en prévention non plus comme une activité distincte de l'action publique, mais comme un levier permanent d'amélioration des politiques de prévention, fondé sur une évaluation continue, une production de données probantes et une capacité d'adaptation aux réalités des territoires.

b) Une dynamique encore incomplète en France

La France dispose d'équipes de recherche reconnues internationalement en épidémiologie, santé publique, prévention des cancers, maladies cardiovasculaires, nutrition, addictions ou santé environnementale. Les organismes nationaux de recherche, les universités, les CHU et les agences sanitaires contribuent à une production scientifique de qualité.

Depuis plusieurs années, la recherche interventionnelle en santé des populations bénéficie d'un soutien croissant de l'INSERM, de l'ANR, de l'INCa, de Santé publique France et des principaux organismes de financement. Cette dynamique traduit une

prise de conscience progressive de la nécessité d'investir davantage dans la prévention.

c) Des causes structurelles du retard en France

Le retard pris par la France dans le champ de la recherche en prévention et de ses applications tient à plusieurs raisons :

La première tient au déséquilibre historique entre recherche biomédicale et recherche en prévention. Les financements demeurent largement orientés vers les approches diagnostiques ou thérapeutiques, tandis que les interventions préventives disposent de moyens plus limités.

La deuxième concerne l'organisation même de la recherche. Les compétences demeurent dispersées entre de nombreux organismes, disciplines et financeurs, sans stratégie nationale pleinement coordonnée. Cette fragmentation réduit la visibilité internationale de la recherche française et limite sa capacité à conduire des programmes de grande ampleur.

La troisième difficulté réside dans le faible développement des évaluations en conditions réelles au profit des évaluations expérimentales. Les politiques publiques de prévention sont encore insuffisamment conçues comme des objets de recherche, ce qui limite l'accumulation de connaissances robustes sur leur efficacité et leur transférabilité. Les initiatives de prévention restent souvent opportunistes et insuffisamment structurées dans les soins primaires.

Enfin, la diffusion des connaissances scientifiques demeure imparfaite. Malgré les progrès récents, les données probantes influencent encore insuffisamment les décisions publiques locales ou nationales. Le lancement par Santé publique France du registre national ReperPrev constitue à cet égard une avancée importante pour favoriser le recours à des interventions ayant démontré leur efficacité.

d) Un changement récent des politiques de recherche en prévention

Les dynamiques de type « programmes et équipements prioritaires de recherche » (PEPR) sont un levier structurant : le programme Prévaction est ainsi présenté comme le

volet recherche de la Stratégie Innovation Prévention, avec un financement annoncé de 50 millions d'euros, tandis que le PEPR « santé des femmes, santé des couples » accompagne le plan contre l'infertilité avec 25 millions d'euros sur cinq ans.

En 2024, a été lancée la Stratégie d'Innovation Prévention en santé, qui s'inscrit dans le cadre du volet santé de France 2030, pilotée par l'Agence de l'innovation en santé et dotée de 170 millions d'euros. Il a vocation à mobiliser l'ensemble des équipes intervenant dans le champ de la prévention dans une logique inter-organismes. Il a vocation à mobiliser l'ensemble des équipes intervenant dans le champ de la prévention dans une logique inter-organismes.

D'autres volets de la prévention font l'objet d'une réorganisation récente. C'est le cas du Fonds national de lutte contre les addictions (FNLCA) qui implique de nombreuses structures (CNAM, DGS, Inca, IRESP, MILDECA...) et qui financent des programmes de recherche à travers des appels à projets lancés par des organismes de soutien à la recherche (IRESP, INCa…).

Depuis 2021, France 2030 finance plusieurs Programmes et Équipements Prioritaires de Recherche (PEPR) qui intéressent directement la prévention ou comportent un volet prévention (PEPR Maladies infectieuses émergentes, programmes sur les données de santé et l'IA…).

Ces programmes représentent aujourd'hui les investissements publics les plus structurants dans les domaines liés à la prévention, mais l'absence de coordination et de référencement des actions comme interventions de prévention ne permet pas d'avoir un panorama clair de la recherche en prévention en France.

e) Recherche, science et expertise en France : un paysage complexe et morcelé

La France dispose d'un écosystème scientifique développé dans le domaine de la prévention en santé. Organismes de recherche, agences sanitaires, autorités scientifiques, instituts spécialisés et académies contribuent à produire des connaissances, évaluer les risques, élaborer des recommandations et éclairer la décision publique. Cette richesse est un atout majeur. Cependant, les auditions ont montré qu'elle souffre elle aussi d'une fragmentation importante, qui limite la lisibilité des travaux produits et leur traduction en politiques publiques cohérentes.

(1) Les organismes de recherche

Les organismes de recherche occupent une place centrale dans cet écosystème : Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Centre national de recherche scientifique (CNRS), Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (INRAE), Institut national du cancer (INCa) ou encore Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).

De nombreux plans nationaux de santé comportent d'ailleurs fréquemment un volet recherche, mais souvent dépourvu de financement dédié. Cette situation fragilise la capacité à produire les connaissances nécessaires à l'évaluation, à la transférabilité et au passage à l'échelle des interventions.

Les acteurs auditionnés ont par ailleurs souligné que ces financements vont encore trop peu à la prévention primaire.

(2) Une capacité d'expertise à davantage structurer

À côté de la recherche, plusieurs structures assurent une mission d'expertise scientifique nécessaire à l'élaboration des politiques publiques.

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) contribue à l'évaluation des stratégies nationales et formule des recommandations en matière de prévention. Santé publique France assure la surveillance de l'état de santé de la population, développe les dispositifs de veille sanitaire et conduit les principales campagnes nationales de prévention. L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) évalue les risques liés à l'alimentation, à l'environnement et au travail, en lien avec les agences européennes compétentes.

La Haute Autorité de santé (HAS) occupe, pour sa part, une place particulière dans cet écosystème. Autorité publique indépendante à caractère scientifique, elle éclaire les décisions publiques par des avis fondés sur les données probantes, élabore des recommandations de bonnes pratiques, produit des référentiels et des indicateurs d'évaluation et développe des outils destinés à rendre les messages de prévention plus accessibles aux professionnels comme au grand public.

L'Anses a un rôle de recherche sur la santé animale, notamment sur les agents pathogènes émergents et l'antibiorésistance, ainsi que sur les risques liés aux agents

chimiques présents dans les milieux naturels, et pour contrôler ces contaminants biologiques et chimiques, notamment dans les eaux usées et les eaux naturelles, afin d'identifier les risques pour la santé humaine, animale et environnementale (surveillance populationnelle).
Cette agence souligne néanmoins que, contrairement au champ du soin, les interventions de prévention sont insuffisamment qualifiées et évaluées. Cette difficulté est régulièrement relevée au cours des auditions : les connaissances existent, mais de manière dispersée entre de multiples institutions, sans **véritable mécanisme de hiérarchisation des priorités ni de synthèse des données disponibles**.

L'Institut national du cancer (INCa) propose un exemple d'agence thématique structurée. Il dispose d'une expertise, de financements de recherche, de programmes de prévention, d'une coordination avec la Direction générale de la santé (DGS) et d'actions sur le dépistage, la vaccination contre le papillomavirus (HPV), les facteurs de risque et les publics vulnérables. La stratégie décennale de lutte contre le cancer affirme la priorité donnée à la prévention primaire en santé.

D'autres acteurs contribuent également à enrichir l'expertise collective, comme l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), l'Académie nationale de médecine, qui a récemment publié plusieurs avis sur la prévention primaire, ou encore certains organismes de recherche financés par la branche Accidents du travail–Maladies professionnelles (AT-MP), qui disposent de moyens significatifs pour analyser les facteurs de risque professionnels et pour développer des actions fondées sur ces travaux, sans toutefois que leurs effets sur la santé des populations concernées ne fassent l'objet d'une évaluation.

La tentation pourrait être de conclure à la nécessité d'une réorganisation institutionnelle massive. **Les auditions invitent plutôt à une approche plus pragmatique** : clarifier les responsabilités, renforcer la coordination par une animation plus soutenue et durable, éviter les doublons, organiser le partage de données, stabiliser les financements et créer des espaces de décision communs. Il s'agit davantage de consolider la coordination plutôt que de bouleverser le paysage.

Ainsi, la **France finance de nombreux projets ayant une composante préventive, mais ne dispose pas encore d'un programme national structuré, lisible et pérenne consacré à la recherche en prévention**, alors même que la prévention est désormais affichée comme une priorité de la politique de santé. Le prochain et probable déploiement d'un **Programme national de recherche en prévention (**Agence de programme de recherche en Santé), doté d'un financement pluriannuel, articulant recherche fondamentale, recherche interventionnelle, sciences de l'implémentation,

intelligence artificielle et évaluation des politiques publiques doit être un levier important d'une politique nationale de prévention primaire.

Reste à clarifier un paysage de soutien à la recherche complexe et dont la performance peut être interrogée et à mettre en place une coordination inter-organisme et un pilotage renforcé des actions de soutien à la recherche (structuration des unités, appels à projets cohérents et articulés entre eux, etc …).

(3) La césure entre la décision politique et la science

La mission fait apparaître un paradoxe structurant : la France dispose d'une production scientifique, statistique et institutionnelle abondante sur les déterminants de santé, les inégalités sociales et territoriales, les risques environnementaux, l'intérêt des interventions précoces et les actions probantes ; mais cette connaissance se transforme difficilement en décisions publiques stables, financées, évaluées et généralisées.

La prévention primordiale souffre moins d'un manque de savoirs que d'un défaut d'architecture permettant de relier ces savoirs à l'arbitrage politique, au financement et à la mise en œuvre territoriale. La prévention primordiale française souffre d'un déficit de traduction : les savoirs produits par la recherche, les agences, les observatoires et les acteurs de terrain ne disposent pas d'un circuit institutionnel suffisamment robuste pour devenir des priorités politiques.

Cette coupure n'est pas seulement cognitive ; elle est institutionnelle, budgétaire et temporelle. La science produit des connaissances souvent longues à consolider, territorialisées ou probabilistes ; la décision politique raisonne dans des fenêtres courtes ; elle est souvent soumise à l'actualité et à une contrainte budgétaire annuelle, avec des responsabilités dispersées entre ministères, agences, assurance maladie, collectivités et opérateurs.

Le résultat est une prévention affichée comme priorité, mais peu reliée aux déterminants structurels.

Les exemples du Nutri-Score, des salles de consommation à moindre risque (SCMR, devenues haltes soins addictions - HSA)[27], du programme PrevHPV[28] ou encore du

[27] Programme visant à améliorer la santé des usagers injecteurs de drogues en réduisant les risques associés.
[28] Programme visant à améliorer l'acceptabilité de la vaccination contre les Papillomavirus humain et la couverture vaccinale.

programme Quali-Dec[29] montrent que le transfert de la recherche vers l'action publique est possible, mais qu'il est loin d'être généralisé. Le passage de la preuve à la décision suppose un dialogue continu entre chercheurs, agences, décideurs nationaux, collectivités, acteurs de terrain et populations concernées, ainsi qu'une capacité à financer l'implémentation et l'évaluation dans la durée.

3. Des données riches issues d'organismes nombreux… qui ne se parlent pas… qui ne produisent pas de tableaux de bord

La France dispose d'un patrimoine de données considérable, qui provient d'un ensemble particulièrement vaste et hétérogène d'acteurs et de dispositifs :

- Les acteurs sanitaires, avec notamment le Système national des données de santé (SNDS), le Système National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) et le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), permettant d'analyser les parcours de soins, la consommation de soins et l'activité hospitalière ;
- Les producteurs de données de santé publique et de recherche, incluant les cohortes, les enquêtes et les dispositifs de surveillance, avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la Plateforme des Données de Santé (HDH), la Fédération nationale des Observatoires régionaux (FNORS), l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) notamment ;
- Les acteurs du champ médico-social et éducatif, tels que la médecine scolaire et la protection maternelle et infantile (PMI), qui produisent des données essentielles sur les enfants, les adolescents et les populations vulnérables ;
- Les acteurs de la protection sociale, notamment la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV);
- Les acteurs de la santé au travail, qui documentent notamment les expositions professionnelles et leurs effets sur la santé ;
- Les organismes complémentaires d'assurance-maladie qui produisent leurs propres données
- Les acteurs environnementaux, qui produisent des données relatives à la qualité de l'air, de l'eau, des sols et aux expositions chimiques et climatiques.

[29] Programme visant à réduire la pratique abusive de césariennes en sensibilisant le personnel soignant et les femmes enceintes.

a) Une capacité limitée à apporter une aide au pilotage

Les données restent principalement produites selon des logiques sectorielles : données médico-administratives de soins, enquêtes populationnelles espacées, cohortes de veille, diagnostics territoriaux, données environnementales, données scolaires, données de santé au travail, données sociales ou médico-sociales. Elles ne forment pas encore un système intégré d'observation de la prévention primordiale.

En effet, beaucoup de données sont dédiées à l'analyse des soins et les données sont produites selon une logique sectorielle. Cette fragmentation limite la capacité à répondre à des questions pourtant essentielles pour une politique publique de prévention : quels publics sont effectivement touchés ? Quels publics restent à l'écart ? Les actions réduisent-elles les inégalités ou les aggravent-elles ? Les interventions atteignent-elles les territoires les plus exposés ? Quels effets observe-t-on sur les comportements, les environnements, les expositions ou les facteurs de risque ?

Encadré n° 6 - Point de vigilance
La prévention primordiale suppose de remonter vers les conditions d'apparition du risque : expositions, comportements, environnements, littératie, logement, travail, école et territoires. **Le croisement des données ne doit pas seulement améliorer l'analyse : il doit rendre visibles les publics non atteints et les territoires où les expositions évitables se cumulent.**

b) Des données qui documentent davantage le soin que les déterminants de santé

Des données structurées décrivent surtout le soin, la consommation médicale et les pathologies constituées alors que les données les plus utiles à la prévention portent sur l'amont de la maladie : lieux de vie, expositions, comportements, conditions sociales et territoires.

- **Le SNDS : un atout à la fois majeur pour observer le soin et insuffisant pour comprendre l'amont de la maladie**

Le SNDS constitue un atout par son exhaustivité populationnelle et la profondeur des données de recours aux soins, d'hospitalisation ou de consommation de produits de santé. Il est historiquement conçu pour des finalités assurantielles et

médico-administratives, centrées sur l'offre et la consommation de soins, et non pour documenter directement les déterminants sociaux, comportementaux, environnementaux ou commerciaux de la santé.

Le SNDS permet d'observer les conséquences sanitaires et les recours au système de soins ; il permet plus difficilement de comprendre les conditions d'apparition du risque. Or, la prévention primordiale suppose de remonter en amont : qualité de l'air, alimentation, activité physique, sommeil, conditions de travail, expositions professionnelles, habitat, précarité, niveau de littératie, environnements scolaires, marketing ou expositions numériques.

Encadré n° 7 - Cohortes et registres : des infrastructures invisibles mais décisives pour la prévention

Les cohortes permettent de comprendre les déterminants et les trajectoires de santé ; les registres permettent de surveiller certaines pathologies de manière exhaustive sur un territoire. Les cohortes et registres constituent des outils essentiels pour comprendre les facteurs de risque, suivre les trajectoires de santé, documenter les effets différés des expositions et évaluer les politiques de prévention. Ils permettent d'aller au-delà des données de soins pour analyser l'amont de la maladie : conditions de vie, expositions environnementales, trajectoires sociales, comportements, vulnérabilités et événements de santé.

Soulignons toutefois leur fragilité : leur gouvernance reste hétérogène, leur accès dépend de conventions parfois longues, et leur financement est insuffisamment stable, notamment pour les registres hors cancers. Or, une politique de prévention primordiale fondée sur les preuves suppose de considérer ces infrastructures comme des biens communs scientifiques, nécessaires à l'évaluation, au ciblage et au passage à l'échelle des interventions.

C'est pourquoi **les acteurs de la prévention plaident pour le croisement des données** de santé (CPAM) avec les données sociales de la CAF, de la CNAV, de l'INSEE et de la DREES, territoriales et environnementales, notamment via le Green Data for Health, l'ANSES, les dispositifs d'observation de l'exposome, avec les entrepôts de données de santé, les données de Santé publique France, les cohortes et les registres de morbidité. Ces derniers sont particulièrement précieux pour documenter les facteurs de risque, les trajectoires de santé et les effets de long terme, mais ils demeurent fragiles lorsqu'ils ne bénéficient pas de financements réguliers et stables.

Encadré n° 8 - Données et numérique : carnet vaccinal électronique interopérable

La vaccination offre l'un des exemples les plus opérationnels de ce que pourrait être un pilotage de la prévention primordiale par la donnée. Un véritable carnet vaccinal électronique interopérable, relié aux outils des professionnels, à Mon espace santé, au DMP et aux bases utiles au pilotage public, permettrait de sécuriser le statut

vaccinal individuel, de déclencher des rappels adaptés, de limiter les doublons, de réduire les occasions manquées et de suivre la couverture vaccinale par âge, territoire et caractéristiques sociales.
Il permettrait également de repérer des poches de sous-vaccination et d'ajuster les actions d'aller-vers.

- La PMI, la médecine scolaire et la santé au travail : des données précoces encore trop peu centralisées

Un acteur auditionné nous a indiqué que les données de la PMI, de la médecine scolaire et de la santé au travail sont insuffisamment centralisées. Il a également souligné que les enquêtes populationnelles sont indispensables pour saisir les habitudes de vie.

Ces trois médecins de prévention disposent d'informations particulièrement précieuses sur les âges clés de la vie, les conditions de développement des enfants, les expositions professionnelles, les vulnérabilités précoces ou les signaux faibles de décrochage sanitaire. Pourtant, leurs données restent insuffisamment centralisées, faiblement interopérables et inégalement exploitées. Les acteurs de la santé scolaire signalent notamment des logiciels non compatibles, l'absence d'accès systématique au dossier médical partagé et des bilans insuffisamment exploités à des fins de pilotage.

Cette lacune est stratégique. Une politique de prévention primordiale centrée sur les lieux de vie ne peut se contenter des seules données de soins. Elle doit intégrer les données issues des acteurs qui interviennent avant la maladie, au contact des populations. Les données de santé scolaire, de PMI et de santé au travail devraient donc devenir des composantes obligatoires d'un système national d'observation de la prévention primordiale, sous réserve d'un cadre éthique, sécurisé et proportionné de partage.

Encadré n° 9 – Données : PMI, santé scolaire, bilans 3-4 ans et 5-6 ans

Les données issues de la PMI et de la santé scolaire devraient occuper une place plus importante dans le système national d'observation de la prévention primordiale. Les bilans de santé de 3-4 ans, les visites de 5-6 ans, les données de repérage en maternelle, les informations relatives au langage, à la vision, à l'audition, aux apprentissages, au développement et aux vulnérabilités sociales constituent des signaux précoces particulièrement utiles. Elles permettraient de repérer les besoins avant l'installation de difficultés durables et d'orienter les familles vers les ressources adaptées.

Pourtant, ces données restent encore trop dispersées, faiblement interopérables et insuffisamment exploitées à des fins de pilotage. Les auditions locales font apparaître

des transmissions parfois informelles entre PMI et santé scolaire, des outils numériques non partagés, une articulation incomplète avec la médecine de ville et des risques de redondance lorsque plusieurs acteurs interviennent sur des sujets proches sans concertation suffisante.

- **Des données environnementales utiles mais non exploitées**

Les données environnementales, bien que riches et en développement, sont insuffisamment croisées avec les données de santé humaine. Cette absence d'interconnexion limite la capacité à établir des liens épidémiologiques robustes et, par conséquent, à orienter efficacement les politiques de prévention.

À titre d'exemple, de nombreuses données existent concernant les infections et l'antibiorésistance. Elles proviennent de sources multiples : la santé animale, la surveillance des eaux usées, les contrôles réalisés dans les industries agroalimentaires ainsi que les analyses en santé humaine. Le programme SUM'EAU, dispositif de surveillance microbiologique des eaux usées, illustre cette dynamique en permettant d'analyser les agents pathogènes présents dans les rejets de 55 stations d'épuration, représentant environ 40 % du territoire. Mais malheureusement, elles ne sont pas croisées avec les données sanitaires du territoire.

Il en va de même pour les données relatives aux substances chimiques présentes dans les différentes matrices environnementales (eaux destinées à la consommation humaine, eaux usées, eaux superficielles ou eaux souterraines) qui sont encore trop rarement articulées avec les données sanitaires, alors même qu'elles constituent un enjeu majeur pour la santé publique et pour l'approche intégrée « Une seule santé ».

- **Les outre-mer : la nécessité de données locales pour piloter une prévention adaptée**

Le cas des outre-mer met en évidence une limite majeure du système actuel de données : les sources disponibles permettent insuffisamment de caractériser les déterminants sociaux, culturels, linguistiques, comportementaux et environnementaux. Or, dans des territoires marqués par la pauvreté, l'enclavement, l'exposition climatique, la diversité linguistique, les mobilités contraintes et un double fardeau infectieux et chronique, les données nationales ou strictement médico-administratives ne suffisent pas à orienter l'action.

La prévention ultramarine suppose donc des données locales fiables, croisées, actualisées et interprétables, associant données sanitaires, sociales, environnementales et sciences humaines et sociales. Cette exigence justifie la structuration d'un pôle ultramarin de recherche en prévention, en réseau multi-territorial, associant ARS, universités, INSERM, CNRS, observatoires régionaux de santé et acteurs de terrain.

c) ORS, SCORE-Santé et diagnostics territoriaux : des atouts

Les observatoires régionaux de santé (ORS) ont accès aux données du SNDS par décret, quarante personnes sont formées dans le réseau pour être en mesure de les traiter et de les analyser, et la base SCORE-Santé (base de données de santé dans les territoires) met à disposition des indicateurs sur la santé et ses déterminants à l'échelle régionale, départementale et des territoires de démocratie sanitaire. Cet outil constitue un atout important, mais il ne remplace pas un tableau de bord national, officiel, annuel et partagé de la prévention primordiale.

d) Des données encore insuffisamment accessibles et exploitables

La mission a constaté des délais longs liés aux procédures d'accès aux données, aux exigences réglementaires, aux conventionnements entre institutions et à l'hétérogénéité des règles de gouvernance des cohortes, registres et entrepôts de données. Ces obstacles ralentissent la production de connaissances utiles à la prévention et limitent la capacité à croiser données de santé, données sociales, données environnementales et données territoriales.

En outre, il manque une ingénierie capable de croiser ces données et de produire des données probantes.

Les rapports institutionnels vont dans le même sens : la HAS insiste sur la nécessité d'une **culture partagée de l'évaluation et de compétences pluridisciplinaires** (épidémiologistes, statisticiens, économistes, spécialistes des sciences sociales, ingénieurs de données et experts de l'évaluation médico-économique) pour produire des données probantes utiles à la décision publique. L'IGAS relève que la prévention française reste insuffisamment fondée sur des preuves d'efficacité et d'efficience. Le HCSP et le HCAAM appellent à des indicateurs robustes, à des évaluations ex ante, in itinere et ex post et à une meilleure appréciation de la transférabilité des interventions.

Les auditions ont confirmé la nécessité de croiser données de santé, données sociales, données environnementales et données d'exposition, et de doter les acteurs de la politique de prévention de compétences en « data scientist ». La mission a constaté que les porteurs de projets renoncent souvent à des analyses plus riches faute de temps, d'interopérabilité et de compétences techniques. Les acteurs territoriaux insistent sur le besoin d'ingénierie locale pour interpréter les données et les transformer en priorités opérationnelles. La Fnors, la Fédération Promotion Santé,la MSA, Unicancer Intériale et Présanse montrent enfin que les organisations les plus avancées mobilisent déjà des équipes spécialisées pour produire des diagnostics, des baromètres, des tableaux de bord et des indicateurs de participation, d'impact et d'équité.

La loi a récemment permis le croisement de certaines données pour lutter contre la fraude. Cela pourrait de même être réalisé pour l'amélioration de la santé de nos concitoyens.

B. Une prévention qui peine à se systématiser

« Peu de volonté « d'industrialiser » la prévention primordiale,
(produire des actions probantes de prévention)
comme le système de soins a su produire des actes de soins »

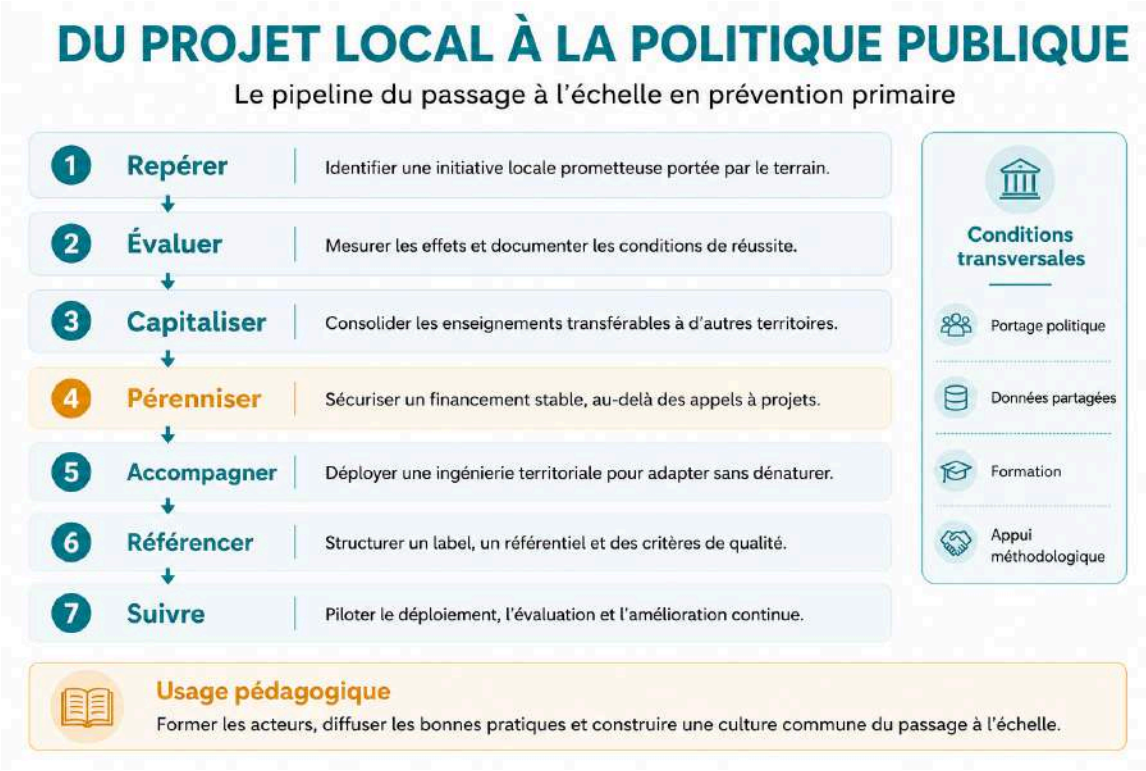
La difficulté française ne réside pas tant dans sa capacité à innover que dans sa capacité à diffuser l'innovation. Les initiatives de prévention primordiale sont nombreuses, parfois évaluées et certaines sont prometteuses. Elles demeurent pourtant largement dépendantes de leurs porteurs, de financements temporaires ou de contextes locaux favorables. Faute d'une véritable fonction nationale de sélection, d'accompagnement et de passage à l'échelle, ces expériences restent trop rarement transformées en politiques publiques de droit commun.

1. Des expérimentations intéressantes mais pas de passages à l'échelle

Passer des initiatives probantes au droit commun est le chaînon faible de la prévention primordiale. Le passage à l'échelle doit être compris comme une fonction de politique publique : sélectionner les interventions utiles, les financer durablement, accompagner leur adaptation territoriale et en mesurer les effets.

a) Une France riche en initiatives, mais pauvre en capacités de généralisation

La France dispose d'initiatives probantes ou prometteuses : ICAPS, Unplugged, PSFP, ProDAS, Tabado, Interception, programmes de compétences psychosociales, contrats locaux de santé, Maisons Sport-Santé, dispositifs mobiles, responsabilité populationnelle, centres de prévention en cancérologie, programmes d'aller-vers etc. Néanmoins le passage à l'échelle reste fragile.



Le HCAAM, dans son rapport de 2025, indique que la transposition dans le droit commun des expérimentations probantes se heurte régulièrement à des difficultés[30]. L'avis du HCAAM sur la prévention de l'obésité plaidait déjà pour des modalités de financement *qui « ne doivent pas être expérimentales ou dérogatoires aux règles en vigueur, mais offrir aux acteurs une garantie de pérennité*[31] *»*.

[30] HCAAM, *Les leviers d'action pour un système de santé efficient et solidaire*, juin 2025, p. 76
[31] HCAAM, *Organisation et financement de la prévention de l'obésité,* 12 février 2019, p. 60

b) Les haltes soins addictions : un cas d'école du passage à l'échelle empêché

Les haltes soins addictions fournissent un exemple de cette difficulté. Le rapport IGAS-IGA souligne que malgré le fait que les lits haltes soins addictions ont pleinement réalisé leur objectifs de santé et de tranquillité publiques, seules deux HSA ont été ouvertes depuis 2016, à Paris et Strasbourg, accueillant 1 600 personnes, soit moins de 1 % des usagers problématiques de drogues estimés en France en 2023[32]. Le même rapport recommande d'inscrire les HSA dans le droit commun, tout en soulignant la nécessité d'un diagnostic local, d'une implantation adaptée, d'un chaînage médico-social et d'une acceptabilité territoriale[33].

c) L'article 51 : un levier utile pour la prévention primordiale

L'article 51 constitue un progrès pour soutenir l'innovation organisationnelle, mais il ne suffit pas à lui seul à structurer un modèle de passage à l'échelle pour la prévention primordiale structurelle.

Il convient néanmoins de signaler les possibilités nouvelles que propose la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 avec les expérimentations dites de « l'Article 51 » qui illustrent à la fois, une avancée avec un nouveau levier de soutien à l'innovation et une limite : le dispositif d'expérimentations organisationnelles innovantes a d'abord été conçu comme un outil de transformation de la prise en charge, du parcours des patients, de l'efficience du système de santé et de l'accès aux soins. Il permet de tester de nouveaux parcours de soins ou de prévention tertiaire qu'à des interventions de prévention primordiale structurelle. Rappelons néanmoins 3 éléments importants :

- **La prévention primordiale a été intégrée tardivement dans les objectifs** (art. 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 qui modifie l'article L. 162-31-1 du Code de la sécurité sociale) et la reproductibilité reste difficile en ce qui concerne les démarches de prévention malgré un taux de généralisation d'environ 45 % pour l'ensemble des expérimentations suivies ;
- Plusieurs expérimentations qui concernent la prévention primordiale tabac entrent dans le champ de l'article 51 : expérimentation tabac à La Réunion, OSE

[32] IGA-IGAS, Les haltes soins addictions, octobre 2024, p. 2
[33] *Ibid.* p. 3-5

sur l'alcool, SECPA et PATIEMMENT au Mans, ainsi que PEP's dans une logique organisationnelle favorable à la prévention. Elles ont en commun de viser des comportements ou des déterminants de santé plutôt que sur la prise en charge de pathologies constituées.

- Par ailleurs, plusieurs dispositifs qui relèvent plutôt de la prévention secondaire ou tertiaire souvent associés à la prévention, comme ICOPE, COCON ou les parcours d'obésité complexe.
- Il nous est aussi remonté que la difficulté liée au coût important de l'évaluation des mesures Article 51 toujours réalisée par des sociétés externes.

À retenir

La France ne manque pas d'initiatives et d'actions de prévention primordiale ; elle manque d'une fonction organisée de passage à l'échelle.

Une intervention probante ne devient pas automatiquement une politique publique : elle doit être évaluée, financée dans la durée, adaptée aux territoires, accompagnée par une ingénierie locale et suivie par des indicateurs de couverture, de qualité, d'équité et d'impact.

À défaut, les programmes prometteurs restent dépendants d'appels à projets, de fenêtres politiques ou de porteurs locaux, et ne deviennent ni des droits, ni des standards, ni des politiques publiques garanties.

2. Une évaluation encore trop faible des politiques mises en œuvre

La réussite du virage préventif repose sur la capacité à démontrer l'efficacité des interventions mises en œuvre. Or, les politiques de prévention restent encore trop rarement évaluées de manière robuste, ce qui fragilise leur crédibilité, leur diffusion et leur financement.

a) L'évaluation, condition de la crédibilité des politiques de prévention

L'évaluation constitue l'un des nœuds de la politique de prévention primordiale. Les effets sont différés, multifactoriels, souvent médiés par des changements d'environnement, de comportements ou de normes sociales. Les méthodes classiques

d'évaluation clinique ne suffisent pas toujours. Pour autant, l'absence d'évaluation robuste fragilise les arbitrages, la généralisation des actions, la confiance des financeurs et leur capacité à agir.

L'IGAS, dans son rapport sur la prise en compte des preuves scientifiques, constate que *« le fondement des politiques de prévention sur des preuves scientifiques […] est encore peu structuré en France, et mobilise de façon insuffisante des analyses d'efficience*[34] *»*. Le même rapport souligne que *« constituer des preuves d'efficience est donc nécessaire pour discriminer entre les actions de prévention et de promotion de la santé*[35] *»*

La HAS insiste sur la nécessité de s'emparer de l'évaluation très en amont de la mise en œuvre : *« la production de données probantes au service du virage préventif suppose que le décideur public s'empare de la question de l'évaluation très en amont de la mise en œuvre de l'intervention*[36] *»*. Elle rappelle cependant qu'il n'est ni nécessaire ni pertinent d'exiger le niveau maximal de preuve pour toutes les interventions ; le niveau de preuve doit dépendre de la maturité du dispositif, du risque, du coût, du contexte et de la décision à éclairer.

Cette évaluation est indispensable, car une action déployée sans avoir été préalablement évaluée ou mise en œuvre sans articulation avec les autres dispositifs existants, peut produire des effets contraires à ceux initialement recherchés.

Encadré n° 10 – Le plan antichute : les limites d'une généralisation sans évaluation préalable suffisante

La prévention des chutes chez les personnes âgées illustre les limites d'une politique fondée sur une intention légitime mais déployée sans évaluation préalable suffisante.

Les chutes des personnes âgées de 65 ans et plus représentent un enjeu majeur pour la santé : c'est le premier motif de décès accidentel dans cette tranche d'âge et un fardeau croissant pour le système de santé. En 2024, Santé publique France a dénombré 174 824 hospitalisations et 20 148 décès liés à une chute, soit des augmentations respectives de 20,5 % et 18 % par rapport à 2019. Elles représentent également la seconde cause d'admission en EHPAD après les troubles neurocognitifs. avec un coût pour le système de soins évalué à 900 millions d'euros par la Cour des comptes dans son rapport de 2021 « La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ».

[34] IGAS, *La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et promotion de la santé,* octobre 2024, p. 2 et p. 3
[35] *Ibid* p. 3
[36] HAS, *Comment renforcer l'expertise au service du virage préventif ?,* octobre 2025, p. 4

L'objectif assigné au « Plan antichute » 2022-2024 qui était de réduire de 20 % les chutes mortelles ou invalidantes n'a donc pas été atteint ; la tendance observée est même inverse.

Cet échec du plan national n'invalide cependant pas totalement les actions engagées : il révèle les limites d'une prévention conçue dans une logique principalement sectorielle (rééducation post-chute, adaptation du logement, téléassistance), identique quel que soit le risque de chute (faible, modéré, élevé), reposant essentiellement sur les professionnels de santé, sans outil dédié, sans ligne de financement pluriannuelle, avec une faible articulation entre les acteurs du soin, du médico-social, du logement et des collectivités territoriales et sans prise en charge de services essentiels à la prévention (activité physique adaptée, ergothérapeute etc.). Or, les chutes des personnes âgées ne relèvent pas d'un risque isolé : elles mettent en jeu l'activité physique, l'équilibre, la vision, l'audition, les médicaments, la nutrition, le logement, l'environnement domestique, l'isolement, la santé mentale et l'accès aux ressources locales. Elles constituent aussi un révélateur de la capacité du système à articuler repérage, orientation, interventions territoriales, financement, données et évaluation.
Une politique efficace de prévention des chutes suppose donc une approche multifactorielle : repérage du risque, mobilisation des professionnels de proximité, activité physique adaptée, adaptation du logement, sécurisation de l'environnement, accompagnement des personnes et des aidants et suivi d'indicateurs d'impact. Elle ne peut être évaluée seulement au nombre d'ateliers organisés ou de bilans réalisés ; elle doit l'être au regard de ses effets sur les chutes graves, les hospitalisations, le maintien des capacités fonctionnelles, l'autonomie, la qualité de vie, les coûts évités et les inégalités d'accès à la prévention.

b) Construire une culture de l'évaluation adaptée aux acteurs de terrain

Les acteurs associatifs demandent un accompagnement proportionné pour conforter leurs démarches d'évaluation : de nombreuses associations ne peuvent aller au-delà d'indicateurs de satisfaction faute de moyens. Ils rappellent que l'efficacité d'une intervention dépend fortement des contextes sociaux, territoriaux et institutionnels, et que les registres de programmes standardisés doivent être complétés par la capitalisation des conditions d'implantation, ce qui rend toute démarche évaluative complexe dans sa mise en œuvre.

c) Évaluer l'efficience sans réduire la prévention à un calcul budgétaire

La prévention primordiale est souvent présentée comme un investissement rentable. Cette affirmation est fondée pour de nombreux champs, mais elle doit être maniée avec rigueur. Toutes les actions de prévention ne produisent pas des économies budgétaires immédiates ; certaines produisent des gains de santé, de bien-être, de qualité de vie, d'équité, de participation sociale ou de productivité qui ne se traduisent pas directement par une baisse des dépenses à court terme.

La HAS distingue à juste titre plusieurs catégories de données utiles au décideur : efficacité, données économiques, conditions de succès de la mise en œuvre et externalités[37]. Cette grille est particulièrement adaptée à la prévention primordiale. Une intervention peut être efficace dans un essai, mais difficile à transférer ; peu coûteuse, mais peu équitable ; prometteuse localement, mais dépendante d'un porteur exceptionnel ; coûteuse à court terme, mais très utile socialement ; difficile à évaluer sur les indicateurs finaux, mais pertinente sur des indicateurs intermédiaires robustes.

L'IGAS rappelle que les politiques de prévention mobilisent insuffisamment les analyses d'efficience[38]. Le HCAAM recommande de fonder davantage les décisions sur l'évaluation médico-économique. Ces constats appellent à développer des outils adaptés : analyses coût-efficacité, coût-utilité, coût-bénéfice, retour sur investissement, mais aussi analyses d'équité et d'impact sur les inégalités. Les indicateurs comme les QALY ou DALY peuvent éclairer les arbitrages, sans devenir des instruments mécaniques de décision[39].

La méthode de Bpifrance invite à penser l'évaluation comme une preuve « actionnable » pour le décideur. Les projets de prévention financés doivent documenter non seulement l'efficacité d'une solution, mais aussi sa portée, son adoption, sa mise en œuvre, son maintien dans le temps et ses conditions de transférabilité. Cette approche rejoint les cadres de type RE-AIM[40], qui sont particulièrement adaptés à la prévention primordiale : il ne suffit pas de savoir qu'une intervention fonctionne ; il faut savoir qui elle atteint, qui

---

[37] HAS, *Comment renforcer l'expertise au service du virage préventif ?, Op cit.*

[38] IGAS, *La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et promotion de la santé,* octobre 2024, *Op cit.*

[39] Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), *Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé,* avis adopté le 28 juin 2017, p. 12.

[40] Les cadres de type RE-AIM, développés à la fin des années 1990 par Glasgow, Vogt et Boles, invitent à évaluer une intervention non seulement à partir de son efficacité, mais aussi de sa portée, de son adoption, de sa mise en œuvre et de sa pérennité. Russell E. Glasgow, Thomas M. Vogt et Shawn M. Boles, « *Evaluating the Public Health Impact of Health Promotion Interventions: The RE-AIM Framework »,* American Journal of Public Health, vol. 89, n° 9, 1999, p. 1322-1327, DOI : https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1322. (consulté le 5 juin 2026)

elle n'atteint pas, comment elle est adoptée, dans quels contextes elle peut être maintenue, et si elle peut être déployée sans accroître les inégalités.

d) Vers une intégration systématique des évaluations d'impacts sur la santé

Comme le suggère le HCSP[41], la politique de prévention devrait intégrer plus systématiquement les évaluations d'impact sur la santé et l'équité. Ces démarches ne se substituent pas aux évaluations ex ante, in itinere ou ex post ; elles les complètent en portant l'attention sur les effets sanitaires, sociaux et distributifs de décisions publiques prises hors du champ strictement sanitaire.

Elles permettent d'**anticiper les conséquences d'un projet d'urbanisme, d'une réforme du transport, d'une politique de logement, d'un aménagement scolaire, d'un projet industriel ou d'une réglementation économique sur la santé, la qualité de vie et les inégalités**. Elles offrent ainsi un instrument concret pour rendre opérationnel le principe de santé dans toutes les politiques.

Encadré n° 11 – Evaluation de la vaccination : couverture, occasions manquées, impact, coût évité, équité, acceptabilité
La vaccination permet d'illustrer ce que devrait être une évaluation robuste de la prévention primordiale. Elle ne peut être appréciée uniquement par le nombre d'actes réalisés ou de campagnes conduites. Elle doit être évaluée à partir d'indicateurs combinés : couverture vaccinale effective par âge, territoire et groupe social ; occasions manquées dans les lieux de soins, médico-sociaux d'éducation et de travail ; impact sanitaire sur les infections, complications, hospitalisations ou cancers évitables ; coûts évités pour le système de soins et la collectivité ; équité territoriale ; acceptabilité sociale ; confiance dans les recommandations ; qualité des données et délais entre recommandation, remboursement et accès effectif. Cette approche pourrait inspirer plus largement l'évaluation des politiques de prévention primordiale, en combinant des indicateurs de couverture, d'impact, d'équité et de soutenabilité

[41] 20. HCSP. *Mettre en œuvre en contexte français des politiques publiques intégrées favorables à la qualité de vie Pistes pour une prévention primordiale des fardeaux de santé*. Paris: HCSP; 2025. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1454 (consulté le 29 mai 2026)

L'évaluation médico-économique doit donc être démocratisée sans être technocratique. Elle doit aider à choisir, à prioriser et à généraliser, mais elle ne doit pas exclure les actions de proximité qui n'ont pas encore les moyens de produire des preuves complexes. Une approche graduée est nécessaire : indicateurs simples pour les actions émergentes ; évaluation de processus pour les interventions territoriales ; études comparatives pour les dispositifs matures ; analyses médico-économiques robustes avant leur généralisation nationale ou leur inscription dans le droit commun.

Cette doctrine d'évaluation graduée permettrait de réconcilier exigence scientifique, pragmatisme territorial, équité associative et responsabilité budgétaire.

C. Des médecines de prévention « oubliées »

Alors que la prévention primordiale devrait accompagner les individus tout au long de leur vie, plusieurs dispositifs essentiels sont aujourd'hui fragilisés : les « médecines de prévention », à savoir les services de protection maternelle et infantile (PMI), la médecine scolaire et étudiante et la médecine du travail.

1. Pour l'enfance et la jeunesse, une PMI et une médecine scolaire et étudiante « en souffrance »

« ***Les familles vulnérables sont les victimes silencieuses de la disparition des services publics veillant à la santé des enfants.*** » (Intervention issue de la consultation citoyenne, 27 avril 2026).

La prévention de l'enfant souffre d'une organisation éclatée. La PMI relève des départements, la santé scolaire de l'Éducation nationale, les soins de ville de l'Assurance maladie et les priorités de santé publique des agences régionales de santé (ARS). Les systèmes d'information sont hétérogènes et peu interopérables, alors même que les besoins supposent une continuité entre la grossesse, la naissance, la petite enfance, l'école et l'adolescence.

a) Les services de PMI, un pilier de la prévention sous tension

La PMI a déjà fait l'objet d'un rapport gouvernemental confié à Michèle Peyron. Déjà en 2019, ce rapport faisait le même constat et avançait des propositions intéressantes qui n'ont été que peu reprises.

La PMI est un pilier de prévention primordiale pour les enfants de 0 à 6 ans. Elle assure des missions essentielles de vaccination, de suivi périnatal, de bilans de santé, de repérage et d'accompagnement des familles. Elles font face à une activité importante (fin 2023, la DREES recense près de 1 117 000 consultations dans environ 4 500 points de consultation, ainsi que 541 500 visites à domicile destinées aux enfants de moins de six ans) mais très hétérogène selon les départements (en 2023, on compte en moyenne 271 consultations et 131 visites à domicile pour 1 000 enfants de moins de six ans ; pour un quart des départements, ces taux dépassent respectivement 329 ‰ et 179 ‰, tandis qu'ils sont inférieurs à 165 ‰ et 96 ‰ pour un autre quart).

Les exemples de la Métropole de Lyon et de la Haute-Loire montrent que ce rôle s'exerce dans des contextes très différents : territoire urbain dense et vulnérable, désertification pédiatrique, territoire rural dispersé, visites à domicile et difficultés de recrutement.

Leurs ressources humaines présentent une forte vulnérabilité : les effectifs globaux apparaissent relativement stables, tandis que les médecins de PMI reculent fortement et durablement (entre 2010 et 2022, recule en moyenne de 3,9 % par an, pour ne plus représenter que 13 % des ETP des services de PMI fin 2022, contre 21 % fin 2010), les puéricultrices assurent une part croissante de l'activité, les disparités départementales sont importantes et l'élargissement des missions (prévention, santé sexuelle, vaccination, contrôle des modes d'accueil, accompagnement parental) intervient dans un contexte d'attractivité insuffisante.

Il est intéressant de constater que, suite aux travaux d'Adrien Taquet[42], des Maisons des 1000 premiers jours se sont récemment développées dans nos territoires parallèlement aux services de PMI.

La PMI est ainsi à la fois un effecteur majeur et un révélateur des fragilités de la prévention primordiale.

[42] Commission « 1000 premiers jours », Rapport *Les 1000 premiers jours, là où tout commence* », septembre 2020.

Encadré n° 12 : pas de continuité pour la santé du nourrisson, du jeune enfant et de l'enfant

Les 1 000 premiers jours donnent à voir, à petite échelle, les conditions de réussite d'une politique de prévention primordiale. La grossesse, la maternité, le retour à domicile, la PMI, les associations de soutien parental, les EAJE, les bilans de santé et l'entrée à l'école forment un continuum potentiel.
Mais ce continuum ne devient réellement protecteur que si les interfaces fonctionnent : transmission d'informations, orientation, suivi, médiation, accompagnement parental et articulation entre acteurs sanitaires, sociaux, éducatifs et territoriaux. L'enjeu est de transformer une succession de points de contact en parcours continu de prévention.

b) La médecine scolaire isolée

Les services de santé scolaire sont confrontés, comme les services de la PMI, à une double problématique d'insuffisance des ressources humaines et d'élargissement des missions. Le constat est ancien et documenté : l'effectif de médecins scolaires en équivalent temps plein aurait été divisé par plus de deux entre 1996 et 2022, et la France ne compterait plus qu'environ 900 médecins scolaires pour plus de 12 millions d'élèves et 60 000 établissements ; les concours peinent à recruter, avec des rendements inférieurs à 50 %[43].

Le diagnostic révèle une organisation fragile avec des ressources humaines sous tension. Les représentants syndicaux évoquent un échec structurel démontré par une faible réalisation des bilans de six ans, des médecins scolaires détournés vers des tâches administratives et des inégalités territoriales massives. Les éléments recueillis par la mission indiquent que seulement 10 à 20 % des bilans de six ans seraient réalisés et que les effectifs de médecins scolaires sont extrêmement contraints.

Encadré n° 13 – Risque de prévention inversée

Les politiques de prévention en milieu scolaire doivent être attentives au risque de prévention inversée. Lorsque les programmes reposent trop fortement sur le volontariat, les appels à projets ou la capacité locale d'organisation, ils tendent à bénéficier d'abord aux établissements déjà les mieux dotés : équipes stables, chef d'établissement mobilisé, comité d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement (CESCE) actif, réseau partenarial constitué, capacité à mener à bien des projets et à répondre aux sollicitations institutionnelles.
À l'inverse, les établissements ou territoires les plus fragiles (ceux qui cumulent difficultés sociales, sous-dotation médicale, moindre disponibilité des équipes et moindre ingénierie etc.) peuvent rester en retrait, alors même que les besoins y sont

[43] Assemblée nationale, question écrite n° 16594, *"Pénurie et insuffisances de la politique de médecine scolaire",* réponse publiée au JO du 11 juin 2024

plus importants. Le déploiement des compétences psychosociales, des démarches d'école promotrice de santé ou des campagnes vaccinales scolaires doit donc être pensé avec une logique d'universalisme proportionné : un socle commun pour tous, mais un soutien renforcé là où les obstacles sont les plus élevés.

La fragilité de la santé scolaire ne tient pas seulement aux ressources humaines ou aux disparités territoriales : elle tient aussi à l'**absence d'un système d'information commun**, capable de donner aux professionnels une vision partagée du parcours de l'élève. La Cour des comptes décrit des logiciels professionnels « différents par métiers » : les médecins scolaires utilisent l'application ESCULAPE, tandis que les infirmiers utilisent le logiciel SAGESSE, des systèmes d'information qui ne sont pas interopérables actuellement[44].

Ce cloisonnement informatique réplique **le cloisonnement organisationnel des métiers**. Les psychologues de l'éducation nationale et les assistants de service social ne disposent pas de logiciel professionnel. Les informations destinées à l'enquête « santé-social » de la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) sont recueillies à l'aide de tableurs et aucun outil ne permet à l'ensemble des professionnels concernés de connaître, pour un même enfant, la situation constatée et les actions déjà réalisées. L'enjeu est donc moins technique que fonctionnel : sans dossier partagé, avec des accès réservés selon les profils, la continuité entre médecine scolaire, personnels infirmiers, service social, psychologues, protection maternelle et infantile et médecine de ville demeure dépendante d'échanges locaux, souvent fragiles et non traçables.

Les conséquences sont directes pour le pilotage et l'évaluation. L'Académie nationale de médecine faisait déjà du défaut d'évaluation un point central de son diagnostic, en relevant que les enquêtes étaient partielles et trop épisodiques, que l'indicateur d'activité se concentrait principalement sur la visite des enfants de six ans, et qu'il manquait des indicateurs fiables pour d'autres missions en forte croissance, notamment les troubles d'apprentissage, le handicap ou les projets d'accueil individualisé[45].

La modernisation des systèmes d'information doit donc être considérée comme une condition de structuration de la santé scolaire et comme une condition d'équité : un système d'information en silos empêche de repérer les élèves effectivement vus, ceux

[44] Cour des comptes, *Les médecins et les personnels de santé scolaire, communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale,* avril 2020, p. 58

[45] Académie nationale de médecine, *La médecine scolaire en France,* rapport adopté le 24 octobre 2017, p. 8 et p. 11.

qui ne le sont pas, les suites données aux repérages et les territoires où les ruptures de parcours sont les plus importantes.

Encadré n° 14 – Santé scolaire plutôt que médecine scolaire

Les auditions conduites dans l'académie de Lyon invitent à distinguer la médecine scolaire de la santé scolaire.
La médecine scolaire renvoie principalement aux missions médicales, infirmières et de dépistage : visites obligatoires, bilans de santé, repérage des troubles visuels, auditifs, du langage ou des apprentissages, orientation vers les soins.
La santé scolaire désigne un champ plus large : elle concerne la vie quotidienne à l'école, les compétences psychosociales, la santé mentale, l'ambiance de l'établissement, les relations avec les familles, l'éducation à la santé, l'environnement physique et social, la participation des élèves et l'implication de la communauté éducative. Cette approche rejoint la logique de l'école promotrice de santé : faire de l'établissement, non pas seulement un lieu où l'on dépiste, mais un milieu de vie qui peut renforcer ou fragiliser la santé des enfants.

c) La santé étudiante à renforcer

La prise en compte de la santé des étudiants s'est développée dès l'entre-deux-guerres sous l'impulsion du mouvement étudiant organisé autour des Associations générales d'étudiants (AGE), fédérées au sein de l'Union nationale des étudiants de France (UNEF), fondée en 1907 sous le nom d'Union nationale des associations générales d'étudiants de France. À la suite de la Première Guerre mondiale, le retour de nombreux anciens combattants dans les universités et la forte prévalence de la tuberculose conduisent ce mouvement à faire de la santé un enjeu majeur de la vie étudiante. Les AGE développent alors de nombreuses œuvres sociales destinées à améliorer les conditions de vie des étudiants, parmi lesquelles la création, en 1923, du Sanatorium des étudiants de France[46]. Cette tradition d'entraide étudiante préfigure les évolutions de l'après-guerre.

À la Libération, l'adoption de la Charte de Grenoble en 1946 marque un tournant. En définissant l'étudiant comme un « jeune travailleur intellectuel », elle affirme le principe d'un véritable statut social des étudiants et revendique leur accès à une protection sociale spécifique. Dans ce contexte, la loi du 23 septembre 1948[47] créé le régime de sécurité sociale étudiante, dont la gestion est confiée à la Mutuelle nationale des étudiants de France (MNEF), fondée la même année. Cette réforme consacre l'émergence d'une politique publique spécifique en faveur de la santé étudiante.

[46] Fondation santé des étudiants de France, article « Origine et historique de la Fondation » consulté en juin 2026.
[47] Loi n° 48-1473 du 23 septembre 1948.

Depuis la suppression, en 2018, du régime spécifique de sécurité sociale étudiante et le rattachement des étudiants au régime général de l'Assurance maladie, le rôle des mutuelles étudiantes et des étudiants pairs dans l'information et la prévention en santé s'est progressivement estompé. Dans le même temps, les services de santé étudiante sont confrontés à une double évolution : **des ressources humaines insuffisantes au regard des besoins et un élargissement continu de leurs missions**.

Pour l'année universitaire 2023-2024, on dénombre 63 services de santé étudiant pour 80 universités, dont 33 sont des centres de santé, représentant au total 974 équivalents temps plein pour près de 3 millions d'étudiants, dont 1,6 million inscrits à l'université.

La réforme des services universitaires de santé étudiante, entrée en vigueur en 2023, a renforcé leurs compétences. Ils sont désormais compétents pour la prévention, l'accès aux soins de premier recours, la santé mentale, la santé sexuelle, les addictions, la nutrition et la veille sanitaire[48]. À noter que malgré l'élargissement de leurs missions, les services de santé étudiante ne disposent toujours pas d'un système d'information national unique, ce qui limite le suivi de leur activité et l'évaluation des besoins.

Parmi les dispositifs les plus structurants figure Santé Psy Étudiant, qui permet aux étudiants de bénéficier de douze consultations psychologiques sans reste à charge. Il faut noter que les dépenses induites par ce dispositif sont à la charge du budget de l'enseignement supérieur. Parallèlement, le développement des étudiants relais-santé et des secouristes en santé mentale marque une réaffirmation de la prévention par les pairs, en recréant des relais de proximité au sein des campus. À noter qu'ils ne bénéficient pas d'un système d'information unique.

Encadré n° 15 - Le service sanitaire des étudiants en santé (SSES)

Le service sanitaire des étudiants en santé est un dispositif de formation créé en 2018[49] qui permet aux étudiants en santé de concevoir, conduire et évaluer des actions concrètes de prévention primordiale et de promotion de la santé auprès de publics prioritaires. Il contribue à la diffusion d'une culture de prévention, à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et à l'acquisition, par les futurs professionnels de santé, de compétences communes en santé publique.

Le service sanitaire des étudiants en santé a fait l'objet d'une évaluation officielle par le HCSP, dont le rapport final, publié en 2022 recommande : « *le maintien et le renforcement du SSES dans la formation des étudiants en santé. Il est cependant souhaitable de recentrer ses objectifs sur sa fonction pédagogique et d'acquisition de*

[48] MESR-SIES, *Effectifs universitaires en 2023-2024*, Note flash n° 12, juin 2024
[49] Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé

compétences socles en matière de conduite d'actions de prévention primordiale et de promotion de la santé en équipe interprofessionnelle[50]*. »*

Les travaux disponibles montrent une dynamique réelle dans les formations en santé et un potentiel en matière d'interprofessionnalité, mais l'impact du dispositif sur les comportements des publics bénéficiaires et sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé demeure encore peu objectivé.

d) La protection de l'enfance, un angle mort de la prévention primordiale

Les structures relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE) constituent un lieu de vie et de protection pour des enfants dont les expositions précoces (ruptures familiales, négligences, violences, précarité, instabilité résidentielle ou scolaire) concentrent plusieurs déterminants défavorables de santé. En 2022, les mineurs et majeurs de moins de 21 ans bénéficiaient de 381 000 mesures d'ASE, dont 55 % de mesures d'accueil ; les dépenses départementales de protection de l'enfance atteignaient 9,9 Md€, dont 80 % consacrés à l'accueil[51].

L'enjeu n'est donc pas seulement de garantir une prise en charge éducative et matérielle, mais d'organiser, dans ces lieux de vie, une prévention primordiale proportionnée aux besoins : bilans de santé effectifs, repérage précoce, santé mentale, sommeil, activité physique, nutrition, santé bucco-dentaire, compétences psychosociales, vaccination et accès continu aux soins. Cette approche rejoint le diagnostic général du rapport : la prévention primordiale n'est efficace que lorsqu'elle agit sur les milieux de vie et pas seulement sur l'information individuelle[52].

Les données disponibles montrent des besoins de santé plus fréquents chez les enfants protégés. La Cour des comptes souligne que les facteurs socio-économiques familiaux déterminent la plupart des événements de santé observés dès la petite enfance. Les enfants issus de foyers modestes sont davantage exposés au surpoids, aux caries, aux difficultés de langage, au temps d'écran et à une moindre activité

[50] Haut Conseil de la santé publique, *Évaluation du service sanitaire des étudiants en santé.* Rapport final, coll. « Avis et rapports », juillet 2022, p. 60
[51] DREES, *L'aide sociale à l'enfance*. Édition 2024, Les Dossiers de la DREES, n° 119, juillet 2024, p. 5-7.
[52] Cour des comptes, *La santé des enfants. Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, décembre 2021, p. 9-12.

physique. Ces constats valent *a fortiori* pour les enfants protégés, dont les parcours combinent souvent vulnérabilités sociales, ruptures et besoins éducatifs renforcés[53].

Une étude écossaise portant sur les évaluations initiales de santé d'enfants confiés relevait, dans un petit échantillon, 40 % de difficultés d'apprentissage ou de développement, 35 % de problèmes mentaux ou émotionnels et 40 % de caries dentaires. Ces résultats ne sont pas directement transposables, mais ils illustrent la nécessité d'un repérage systématique et d'une réponse pluridisciplinaire[54].

Pour autant, la connaissance sanitaire des enfants confiés demeure lacunaire. Les dispositifs universels de suivi (certificats de santé, bilans en PMI, santé scolaire) sont insuffisamment exploitables au niveau national ; les données de l'ASE sont, elles aussi, principalement organisées autour des mesures, des places et des dépenses, et moins autour des trajectoires de santé et de prévention. Cette faiblesse documentaire empêche de mesurer finement le non-recours, les délais d'accès, l'effectivité des bilans ou les résultats des actions de prévention[55].

La protection de l'enfance relève principalement des départements, tandis que les leviers de santé mobilisent aussi l'État, les ARS, l'Assurance maladie, la PMI, la santé scolaire, les professionnels de ville, les établissements médico-sociaux et les associations. Cette gouvernance partagée reproduit les limites observées plus largement dans la politique de prévention : responsabilités dispersées, financements hétérogènes, données non interopérables et difficulté à passer des initiatives locales au droit commun[56].

La loi du 7 février 2022 a renforcé plusieurs garanties (accompagnement des jeunes majeurs, limitation de l'hébergement hôtelier, attention aux fratries, recherche d'un tiers de confiance) mais sa mise en œuvre reste inégale. Les travaux récents de la Cour sur les jeunes majeurs montrent que l'accompagnement s'est amélioré, tout en demeurant variable selon les territoires, avec des enjeux persistants d'accès au logement, aux ressources, aux soins et aux droits commun[57].

---

[53] Cour des comptes, *La santé des enfants*, préc., p. 19-24.

[54] Kevin Borg, Daniel Camilleri, Janice Mifsuda et Tania Borg, "Health characteristics of looked after children and young people in residential homes in the Maltese islands", Scottish Journal of Residential Child Care, vol. 22, n° 2, 2023

[55] Cour des comptes, *La santé des enfants*, préc., p. 27-35 ; DREES, *L'aide sociale à l'enfance*, préc., p. 31-35.

[56] Cour des comptes, *La protection de l'enfance : une politique inadaptée au temps de l'enfant,* rapport public thématique, novembre 2020 ; DREES, L'aide sociale à l'enfance, préc., p. 3-8.

[57] Cour des comptes, *La prise en charge des jeunes majeurs sortant de l'aide sociale à l'enfance,* Rapport public annuel, 2025, p. 325-337.

Le projet de loi sur la protection de l'enfance[58], actuellement en examen à l'Assemblée, propose d'améliorer le suivi médical des enfants.

2. Pour les actifs, une médecine du travail et des organismes complémentaires non coordonnés

Le travail constitue un déterminant de santé à part entière : non seulement parce qu'il expose à des risques, mais parce qu'il organise des rythmes, des contraintes, des ressources, des sociabilités et des environnements qui influencent durablement la santé.

L'entreprise n'est pas encore reconnue comme un lieu promoteur de santé au sens plein. Les cadres juridiques, financiers et assurantiels demeurent segmentés entre responsabilité de l'employeur, santé au travail, complémentaire santé, Assurance maladie et prévention collective.

Le risque est donc d'avoir une prévention à deux vitesses, c'est-à-dire que les entreprises les mieux dotées offrent une prévention de qualité à leurs salariés, tandis que les salariés des petites entreprises, travailleurs indépendants, agents publics ou personnes hors emploi restent moins couverts. L'enjeu est donc de concilier l'agilité des acteurs économiques avec une garantie d'équité. Ajoutons que la couverture n'est pas universelle : non-salariés, fonction publique et régime agricole relèvent d'autres cadres, parfois moins protecteurs.

a) La médecine du travail

Les Services de Prévention et de Santé au Travail sont des écosystèmes puissants, mais leur priorité reste la prévention et la réparation du risque professionnel. Les services de santé au travail connaissent en outre une crise démographique, avec une proportion importante de médecins âgés de plus de 55 ans et un recours croissant à des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE).

Les services de prévention et de santé au travail (SPST) connaissent une tension démographique structurelle, particulièrement concentrée sur les médecins du travail. Leur nombre a diminué de 15 % en dix ans, passant de 5 108 en 2012 à 4 265 en 2023, tandis que les projections disponibles anticipent un point bas à 3 565 médecins en 2030. Cette contraction intervient alors que la loi du 2 août 2021 a renforcé les missions

[58] Projet de loi n°2841 relatif à la protection des enfants.

de prévention, notamment en matière de visite de mi-carrière, de prévention de la désinsertion professionnelle et d'accompagnement des entreprises. La réponse publique repose donc de plus en plus sur la structuration d'équipes pluridisciplinaires, la délégation vers les infirmiers en santé au travail et la création du médecin praticien correspondant. L'enjeu n'est plus seulement de compenser un déficit médical, mais de garantir que les SPST disposent des compétences, de l'attractivité et de l'organisation collective nécessaires pour faire de la prévention en milieu professionnel une composante effective de la prévention primordiale.

L'écosystème de prévention en milieu professionnel



Le travail structure les rythmes, les expositions, les comportements, les liens sociaux, la santé mentale et le maintien en emploi. La prévention primordiale en milieu professionnel ne peut se limiter à la prévention des accidents du travail ou des maladies professionnelles : elle concerne aussi l'alimentation, le sommeil, les addictions, la santé mentale, le repérage des fragilités et l'articulation avec les parcours de santé.

Le droit lui-même demeure ambivalent. L'ANI du 9 décembre 2020 et la loi du 2 août 2021 ont affirmé la priorité de la prévention primordiale en santé au travail, mais le terme n'apparaît pas clairement dans le texte final, ce qui témoigne d'une difficulté à stabiliser juridiquement cette ambition.



b) Les organismes complémentaires et prévoyance : un laboratoire d'actions de prévention

Les organismes complémentaires d'assurance maladie, les mutuelles et les organismes de prévoyance apparaissent comme des acteurs potentiellement importants de la prévention primordiale : ils disposent d'un lien direct avec leurs assurés, interviennent déjà dans les entreprises ou auprès de certaines populations professionnelles, et financent des actions de prévention en nutrition, santé mentale, activité physique, santé au travail ou accompagnement des fragilités.

Les auditions font toutefois apparaître une limite structurelle : ces acteurs demeurent largement privés de l'usage secondaire de leurs propres données de santé, y compris d'informations simples comme le fait de savoir si une adhérente a réalisé ou non un dépistage organisé du cancer du sein. Or, ces données sont nécessaires pour cibler finement les publics à risque, identifier les assurés éloignés des dispositifs de prévention ou objectiver l'impact des actions engagées. « Payeurs aveugles », ces organismes ne disposent le plus souvent que de données administratives (âge, adresse, coordonnées, etc.), sans accès aux données de consommation médicale ou au SNDS permettant une personnalisation des actions. Les actions des organismes de complémentaire santé restent largement fondées sur des baromètres, enquêtes volontaires ou indicateurs agrégés, insuffisants pour construire une prévention ciblée, longitudinale et évaluée.

Cette difficulté est liée à l'architecture actuelle de la donnée de santé. Le SNDS constitue un outil exceptionnel, mais son accès demeure encadré par des procédures exigeantes, en particulier pour les assureurs en santé, dont l'accès est plus fortement encadré et suppose, soit le recours à un organisme indépendant, soit à la démonstration de garanties techniques excluant les usages interdits.

L'accès aux données reste trop lent, trop fragmenté ou trop agrégé pour permettre aux complémentaires et aux organismes de prévoyance de jouer pleinement leur rôle dans la prévention : absence de chaînage simple entre données obligatoires et complémentaires, difficulté d'appariement avec des données sociales ou professionnelles, contraintes RGPD, délais d'accès, impossibilité de mesurer un retour sur investissement dans des temporalités compatibles avec les contrats. Il en résulte une prévention souvent générique, non ciblée, difficilement évaluable et peu articulée avec les priorités de santé publique.

Encadré n° 16 - UROPS : utiliser le lieu de travail comme espace d'aller-vers et d'évaluation

UROPS, régime partenaire de l'Assurance maladie pour la fonction publique d'État, déploie des actions de prévention principalement dans les lieux de travail, complétées par des outils distanciels. Ses priorités portent notamment sur la vaccination, le diabète, les maladies neuro cardiovasculaires, l'insuffisance rénale, les addictions, la santé mentale et la santé bucco-dentaire.

L'intérêt de cette expérience tient à sa méthode : les priorités sont définies à partir de données issues de la cohorte CONSTANCES, d'un Baromètre santé propre à UROPS, des orientations nationales et de revues de littérature ; les actions sont construites avec un Conseil scientifique ; chaque action fait l'objet d'une évaluation par cohorte de suivi ; et les résultats peuvent conduire à ajuster les modalités de mise en œuvre.

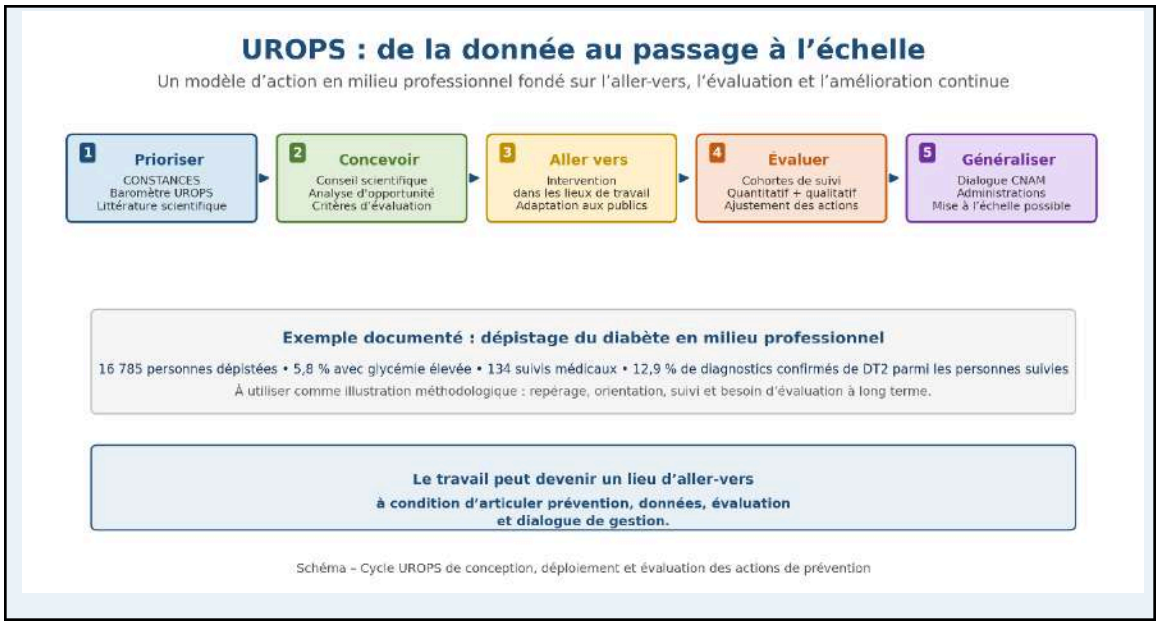


Schéma – Cycle UROPS de conception, déploiement et évaluation des actions de prévention

Pour autant, les organismes complémentaires d'assurance maladie ne sont pas restés inactifs et développent déjà de nombreuses actions de prévention, tout en exprimant une volonté forte d'en accroître la portée. Plusieurs initiatives témoignent d'une évolution vers des approches plus intégrées, combinant prévention, accompagnement et évaluation.

Le groupe Intérialе a ainsi créé la mutuelle de prévention Prévention Plurielle, qui repose sur un financement dédié par une cotisation faible et mutualisée. Ce dispositif associe des outils de mesure (baromètres de santé), des actions de coaching, des programmes de prévention en santé mentale, un accompagnement personnalisé des agents publics et des cofinancements mobilisant les employeurs publics. L'objectif est d'inscrire la prévention dans une logique de suivi dans le temps plutôt que d'actions ponctuelles.

La **Mutualité Française** mène, quant à elle, des actions de prévention au niveau national avec des partenaires tels que la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) (programmes « Activ' et vous » et « Mon environnement, ma santé »), ou avec l'association Premiers Secours en Santé Mentale France.

L'association **Premiers Secours en santé mentale** est un réseau de formateurs certifiés premiers secours en santé mentale. Aujourd'hui, près de 200 000 personnes ont été formées, l'objectif étant de former 1% de la population soit 700 000 personnes. Cette formation est éligible au compte professionnel de formation.

Ces initiatives traduisent un mouvement réel du secteur, mais elles restent encore hétérogènes et peu coordonnées.

Au-delà des actions financées sur leurs ressources propres, une partie des organismes complémentaires dispose également de moyens dédiés à la prévention au travers des dispositifs de haut degré de solidarité (HDS) prévus dans certains régimes collectifs de branche. Ces régimes consacrent au moins 2 % des cotisations au financement de prestations non directement contributives, comprenant notamment des actions de prévention en santé, de prévention des risques professionnels, d'action sociale ou d'accompagnement des personnes en situation de fragilité. Ces fonds sont un levier de financement de la prévention, piloté par les partenaires sociaux à l'échelle des branches professionnelles. Les auditions conduites par la mission montrent toutefois que les modalités d'utilisation de ces ressources sont très variables d'une branche à l'autre. Les actions financées sont rarement évaluées de manière homogène et leur articulation avec les priorités nationales de santé publique est limitée.

D. Une organisation territoriale riche d'acteurs et d'initiatives mais structurellement fragmentés

« Une armée prête à se lever »

Le système de santé français est riche d'acteurs et d'initiatives. Il demeure toutefois fragmenté, porté par des acteurs peu outillés, ce qui en fait un système parfois artisanal (non industrialisé) et limite sa lisibilité, son efficacité ainsi que sa capacité de généralisation des actions.

1. Au niveau des associations

Les associations constituent l'un des principaux effecteurs de la prévention primordiale. Elles interviennent auprès de publics vulnérables, portent des actions d'éducation pour la santé, de médiation, de soutien, d'aller-vers, de réduction des risques, de littératie, de pair-aidance et de participation citoyenne. Elles sont souvent capables d'atteindre des publics que les institutions ne touchent pas. Pourtant, leur modèle économique demeure fragile.

De nombreuses associations financent des actions de prévention sur fonds propres ou sur des financements non pérennes, se concentrant sur l'action elle-même plutôt que sur l'évaluation faute de moyens. La norme de recrutement est le contrat à durée déterminée court ce qui conduit fréquemment à des pertes de compétences, des difficultés de reconnaissance statutaire et salariale des chargés de prévention, ainsi qu'une tension particulière pour les petites structures. Cette fragilité a des conséquences directes sur la continuité et la qualité des actions.

Par ailleurs, les financements labiles sont incompatibles avec le temps long de la prévention collective. Les appels à projets dispersés - Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS), Fonds de lutte contre les addictions (FLCA), Fonds d'intervention régional (FIR), financements régionaux ou locaux - peuvent stimuler l'innovation, mais ils consomment aussi du temps administratif, créent de l'incertitude et empêchent la construction de missions socles. Une politique publique structurée ne peut reposer uniquement sur la capacité des associations à répondre à des appels à projets successifs.

Les associations, médiateurs, pairs et acteurs de proximité jouent un rôle qui dépasse l'exécution d'actions de prévention. Ils constituent de véritables infrastructures de confiance. Leur ancrage territorial, leur connaissance fine des publics, leur capacité de médiation culturelle, sociale ou linguistique, leur présence dans les lieux de vie et leur relation de proximité leur permettent d'atteindre des personnes qui ne se reconnaissent pas toujours dans les messages institutionnels. Leur contribution est donc stratégique : ils rendent l'information plus compréhensible, facilitent l'accès aux droits et aux dispositifs, accompagnent les démarches d'aller-vers et permettent aux politiques publiques de mieux tenir compte de l'expérience vécue.

Les outre-mer illustrent avec une acuité particulière le rôle stratégique des associations et acteurs de proximité dans la prévention primordiale. Dans des contextes marqués par la faible littératie en santé, les enjeux linguistiques, les contraintes de mobilité, l'insularité et l'enclavement, les acteurs associatifs peuvent constituer des relais de confiance indispensables pour l'information, la médiation, l'aller-vers et l'accompagnement des publics.

Le rôle et les missions confiés au secteur associatif méritent d'être sécurisés, reconnus et articulés à une stratégie publique. Ces associations sont généralement financées par le FIR et leurs impacts sont parfois difficilement évaluables. Une organisation locale de la prévention réellement robuste doit donc sécuriser leur place, leur financement et leur participation à la gouvernance, tout en respectant leur identité propre.

Le Contrat local de santé peut être un cadre utile pour stabiliser leur ancrage local, mieux articuler leurs interventions avec les priorités territoriales et éviter la dispersion des actions.

Encadré n° 17 - Un nombre important d'actions et un niveau de fragmentation élevé
Les auditions ont mis en évidence un système qui présente à la fois des atouts nombreux mais aussi un niveau de fragmentation élevé. La Fédération Promotion Santé illustre cet atout. Elle indique fédérer seize associations régionales, disposer d'antennes départementales, former plus de 20 000 personnes par an, accueillir 130 000 personnes dans ses centres ressources et

accompagner plus de 10 000 professionnels chaque année. Elle mobilise plus de 600 salariés et environ 300 administrateurs bénévoles. Sa contribution ne tient pas seulement au volume d'actions : elle apporte une ingénierie méthodologique, des centres de ressources, des diagnostics territoriaux, des formations et des démarches de capitalisation.
La Mutualité Française propose également une présence massive : 26 000 actions par an et 630 000 personnes touchées, avec des programmes prometteurs tels que « Bouge tes baskets » ou « Femmes Enceintes et Environnement Santé ».
Présanse rappelle couvrir 19 millions de travailleurs et 1,5 million d'établissements, avec 780 000 actions par an.
L'association Aides indique réaliser 23 000 actions par an.
Enfin, la députée Ericka Bareigts et le député Cyrille Isaac-Sibille, dans un rapport d'information datant de 2018 dédié à la prévention santé en faveur de la jeunesse, ont dénombré plus de 36 000 actions réalisées en faveur des jeunes.

2. Au niveau des territoires

La prévention primordiale doit nécessairement être territorialisée. Les déterminants de santé ne se distribuent pas uniformément : les outre-mer, les situations de ruralité, de précarité urbaine, d'insularité, de vieillissement démographique, d'exposition environnementale, de faiblesse de l'offre de soins ou de fragilité associative appellent des réponses différenciées. Pour autant, territorialiser ne signifie pas rendre la prévention facultative. Si l'action locale repose uniquement sur le volontarisme des territoires, elle risque de renforcer les écarts existants : les territoires les mieux dotés en ingénierie, en élus mobilisés, en associations structurées et en données exploitables seront les plus capables de se saisir des dispositifs, tandis que les territoires les plus vulnérables resteront à distance.

a) Les collectivités territoriales, des acteurs de la prévention en santé

Les collectivités territoriales constituent un autre atout majeur. **La territorialisation de la prévention primordiale doit reconnaître pleinement le rôle des collectivités comme acteurs de prévention primordiale**. Communes, intercommunalités, départements et régions interviennent sur des politiques qui façonnent concrètement les conditions de vie : urbanisme, mobilité, logement, espaces publics, restauration collective, école, petite enfance, équipements sportifs, culture, environnement, action sociale, qualité de l'air, adaptation climatique ou soutien aux associations. Elles disposent ainsi de **leviers puissants pour agir** avant l'apparition des facteurs de risque, **en créant des environnements favorables** à l'activité physique, à

l'alimentation saine, au lien social, à la réduction des expositions environnementales et à la littératie en santé. Cette capacité d'action justifie de ne pas traiter les collectivités comme de simples opérateurs, mais comme des coproductrices de santé publique.

Plusieurs expériences locales conduites en France montrent que l'échelon communal ou intercommunal peut constituer un niveau opérationnel optimal pour agir sur les milieux de vie, et non seulement sur les comportements individuels.

La consultation citoyenne conduite dans le Rhône à l'occasion de cette mission a montré la capacité d'une ville à fédérer les acteurs autour d'un contrat local de santé. Touria Mahjoubi, adjointe à la santé au maire de Lyon, a présenté une stratégie territoriale de santé mobilisant jusqu'à cinquante acteurs et cinquante-deux actions concrètes. Ces démarches locales ont la capacité de traduire l'approche « santé dans toutes les politiques » dans l'urbanisme, l'habitat, les espaces verts, la mobilité, la jeunesse, la restauration collective et la culture.

L'exemple de la ville de Paris montre que les collectivités ne sont pas de simples opérateurs secondaires de la prévention, mais des acteurs capables d'intégrer la santé dans les politiques de proximité. Par son statut particulier, son réseau de protection maternelle et infantile, de santé scolaire (12 villes sont bénéficiaires d'une délégation concernant la santé scolaire), de centres de santé, de santé sexuelle, de vaccination, de dépistage et de santé environnementale, et par la création en 2022 d'une Direction de la santé publique unifiée, la Ville de Paris cherche à articuler prévention, accès aux soins, réduction des inégalités et action sur les déterminants urbains de santé. Les Ateliers santé ville et le Plan parisien santé environnement illustrent cette capacité à agir dans les quartiers, avec les habitants, sur l'alimentation, l'accès aux droits, l'activité physique, l'environnement, la petite enfance et les vulnérabilités sociales. L'expérience parisienne confirme toutefois que la réussite d'une prévention territorialisée suppose un meilleur partage des données, une coopération plus stable entre pouvoirs publics ainsi qu'une évaluation plus robuste des effets sanitaires et sociaux des actions conduites.

Plusieurs collectivités expérimentent des actions innovantes : développement de voies cyclables et zones à faibles émissions, programmes de rénovation énergétique intégrant la qualité de l'air, ou encore Projets alimentaires territoriaux alliant agriculture locale et nutrition durable. Ces initiatives illustrent la possibilité d'articuler santé, environnement, mobilité et alimentation. Ces ressources montrent que la France n'est pas dépourvue de leviers ; elle doit cependant mieux coordonner ces initiatives, les évaluer et les généraliser pour qu'elles deviennent des moteurs d'une politique nationale intégrée.

Les politiques locales ambitieuses ne sont pas uniquement l'apanage des grandes métropoles comme Lyon ou Paris, et des municipalités de dimension moyenne, voire

modeste, ont su se saisir de la politique de santé en mobilisant les leviers locaux de manière efficace. L'exemple historique de Fleurbaix-Laventie Ville Santé est, à cet égard, particulièrement éclairant. Initié en 1992 dans deux communes du Nord de la France, le programme a d'abord reposé sur une intervention d'éducation nutritionnelle en milieu scolaire, avant de s'élargir progressivement à des actions communautaires associant les écoles, les familles, les élus locaux, les professionnels de santé et les acteurs de l'activité physique. L'évaluation publiée dans Public Health Nutrition met en évidence, après douze années de suivi, une prévalence du surpoids infantile significativement plus faible dans les communes d'intervention que dans des communes témoins comparables : 8,8 % contre 17,8 % en 2004. Ces résultats suggèrent qu'une mobilisation locale durable, inscrite dans les environnements ordinaires des enfants et des familles, peut contribuer à infléchir des trajectoires défavorables en matière de surpoids et d'obésité[59].

Cette approche a ensuite inspiré des programmes plus largement diffusés, tels que « Vivons en Forme® (VIF) », qui repose sur une logique de co-construction avec les acteurs locaux, de formation des professionnels de proximité et de déploiement d'actions adaptées aux besoins des territoires. L'étude publiée en 2022 dans « Nutrition clinique et métabolisme », conduite dans six villes participant au programme, montre une diminution significative de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants entre 2008 et 2015, aussi bien en grande section de maternelle qu'en CM2. La prévalence s'est réduite de 18,1 % à 13,0 % chez les enfants de maternelle, et de 20,9 % à 16,9 % chez les enfants de primaire. Les auteurs relèvent en outre que cette diminution n'apparaît pas différenciée selon le sexe ou selon la scolarisation en zone d'éducation prioritaire, ce qui conforte l'intérêt de démarches locales susceptibles d'atteindre également des publics socialement vulnérables[60].

De manière générale, les conseils régionaux interviennent sur la prévention au travers de différents leviers : aménagement du territoire, santé environnementale, logement favorable à la santé, recherche, formation sanitaire et sociale, lycées, mobilités et développement économique. Les régions se saisissent notamment de l'approche One Health pour relier conditions de vie, environnement, activité humaine et santé. Mais leur capacité d'évaluation reste limitée : les dispositifs permettent souvent de mesurer les actions réalisées et les publics touchés, beaucoup moins leur impact sanitaire.

---

[59] Romon M., Lommez A., Tafflet M., Basdevant A., Oppert J.-M., Bresson J.-L., Ducimetière P., Charles M.-A., Borys J.-M., *« Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes »,* Public Health Nutrition, vol. 12, n° 10, 2009, p. 1735-1742.

[60] Vanhelst J., Deken V., Boulic G., Raffin S., Duhamel A., Romon M., *« Évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité de l'enfant dans les villes participant à un programme communautaire de prévention en santé : le programme Vivons-en-Forme (VIF) »*, Nutrition clinique et métabolisme, vol. 36, n° 1S, 2022, p. 75

Les communes et intercommunalités ne sont pas de simples relais d'actions nationales, mais comme des acteurs à part entière de la prévention, capables de coordonner des interventions sur les déterminants de santé : alimentation, activité physique, rythmes de vie, environnement scolaire et périscolaire, mobilisation des familles, formation des professionnels et animation partenariale. Ils montrent également que l'efficacité de la prévention locale suppose des conditions exigeantes : une inscription dans la durée, un portage politique identifiable, une ingénierie territoriale, une capacité d'évaluation et une action concrète sur les environnements de vie. Leur portée doit toutefois être interprétée avec prudence : ces travaux ne relèvent pas d'essais randomisés stricts et l'évaluation « VIF » agrège les résultats de plusieurs villes sans isoler l'effet propre de chacune. Ils apportent néanmoins des arguments convergents en faveur d'une prévention territorialisée, coordonnée et orientée vers les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

b) Une coordination insuffisante des dispositifs

Cette territorialisation ne peut toutefois produire tous ses effets que si elle s'accompagne d'une véritable coordination des dispositifs. La question n'est donc plus tant de créer de nouveaux lieux de prévention que de mieux articuler ceux qui existent déjà. Une coordination renforcée apparaît indispensable afin d'éviter les doublons, de faciliter l'orientation des publics, de mutualiser les compétences et de construire de véritables parcours territoriaux de prévention.

Encadré n° 18 – Deux territoires, deux formes de vulnérabilité préventive

La prévention primordiale de l'enfant illustre de manière très concrète la nécessité d'une territorialisation fine. Dans un contexte urbain dense et vulnérable, comme Vénissieux–Saint-Fons, la PMI peut devenir l'un des rares points d'entrée stables pour des familles confrontées à la précarité ou à la sous-densité médico-soignante. Les bilans de 3-4 ans prennent alors une fonction stratégique : ils ne sont pas seulement un acte de repérage, mais parfois la seule porte d'accès à un parcours de prévention.

Dans un territoire rural dispersé comme la Haute-Loire, les difficultés sont différentes : distance, maillage territorial, recrutement, déplacements, visites à domicile, faible densité de ressources spécialisées et difficulté à trouver des solutions en aval après repérage.

Ces deux configurations montrent qu'une politique nationale ne peut être efficace si elle est appliquée de manière uniforme. Elle doit garantir un socle commun, mais

adapter les moyens, les modalités d'aller-vers, les outils de coordination et les indicateurs aux contraintes concrètes des territoires.

(1) Le contrat local de santé (CLS) et le contrat local de santé mentale (CLSM) : des outils utiles pour la prévention

Le contrat local de santé constitue aujourd'hui l'outil le plus proche d'un cadre territorial généraliste de prévention. Il dispose de plusieurs atouts : une reconnaissance juridique, un copilotage par les collectivités et l'ARS, une capacité à articuler stratégie régionale et réalités locales, et une vocation explicite à agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé. Il peut également accueillir des volets relatifs à l'accès aux soins, à la santé mentale, à la politique de la ville, à la santé environnementale, à la médiation, aux actions communautaires et aux déterminants de santé.

Créé en 2009, les contrats locaux de santé (CLS) constituent l'outil de territorialisation des politiques de santé.

Ils sont conclus entre les collectivités territoriales et les agences régionales de santé (ARS). Selon les besoins du territoire, ils peuvent associer les services de l'État, les organismes d'assurance maladie, les établissements de santé, les professionnels de santé, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les établissements médico-sociaux, les associations et d'autres partenaires locaux.

Chaque contrat s'appuie sur un diagnostic territorial de santé permettant d'identifier les besoins de la population et les inégalités de santé. Il fixe ensuite un programme d'actions pluriannuel, les partenaires mobilisés, les modalités de financement, les indicateurs de suivi et les modalités d'évaluation.

Les CLS couvrent l'ensemble des champs de la santé : promotion de la santé, prévention, santé environnementale, santé mentale, vaccination, dépistage, nutrition, activité physique, addictions, santé sexuelle, accès aux soins et accompagnement médico-social.

Le financement des actions repose principalement sur le Fonds d'intervention régional (FIR), complété, selon les projets, par les contributions des collectivités territoriales et des autres partenaires.

En 2024, près de 500 contrats locaux de santé étaient en vigueur en France, couvrant environ la moitié de la population.

Toutefois, cette potentialité ne doit pas masquer l'hétérogénéité des pratiques. Selon les territoires, le CLS peut être un véritable cadre d'impulsion partagée ou, au contraire, un document de coordination peu opérant, faiblement doté et dépendant d'un portage politique fragile. Son efficacité repose donc moins sur son existence formelle que sur les moyens d'ingénierie qui lui sont attachés : diagnostic territorial, animation partenariale, suivi des indicateurs, participation des habitants, évaluation et capacité à articuler les acteurs sanitaires, sociaux, éducatifs, associatifs et territoriaux.

Encadré n° 19 – Contrat locaux de santé : quelle maille territoriale ?

Le Code de la santé publique prévoit que la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'ARS avec les collectivités territoriales et leurs groupements, sans imposer une échelle administrative déterminée. Le guide ministériel destiné aux élus précise même explicitement qu'un contrat local de santé peut être porté par une commune, « le plus souvent » par une intercommunalité, voire par un parc naturel régional et que son périmètre « peut varier d'un territoire à l'autre » et « n'est pas figé à l'avance ». Il s'agit d'une logique de plasticité territoriale.

En pratique, cela conduit à une position nuancée : la bonne maille n'est ni automatiquement communale, ni automatiquement intercommunale. La commune est pertinente quand la ville dispose d'une forte capacité d'action propre, d'un service de santé publique ou d'une politique de quartier. L'intercommunalité tend cependant à apparaître comme la maille la plus retenue dès lors qu'il s'agit d'articuler offre de soins, mobilités, équipements, politiques sociales ou urbanisme. Des exemples montrent aussi que des CLS initialement communaux ont pu être élargis ensuite à l'agglomération lorsque l'évaluation révélait l'intérêt d'un changement d'échelle (exemple de Châteauroux Métropole).

La prudence commande de ne pas imposer nationalement un échelon administratif unique mais d'affirmer un principe de pertinence territorial : le contrat local de santé sera conclu à l'échelle la plus à même d'embrasser les déterminants concrets de santé, les parcours de vie et les coopérations institutionnelles réelles.

(2) L'articulation nécessaire avec les CPTS et les Maisons France Santé

L'articulation entre contrats locaux de santé (CLS), communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et Maisons France Santé constitue un enjeu central de lisibilité et d'efficacité. Ces outils ne procèdent pas de la même logique.

Le CLS est d'abord un cadre de gouvernance territoriale de santé publique : il vise à articuler collectivités, ARS, acteurs sociaux, éducatifs, associatifs, sanitaires et habitants autour d'un diagnostic territorial et d'objectifs partagés, notamment en matière de réduction des inégalités et d'action sur les déterminants de santé.

Les CPTS et Maison France Santé d'abord des organisations des professionnels de santé de ville du premier recours : elle permet de mobiliser les professionnels de santé d'un territoire autour de l'accès aux soins, de la coordination, de la qualité des parcours et d'actions de prévention clinique.

Le premier organise une gouvernance intersectorielle de santé publique ; les secondes organisent une mobilisation des professionnels de santé professionnelle du premier recours. La prévention primordiale a besoin de ces deux dimensions : agir sur les déterminants et les milieux de vie, tout en faisant de chaque contact avec le système de soins une opportunité de repérage, d'orientation et de suivi. L'enjeu est donc de construire des objectifs partagés, des circuits d'orientation lisibles et des indicateurs communs de couverture, d'impact et d'équité.

(3) L'articulation nécessaire avec les GHT

Les établissements de santé, organisés au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT), sont également des partenaires essentiels de cette dynamique. Sans avoir vocation à piloter la prévention primordiale, ils disposent d'expertises indispensables, notamment en périnatalité, pédiatrie, psychiatrie, addictologie, santé publique ou éducation thérapeutique. Leur implication est déterminante pour développer des actions de prévention spécialisées et renforcer les liens entre l'hôpital, les professionnels de ville et les acteurs territoriaux. Les projets médico-soignants des GHT gagneraient ainsi à être davantage articulés avec les stratégies territoriales portées par les CLS, CLSM et les CPTS.

(4) Les nouvelles structures intervenant sur des champs communs

Les auditions ont mis en évidence un paysage institutionnel de plus en plus riche, mais également plus complexe, marqué par la coexistence de structures intervenant parfois auprès des mêmes publics ou sur des missions proches :

- Protection maternelle et infantile (PMI),
- Maisons des 1 000 premiers jours,
- Maisons des adolescents,
- Maisons Sport-Santé

intégrant des actions de prévention, ainsi que de nombreux dispositifs portés par les collectivités, les ARS, les Caisses primaires d'Assurance maladie ou les associations. Chacune de ces initiatives répond à un besoin identifié et présente une réelle valeur ajoutée. Leur développement progressif, souvent porté par des acteurs différents et selon des logiques de financement distinctes, interroge néanmoins la lisibilité de l'offre pour les usagers comme pour les professionnels.

3. En matière de soins

Les auditions ont montré plusieurs opportunités. Les établissements de santé, publics comme privés, rencontrent des millions de patients et peuvent développer des actions de prévention primordiale, notamment sur les quatre déterminants tabac, alcool, alimentation et activité physique.

Certains défendent une conception exigeante de la prévention, qui ne doit plus être cantonnée à des campagnes ponctuelles ou à des initiatives locales isolées. D'autres mettent l'accent sur la responsabilité populationnelle : l'hôpital doit être reconnu comme un acteur territorial de santé publique, capable de contribuer à la stratification des besoins, à la coordination ville-hôpital, à l'intégration des déterminants de santé et à l'évaluation des parcours. D'autres encore mettent la prévention au cœur de la lutte contre les cancers évitables, en combinant prévention primordiale, dépistage, vaccination, recherche interventionnelle, actions d'aller-vers et personnalisation des parcours. Enfin, plusieurs acteurs mettent en avant la démarche « MECC » (Make Every Contact Count / tout contact compte) et l'idée que les cliniques peuvent contribuer à des campagnes nationales, des interventions scolaires ou des actions de santé environnementale.

Les fédérations hospitalières convergent sur la nécessité d'un pilotage national plus clair, d'objectifs chiffrés, de financements pluriannuels, d'un meilleur accès aux données, d'indicateurs d'impact et d'une évaluation systématique. Elles plaident ainsi pour une prévention intégrée, territorialisée et fondée sur les preuves, articulant les établissements de santé, la ville, les collectivités, les patients et les acteurs sociaux.

La prévention primordiale se prête imparfaitement à un financement exclusivement fondé sur l'acte. Si celui-ci demeure pertinent pour des interventions standardisées, ponctuelles et facilement objectivables (ex : vaccination, dépistage, repérage ou consultation dédiée), il tend à fragmenter les parcours, à privilégier les volumes et à bénéficier prioritairement aux publics déjà insérés dans le système de soins. À l'inverse, les financements forfaitaires apparaissent mieux adaptés aux finalités de la prévention, dès lors qu'ils permettent d'organiser un suivi dans la durée, de financer le travail

interprofessionnel, d'intégrer les déterminants sociaux de santé et de soutenir des démarches d'aller-vers. Les comparaisons internationales plaident ainsi pour des modèles hybrides, combinant un socle forfaitaire ajusté aux besoins sociaux et sanitaires, des paiements à l'acte pour les interventions préventives ciblées et des incitations à la qualité et à l'équité[61]. Un tel modèle serait plus cohérent avec une politique de prévention durable, efficiente et orientée vers la réduction des inégalités de santé.

Dans le champ des soins de ville, le virage préventif se heurte moins à une absence de légitimité qu'à une insuffisance d'organisation et de reconnaissance. Les professionnels de premier recours exercent déjà des missions de prévention : repérage des facteurs de risque, conseil, entretien motivationnel, éducation à la santé, orientation vers les ressources locales, coordination avec les autres acteurs, suivi dans la durée et relance des personnes. L'ensemble de ces professionnels de santé rencontrés souligne que la reconnaissance de ces actions nécessite un mode de valorisation distinct de la rémunération à l'acte.

Ces missions demeurent trop souvent périphériques, absorbées par le curatif, faiblement tracées dans les outils de pilotage et dépendantes d'initiatives locales ou de dispositifs temporaires. L'enjeu est donc de rendre cette prévention de proximité visible et pilotable. Cela implique des données directement actionnables : publics à relancer, indicateurs de non-recours, outils de suivi, interopérabilité ville-hôpital et retours d'information sur les orientations réalisées.

L'inscription plus forte des offreurs de soins comporte un risque : réduire la prévention primordiale à une extension du soin. Le système de soins est déjà sous tension ; les consultations sont courtes, les professionnels sont peu formés, la rémunération n'est pas adaptée, les parcours d'orientation sont incomplets. Si la prévention est simplement ajoutée aux tâches existantes sans temps suffisant, formation, outils, rémunération et relais, le risque est grand qu'elle en reste à l'incantation.

L'enjeu est donc d'articuler le soin avec les milieux de vie. Les professionnels de santé peuvent repérer, conseiller, orienter, prescrire certaines interventions et participer à la confiance. Mais l'effection peut relever de collectivités, associations, éducateurs sportifs, enseignants, médiateurs, travailleurs sociaux, services de santé au travail ou

[61] **Pour l'Angleterre :** Fisher, R., The future of funding for general practice, The Health Foundation, 2024 ; NHS England, Changes to the GP Contract in 2026/27, 2026 ; Ho, L. et al., *Effect of UK Quality and Outcomes Framework pay-for-performance programme on quality of primary care*, BMJ, 2025. **Pour les Pays-Bas :** *How Can a Bundled Payment Model Incentivize the Transition from Single-Disease Management to Person-Centred and Integrated Care for Chronic Diseases in the Netherlands?*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 2023. **Pour le Danemark :** European Observatory on Health Systems and Policies, *Denmark: payment mechanisms*, 2024.**Pour l'Estonie :** Kasekamp, K. et al., Estonia: *Health System Summary,* European Observatory on Health Systems and Policies, 2024.

structures médico-sociales. Là encore l'enjeu est de coordonner dans chaque territoire l'action des offreurs de soins avec l'ensemble des acteurs de la prévention primordiale.

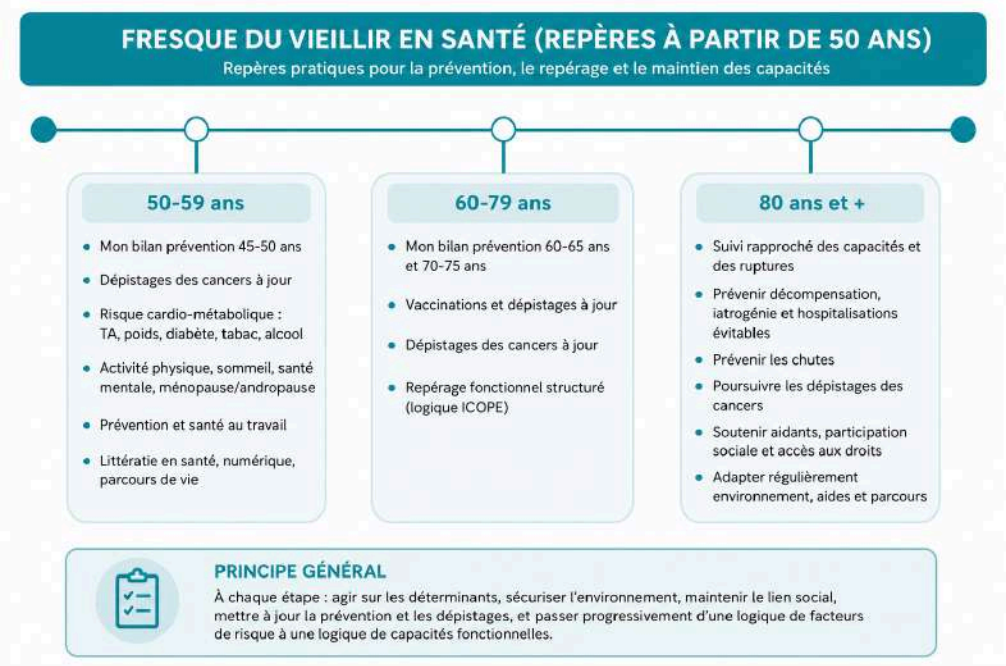
4. Le vieillissement : un enjeu massif de prévention primordiale et de prévention de la perte d'autonomie

« La prévention efficace nécessite continuité et ancrage dans les parcours de vie. » (Intervention issue de la consultation citoyenne, 27 avril 2026).

a) Le vieillissement est un champ de prévention primordiale

Le vieillissement constitue un champ à part entière de la prévention primordiale. Il ne peut être réduit ni à la prise en charge médico-sociale de la dépendance, ni au repérage tardif des fragilités. Son objectif est plus large : maintenir les capacités fonctionnelles, prévenir la perte d'autonomie, retarder l'apparition des incapacités et augmenter l'espérance de vie en bonne santé. Cette ambition suppose de penser la prévention du vieillissement comme un continuum, articulant l'action sur les environnements (logement, mobilité, urbanisme, environnement, alimentation et lien social) et les interventions sur les déterminants (activité physique adaptée, nutrition, vaccination, littératie en santé, prévention des chutes, santé mentale, repérage des fragilités et accompagnement des aidants).

Le vieillissement n'est pas une notion uniforme : la fresque ci-dessous montre que la prévention doit évoluer avec l'âge : d'abord construction des réserves, ensuite consolidation et transition, puis repérage fonctionnel, enfin protection rapprochée des capacités et du domicile.



Elle permet également de relier les rendez-vous de prévention – notamment les bilans 45-50 ans, 60-65 ans et 70-75 ans – à une logique de capacités plutôt qu'à une juxtaposition de dépistages.

Les capacités fonctionnelles offrent un point d'entrée particulièrement pertinent pour piloter la prévention du vieillissement. Elles permettent de suivre non seulement l'apparition de pathologies, mais aussi ce qui conditionne concrètement l'autonomie : mobilité, équilibre, cognition, nutrition, vision, audition, santé mentale, participation sociale et capacité à vivre à domicile.

L'expérimentation ICOPE, conduite entre 2022 et 2024, vise à repérer précocement des altérations dans six domaines déterminants pour le maintien de l'autonomie : psychologie, cognition, mobilité, audition, vision et nutrition. Les données recueillies lors du premier échelon montrent des altérations variables selon les domaines, de 16,2 % pour la nutrition à 43,6 % pour l'audition. Ces résultats plaident pour une prévention du vieillissement centrée non seulement sur les pathologies, mais sur les capacités fonctionnelles qui conditionnent la vie autonome.

Cela suppose ici encore de croiser des données aujourd'hui dispersées pour déterminer notamment si les actions atteignent les personnes âgées les plus exposées : personnes isolées, modestes, rurales, hors numérique, sans médecin traitant ou éloignées des droits.

Toutefois, cette logique appelle une vigilance forte : repérer une fragilité sans disposer d'une offre locale d'intervention risque de placer les personnes dans l'anxiété sans

solution. Le repérage doit donc être pensé comme le premier maillon d'un parcours comprenant orientation, actions disponibles, financement, accompagnement, suivi et évaluation.

Encadré n° 20 - Le Service public départemental pour l'autonomie (SPDA), un précédent utile pour organiser l'effectivité des parcours

Créé par la loi du 8 avril 2024 dite « Bien vieillir et autonomie » et inscrit aux articles L. 149-5 à L. 149-13 du code de l'action sociale et des familles, le Service public départemental de l'autonomie (SPDA) vise à faciliter les démarches des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de leurs proches aidants, en coordonnant les services et les aides, en assurant la continuité des parcours et en soutenant le maintien à domicile.

Le SPDA repose sur la coopération des acteurs existants autour de quatre missions : accueil, information et orientation ; évaluation et accès aux droits ; coordination des parcours ; actions de prévention, de repérage et d'aller-vers.

Le cahier des charges national du SPDA, approuvé par l'arrêté du 28 mai 2025, fixe un cadre commun de service public afin d'éviter les renvois de guichet en guichet, de garantir une mise en relation avec le bon interlocuteur et d'assurer une réponse plus continue aux besoins des personnes.

Pour la prévention primordiale, le SPDA fournit ainsi un référentiel d'organisation de l'effectivité : transformer un repérage en orientation réelle, suivre la réponse dans la durée et coordonner les acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires et de droit commun, pour s'assurer qu'aucune fragilité repérée ne reste sans accompagnement ni accès effectif à une ressource locale.

b) Une prévention du vieillissement nécessairement territorialisée

La prévention du vieillissement et de la perte d'autonomie constitue l'un des champs où la territorialisation est la plus nécessaire, mais aussi la plus complexe. Elle mobilise des acteurs dont les compétences, les financements et les cultures professionnelles diffèrent : départements, conférences des financeurs, ARS, CNAV/Carsat, MSA, CPAM, communes, intercommunalités, associations, établissements sanitaires et médico-sociaux, Maisons Sport-Santé, complémentaires et acteurs du logement. Cette pluralité constitue une richesse si elle permet de rapprocher la prévention des lieux de vie ; elle devient une faiblesse si elle produit des ruptures entre repérage, orientation, financement et intervention. L'enjeu est donc d'organiser un pilotage territorial capable de mutualiser les diagnostics, de coordonner les ressources, de financer l'ingénierie, de suivre les indicateurs et de garantir que les actions atteignent les personnes âgées les plus vulnérables.

A ce titre, les conférences des financeurs ont indéniablement contribué à structurer une politique territoriale de prévention de la perte d'autonomie, en réunissant les principaux bailleurs de fonds autour d'un diagnostic partagé et d'un programme coordonné. Elles ont permis une progression importante des financements mobilisés et du nombre d'actions déployées.

L'activité physique adaptée constitue désormais l'un des leviers structurants de prévention de la perte d'autonomie. Elle est inscrite parmi les six actions financées par les conférences des financeurs lesquelles représentent 293 millions d'euros en 2024. Elle constitue la deuxième activité financée. Ce positionnement confirme que l'activité physique ne doit pas être traitée comme une action périphérique ou récréative, mais comme une intervention de prévention primordiale et de maintien des capacités, à condition d'être solvabilisée, orientée vers les publics éloignés et articulée avec les parcours médico-sociaux. La prévention via l'activité physique concerne aussi les personnes en situation de handicap, avec des mesures de la Stratégie nationale sport handicap incluant la généralisation des 30 minutes d'activité physique quotidienne dans les ESMS et le renforcement de l'accueil en structures sportives inclusives.

Encadré n°21 - Les gérontopôles, interface entre science, territoire et mise en œuvre

Les auditions consacrées au vieillissement présentent les gérontopôles comme des structures capables d'articuler recherche, formation, expérimentation, coordination territoriale et diffusion des bonnes pratiques. Ils peuvent réunir collectivités, ARS, Carsat, établissements sanitaires et médico-sociaux, chercheurs, entreprises et usagers autour de diagnostics territoriaux et de projets de prévention.
Leur intérêt pour la mission tient à leur position intermédiaire : ils ne remplacent ni les financeurs ni les opérateurs, mais peuvent fournir l'expertise territoriale et scientifique nécessaire pour éviter que les conférences des financeurs ou les acteurs locaux ne financent des actions sans repères de qualité, de transférabilité ou d'impact.

c) Les limites actuelles

Toutefois, les travaux disponibles relèvent davantage du bilan d'activité et de l'analyse de gouvernance que de l'évaluation d'impact. La mesure des effets réels sur l'autonomie des personnes âgées, la réduction des fragilités, la prévention des chutes, le maintien du lien social ou le recul de l'entrée en dépendance reste encore insuffisamment documentée. La consolidation du dispositif suppose donc de renforcer la qualité des données, de stabiliser les indicateurs, de développer des évaluations longitudinales et de mieux orienter les financements vers des actions dont l'efficacité est démontrée.

Cette logique de parcours justifie d'articuler la prévention du vieillissement avec les autres lieux de vie étudiés dans le rapport : école, travail, logement, espaces publics, structures médico-sociales, associations et collectivités. Vieillir en santé est le produit d'une trajectoire, non d'une intervention tardive.

Ce champ illustre enfin la nécessité d'un universalisme proportionné. Les actions doivent rester accessibles à tous les seniors, mais être intensifiées pour les personnes isolées, modestes, rurales, éloignées des droits, sans médecin traitant, hors numérique ou déjà fragiles. À défaut, la prévention du vieillissement risque de bénéficier surtout aux personnes âgées les plus informées et les plus insérées socialement, alors que les besoins les plus élevés se concentrent souvent chez les publics les moins atteints par les dispositifs existants.

Encadré n° 22 - Vieillir en quartier prioritaire : un test d'universalisme proportionné

Une expérimentation consacrée à l'accompagnement du vieillissement dans les quartiers prioritaires de la ville a été lancée fin 2024 puis en 2025 à la suite d'un appel à manifestation d'intérêt porté par la CNSA et l'ANCT. Cette expérimentation est prévue pour trois ans et concerne 21 QPV. Elle cible des quartiers concentrant un nombre important de personnes âgées de 65 ans et plus, aux revenus modestes et souvent éloignées des actions de prévention.
Une enveloppe de 5 M€ attribuée par la CNSA est répartie entre les porteurs de projet pour financer une fonction d'animation et de coordination, repérer les situations de fragilité, coordonner les parcours sociaux ou médico-sociaux, proposer des actions de prévention de la perte d'autonomie, notamment activité physique adaptée et nutrition, et assurer un accompagnement individuel. La majorité des projets prévoit le recours à ICOPE et la formation de l'animateur-coordinateur à son utilisation. L'évaluation est confiée au Gérond'if. Cet exemple illustre concrètement l'universalisme proportionné : maintenir une ambition nationale de prévention du vieillissement, mais intensifier l'aller-vers et la coordination dans les territoires où les obstacles sociaux et territoriaux sont les plus élevés.

5. Le handicap : un révélateur de la nécessité d'une prévention primordiale réellement inclusive

Les personnes en situation de handicap ne relèvent pas d'une prévention primordiale « à part » : elles révèlent les limites d'une prévention pensée pour un usager standard, alors même que les principaux leviers (vaccination, activité physique, nutrition, sommeil, hygiène bucco-dentaire, prévention des addictions et littératie) devraient être accessibles et adaptés dès la conception des programmes.

Le champ du handicap doit être traité dans cette mission sous l'angle strict de la prévention primordiale : il ne s'agit donc pas d'analyser l'accès général aux soins, mais de comprendre pourquoi les actions visant à éviter l'apparition ou l'aggravation des risques de santé atteignent inégalement les personnes handicapées.

Les données disponibles montrent d'abord un déficit d'inclusion dans plusieurs actes ou programmes de prévention. L'exploitation de l'enquête Handicap-Santé-Ménages relève, pour les personnes présentant des limitations fonctionnelles, une probabilité plus faible de recours à plusieurs actes préventifs (frottis, mammographie, dépistage du cancer colorectal, vaccination contre l'hépatite B) avec des écarts particulièrement marqués pour les personnes en fauteuil roulant et les bénéficiaires de l'allocation pour adultes handicapés[62].

Le problème n'est pas l'absence de thématiques pertinentes, mais leur faible accessibilité réelle. Les travaux de la Fédération promotion santé et les retours d'établissements et services médico-sociaux identifient des actions déjà déployées autour de l'alimentation, de l'activité physique adaptée, de l'hygiène bucco-dentaire, de la prévention des conduites addictives, de la participation des personnes et de l'adaptation des supports de communication. Mais ces actions demeurent hétérogènes, dépendantes des initiatives locales, de la formation des professionnels et des partenariats disponibles[63].

---

[62] Pichetti S., Penneau A., Lengagne P., Sermet C., *« Accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap en France : une exploitation de l'enquête Handicap-Santé-Ménages »,* Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 64, 2016, p. 79-94, spéc. p. 85-90.

[63] Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé, *Promotion de la santé des personnes en situation de handicap,* document de ressources, p. 3-10 ; Voir aussi : Anesm, *Rapport d'analyse – Appel à contributions « Besoins en santé des personnes handicapées »,* juillet 2013, p. 45-58.

Encadré n° 23 – Ce que recouvre la prévention primordiale dans le champ du handicap

- Des campagnes accessibles : messages en langage clair, facile à lire et à comprendre, pictogrammes, audio, vidéo sous-titrée, interprétariat lorsque nécessaire.
- Des habitudes de vie favorables : activité physique adaptée, nutrition, sommeil, hygiène bucco-dentaire, réduction de la sédentarité.
- Des actions préventives de droit commun rendues effectives : vaccination, dépistages organisés, prévention des addictions, prévention des accidents.
- Une méthode : participation des personnes concernées, appui des aidants, partenariats avec clubs, collectivités, associations, instituts régionaux d'éducation et de promotion de la santé et établissements et services médico-sociaux.

Les établissements et services médico-sociaux peuvent devenir des milieux promoteurs de prévention primordiale parce qu'ils organisent le quotidien : repas, activité physique, rythmes, sorties, ateliers collectifs, etc. Les contributions analysées par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) font apparaître que près des deux tiers des structures déclarent mener des actions régulières sur l'alimentation et l'activité physique, avec des ateliers cuisine, commissions repas, activités sportives adaptées ou sensibilisation à l'équilibre alimentaire.

Cette fonction de milieu de vie doit cependant éviter deux écueils : d'une part, enfermer les personnes handicapées dans des dispositifs spécialisés ; d'autre part, laisser les programmes de droit commun inadaptés. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur la transformation de l'offre médico-sociale invite précisément à passer d'une logique de places à une offre modulaire, territorialisée, capable de jouer une fonction ressource auprès des acteurs ordinaires (école, travail, loisirs, sport, culture, collectivités) ce qui vaut pleinement pour la prévention primordiale.

6. Des publics oubliés : les établissements pénitentiaires

La prison n'est pas seulement un lieu où il faut garantir l'accès aux soins ; c'est un lieu de vie contraint où les déterminants de santé sont aggravés, mais où une politique structurée de prévention primordiale peut rejoindre des publics particulièrement éloignés du droit commun.

La population détenue cumule des vulnérabilités sanitaires, psychiques, sociales et éducatives. La Cour des comptes relevait déjà que les besoins de santé des personnes détenues sont particulièrement importants : addictions, troubles psychiatriques, prévalence accrue du VIH et de l'hépatite C, tabagisme massif et forte exposition aux ruptures de parcours. Elle constate que la loi du 18 janvier 1994 avait constitué un progrès majeur en transférant la responsabilité sanitaire vers le ministère chargé de la santé, mais que l'offre demeurait incomplète et insuffisamment inscrite dans une véritable démarche de santé publique.

Ces constats sont renforcés par les données plus récentes sur la santé mentale. L'étude nationale sur la santé mentale en population carcérale sortante souligne que les troubles psychiatriques et les conduites addictives sont nettement surreprésentés en prison, que le taux de suicide est plusieurs fois supérieur à celui observé en population générale et que la période de sortie constitue un moment de vulnérabilité majeur, marqué par le risque de rupture de soins, de perte de droits, de précarité résidentielle et de surmortalité.

Encadré n° 24 – Quelques marqueurs de vulnérabilité sanitaire et sociale en détention

La Cour des comptes relevait dès 2014 des prévalences élevées d'addictions, de troubles psychiatriques, de VIH et d'hépatite C. L'étude sur la santé mentale en population carcérale sortante (SPCS) rappelle qu'au 1er novembre 2022, 72 809 personnes étaient détenues et que la densité carcérale atteignait 120 %, jusqu'à 142,8 % dans les maisons d'arrêt. Dans son échantillon masculin, un tiers des répondants n'avait aucun diplôme, plus de la moitié avait un diplôme inférieur au baccalauréat, près de 9 % étaient sans domicile fixe à l'entrée et 20,6 % ignoraient où ils logeraient à la sortie.

La prison est ainsi un révélateur extrême des limites de la prévention française : les publics les plus éloignés du système de santé sont ceux chez lesquels la prévention pourrait produire les effets les plus forts, mais ce sont aussi ceux pour lesquels les conditions concrètes d'accès, d'adhésion, de confidentialité, de continuité et de participation sont les plus fragiles. Le Haut Conseil de la santé publique souligne le paradoxe d'un droit à la santé juridiquement affirmé mais difficilement appliqué dans un environnement où la contrainte, la sécurité, les délais, les locaux, la démographie médicale et la surpopulation peuvent faire obstacle à l'effectivité de la prévention et des soins.

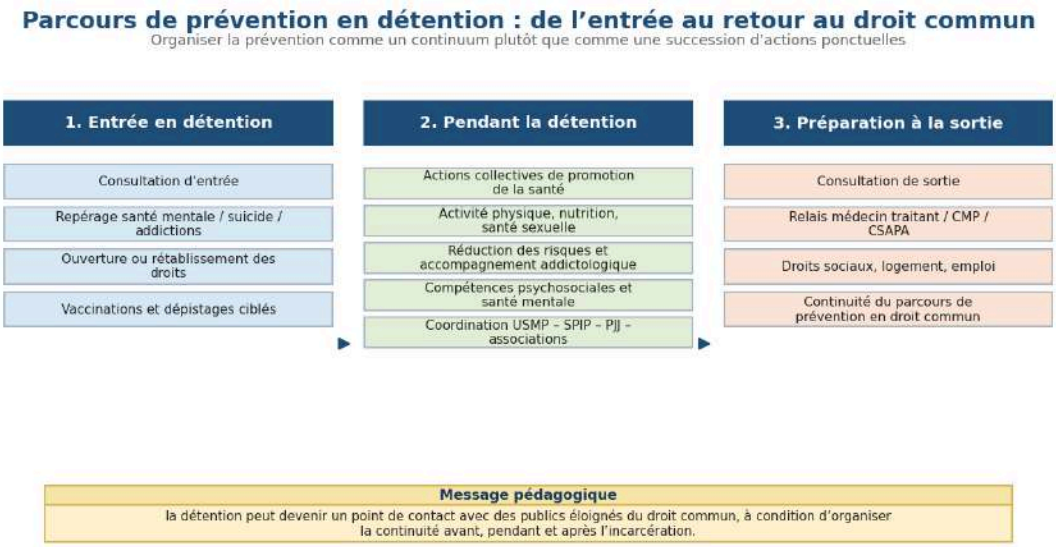


Schéma – La prévention en détention comme continuum entrée / détention / sortie

Le cadre doctrinal international est pourtant clair. L'OMS Europe rappelle que la santé en prison est une composante de la santé publique : les personnes détenues doivent bénéficier d'un niveau de prévention et de soins équivalent à celui de la population générale et les prisons doivent être pensées comme des environnements promoteurs de santé, mobilisant non seulement les soignants mais l'ensemble des personnels, les personnes détenues et les services de droit commun.

En France, la prévention primordiale en détention dispose désormais de briques structurantes. La feuille de route nationale « Santé des personnes placées sous main de justice 2024-2028 » prévoit 34 actions autour de la connaissance de l'état de santé, de la prévention et promotion de la santé, du repérage et des dépistages, de l'organisation des parcours et de la coopération entre acteurs. Elle comporte notamment des actions relatives au sevrage tabagique, à la prévention du suicide, à la santé mentale, aux addictions, à la réduction des risques, au VIH/SIDA, aux hépatites, à la tuberculose, aux personnes âgées ou handicapées détenues, aux femmes détenues et à la continuité de la prise en charge à la sortie.

Les déclinaisons régionales montrent que la mise en œuvre repose sur un équilibre entre équité entre les régions et adaptation locale justifiés au regard des ressources et des contraintes qui se présentent localement. La feuille de route Bretagne, la première du genre, aborde de manière volontariste le manque de moyens humains, la nécessité de mieux coordonner soins somatiques et psychiatriques, l'insuffisance des échanges de pratiques entre USMP, le recours encore limité à la télémédecine, le besoin d'un dossier patient informatisé et la faible participation des personnes détenues aux projets de promotion de la santé. Le plan PACA 2025-2028 formule, de son côté, une stratégie

opérationnelle : désignation de référents prévention, comités de promotion de la santé par établissement, mobilisation des CRES/CODES, formations en santé mentale, addictions, entretien motivationnel, réduction des risques et appui à des projets fondés sur des interventions probantes ou prometteuses.

Encadré n° 25 – De l'équivalence des soins à la « prison promotrice de santé »

La doctrine internationale ne réduit pas la santé en prison à la présence d'une unité sanitaire. Elle repose sur quatre principes : équivalence avec le droit commun ; intégration de la santé pénitentiaire dans les politiques nationales de santé publique ; continuité entre l'entrée, la détention et la sortie ; approche globale de l'établissement, incluant conditions de vie, activités, liens sociaux, formation des personnels et participation des personnes détenues.

La doctrine internationale ne réduit pas la santé en prison à la présence d'une unité sanitaire. Elle repose sur quatre principes : équivalence avec le droit commun ; intégration de la santé pénitentiaire dans les politiques nationales de santé publique ; continuité entre l'entrée, la détention et la sortie ; approche globale de l'établissement, incluant conditions de vie, activités, liens sociaux, formation des personnels et participation des personnes détenues.



Schéma – Les quatre fonctions d'une prison promotrice de santé

La principale limite tient au fait que la prévention en prison reste souvent conçue comme une addition d'actions sanitaires (dépistages, vaccinations, informations, consultations) plutôt que comme une transformation du milieu de vie. Or les travaux scientifiques récents invitent à dépasser une approche exclusivement individuelle. Une revue de la portée publiée en 2023 sur la promotion intégrée de la santé et de la sécurité dans les environnements correctionnels montre que les interventions les plus prometteuses sont celles qui agissent aussi sur les relations, l'organisation, les politiques internes, les conditions de travail des personnels, les activités porteuses de sens, les pratiques moins punitives et la réduction de l'isolement.

7. Les citoyens et la démocratie sanitaire

La prévention primordiale ne peut être réduite à une architecture administrative. Elle doit être compréhensible par celles et ceux auxquels elle s'adresse. Or un constat traverse les auditions, les questionnaires et la consultation citoyenne : les dispositifs sont nombreux, mais leur visibilité et lisibilité sont faibles. **Les citoyens identifient difficilement les acteurs compétents, les droits mobilisables, les lieux d'orientation, les sources fiables d'information et les actions disponibles à proximité**. Cette difficulté est d'autant plus forte que la prévention primordiale concerne des sujets multiples (alimentation, activité physique, sommeil, écrans, vaccination, santé mentale, addictions, environnement, santé au travail, santé scolaire etc.) qui relèvent de guichets différents, de financeurs différents et de temporalités différentes.

Améliorer l'information, la visibilité, la lisibilité et l'accessibilité des dispositifs existants de prévention primordiale à destination des citoyens, des familles et des acteurs locaux est plus qu'un objectif : c'est une exigence démocratique essentielle. Une politique publique illisible produit mécaniquement des inégalités : les personnes les mieux dotées en capital culturel, social et numérique savent chercher l'information, comparer les offres, solliciter les interlocuteurs et se saisir des opportunités ; les personnes les plus éloignées des institutions ou de la littératie en santé restent à distance des dispositifs, même lorsque ceux-ci sont juridiquement ouverts à tous.

Plusieurs acteurs auditionnés nous mettent en garde contre la responsabilisation excessive des usagers. Informer ne suffit pas si l'information est dispersée, contradictoire, concurrencée par des messages commerciaux puissants ou impossible à transformer en action concrète. La prévention primordiale doit donc être pensée comme un droit effectif à une information de référence, à une orientation lisible, à un accompagnement proportionné aux besoins et à un environnement permettant réellement d'adopter des comportements favorables à la santé.

Les travaux de l'Institut Montaigne nous rappellent qu'une action de prévention ne réussit pas parce qu'elle touche beaucoup de personnes, mais parce qu'elle touche les bonnes personnes avec le bon message, au bon moment et par le bon canal.

Encadré n° 26 - De la massification à la pertinence : segmenter les publics de prévention

Les travaux de l'Institut Montaigne[64] nous rappellent qu'une action de prévention ne réussit pas parce qu'elle touche beaucoup de personnes, mais parce qu'elle touche les bonnes personnes avec le bon message, au bon moment et par le bon canal.
La littérature scientifique en communication en santé et en marketing social[65] recommande en effet de ne pas concevoir les campagnes de prévention comme des messages indifférenciés adressés à une population homogène. Elle invite au contraire les acteurs de prévention à segmenter les publics, à partir de données relatives aux comportements, aux freins, aux motivations, aux perceptions du risque, aux préférences de communication et aux contextes sociaux, afin d'adapter les messages, les canaux, les relais et les modalités d'accompagnement.
Cette segmentation doit toutefois être fondée sur des critères utiles à l'action et évaluée, afin d'éviter les ciblages approximatifs, les effets de stigmatisation ou l'aggravation des inégalités sociales de santé.
Cette approche plaide pour tester les interventions avant leur généralisation, mobiliser les sciences comportementales et mesurer non seulement le volume de personnes touchées, mais aussi l'atteinte effective des publics prioritaire

Cette segmentation doit toutefois être fondée sur des critères utiles à l'action et évaluée, afin d'éviter les ciblages approximatifs, les effets de stigmatisation ou l'aggravation des inégalités sociales de santé.

Cette approche plaide pour tester les interventions avant leur généralisation, mobiliser les sciences comportementales et mesurer non seulement le volume de personnes touchées, mais aussi l'atteinte effective des publics prioritaires.

La consultation citoyenne exprime cette attente de proximité. Plusieurs interventions insistent sur les ambassadeurs de terrain, les pairs, les relais locaux, les associations, les professionnels scolaires, les clubs sportifs, les médiateurs et les collectivités. La lisibilité ne se résume donc pas à un portail numérique : elle suppose des personnes identifiées, des lieux familiers, une présence dans les milieux de vie et des messages adaptés aux contextes. La prévention ne doit pas seulement être accessible en ligne ou

[64] Laure Millet, *La prévention en santé, les nouveaux impératifs,* Paris, Institut Montaigne, coll. « Note d'enjeux », septembre 2023, p. 33 à 36
[65] Slater, Michael D., *« Theory and Method in Health Audience Segmentation »,* Journal of Health Communication, vol. 1, n° 3, 1996, p. 267-284. Voir aussi : Gallopel-Morvan, Karine, Nguyen Thanh, Viêt, dir., *Marketing social. De la compréhension des publics au changement de comportement,* Rennes, Presses de l'EHESP, 2019

au travers de messages impersonnels adressés périodiquement ; elle doit être présente là où vivent, apprennent, travaillent, vieillissent et se déplacent les personnes.

Par ailleurs et pour que nos concitoyens soient sensibles aux messages de santé publique, la littératie en santé doit être reconnue comme un levier central de la prévention primordiale. Elle ne se limite pas à la capacité de lire ou de recevoir une information sanitaire. Elle recouvre la possibilité d'accéder à une information de référence, de comprendre les messages publics, d'évaluer la fiabilité des sources, d'exercer son esprit critique face à la désinformation et de transformer l'information en décision concrète. Dans un environnement marqué par la multiplication des sources, la puissance des messages commerciaux, la circulation rapide de fausses informations et l'essor des outils numériques, la prévention ne peut plus supposer que l'information fiable se suffit à elle-même. Elle doit organiser les conditions de son appropriation : langage clair, médiation, relais de proximité, école, professionnels formés, plateformes publiques de confiance, pluralité des canaux d'accès et attention particulière aux publics les plus éloignés de l'information institutionnelle.

Ces enjeux de visibilité et de lisibilité concernent également les professionnels de santé et les autres car ils ne disposent pas toujours d'une cartographie claire des ressources vers lesquelles orienter les publics. Les auditions ont montré que la prévention souffre souvent d'un déficit d'orientation après repérage : identifier un risque ne suffit pas si l'on ne sait pas quel dispositif mobiliser, avec quel financement, dans quel délai et selon quel parcours.

La lisibilité citoyenne devrait donc devenir un critère d'évaluation de la politique de prévention primordiale. Une action ne devrait pas seulement être jugée sur ses résultats, son financement ou son nombre de bénéficiaires : elle devrait être évaluée sur la capacité réelle des publics visés à la connaître, la comprendre, y accéder et en tirer un bénéfice. Cette approche conduit à privilégier les dispositifs de proximité, la médiation, les guichets territoriaux, les annuaires fiables, les référents identifiés et les démarches d'aller-vers/ramener vers.

Au-delà de la lisibilité des dispositifs, les auditions ont également montré que l'efficacité de la prévention dépend de la **place accordée aux citoyens dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques**.

Plus qu'une simple consultation, la participation des citoyens est une condition d'efficacité de la prévention. Parce qu'elle agit sur les conditions de vie, les habitudes quotidiennes, les contraintes économiques, les normes sociales, les environnements numériques, les choix d'aménagement et les expositions, la prévention engage directement la relation entre puissance publique et citoyens. Elle appelle donc une

démocratie en santé élargie, articulée à la démocratie sociale, environnementale et territoriale.

La prévention primordiale ne porte pas seulement sur l'accès à une information sanitaire validée : elle touche aux pratiques alimentaires, aux rythmes de travail, à l'activité physique, aux usages numériques, à l'exposition aux risques environnementaux, aux normes sociales, aux contraintes économiques et aux choix d'aménagement du territoire.

La participation doit structurer l'ensemble du cycle de la prévention : diagnostic, priorisation, co-conception, mise en œuvre, évaluation et redevabilité. Au stade du diagnostic, elle permet de faire émerger des obstacles que les données statistiques ne saisissent pas toujours : défiance, horaires incompatibles, coûts indirects, difficultés de transport, langue, peur du jugement, usages numériques, normes sociales ou contraintes familiales. Au stade de la priorisation, elle évite que les politiques publiques ne reflètent uniquement les représentations institutionnelles des besoins. Au stade de l'évaluation, elle permet d'apprécier non seulement la satisfaction, mais aussi l'accessibilité, la compréhension, l'appropriation, la confiance et les effets différenciés selon les publics.

La consultation citoyenne organisée dans le cadre de la mission illustre la richesse de cette approche. Les verbatim recueillis expriment des préoccupations concrètes : proximité, confiance, lutte contre la désinformation, rôle des ambassadeurs, importance des pairs, continuité des parcours et nécessité d'actions qui transforment réellement le quotidien. Ces expressions ne sont pas anecdotiques : elles révèlent les conditions sociales d'appropriation de la prévention et complètent utilement les données épidémiologiques.

La démocratie en santé constitue enfin un levier majeur de réduction des inégalités. Les publics les plus vulnérables sont souvent ceux qui participent le moins aux instances formelles, alors même qu'ils subissent davantage les déterminants défavorables. La participation doit donc être articulée aux démarches d'aller-vers et de médiation. Dans les outre-mer notamment, ces démarches sont reconnues comme des leviers opérationnels essentiels, à condition de disposer de médiateurs formés, de moyens logistiques adaptés et d'indicateurs permettant d'en mesurer l'impact.

E. Un modèle de financement inadapté

La prévention primordiale est appréhendée désormais comme un levier de soutenabilité du système de santé, mais elle demeure financée comme une politique périphérique : par des enveloppes dispersées, des appels à projets instables et des modèles économiques insuffisamment construits.

La dérive du financement de notre système de santé s'est faite parallèlement à la dérive de ce système de santé vers un système de soins. Cela explique en partie le sous-investissement pour les médecines de prévention ; il est adossé au financement du système de soins.

Notre système de santé répond à un marché avec d'un côté des financeurs (AMO-AMC) et de l'autre des offreurs de soins (hôpitaux publics/privés, professionnels de santé, industrie pharmaceutique, prestataires, …) rémunérés à l'activité et non en fonction de l'état de santé de la population.

Si il est difficile d'individualiser les dépenses de prévention secondaire et tertiaire qui sont intimement liées aux dépenses de soins, **aucun sous-objectif de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) ne permet de voir le financement de la politique de prévention primaire.**

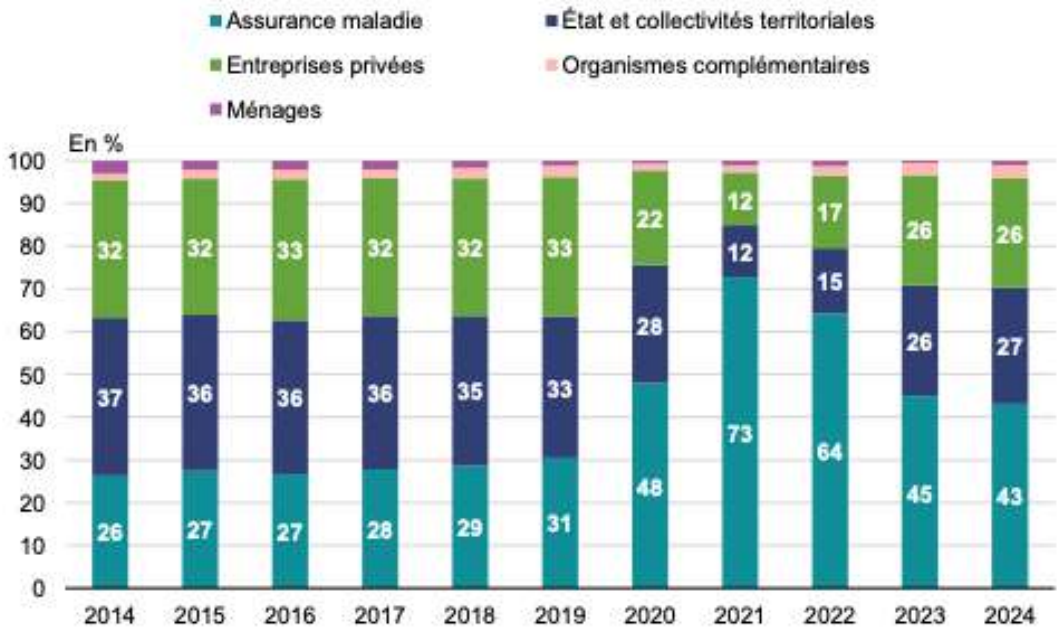
Les annexes budgétaires (jaune et orange) sur les dépenses de prévention, créés récemment grace à un amendement parlementaire, permettent de mieux appréhender les dépenses de prévention en santé grace au travail des services du ministere de l'Action et ses Comptes publics. Mais elles reflètent aussi la difficulté d'analyse de ces dépenses.

De plus, les économies réalisées en faveur du système de soins par les actions de prévention primaire ne sont pas analysées, comptabilisées et valorisées. Si l'immunomodulation par le nirsévimab a considérablement réduit le nombre de détresse respiratoire chez le nourrisson, financièrement quel est le montant des économies réalisées par l'hôpital ?

1. Une architecture financière de la prévention primordiale complexe

Au-delà des fragilités qui affectent la coordination interministérielle, l'un des constats les plus récurrents porte sur la complexité des financements. Les moyens consacrés à la prévention sont dispersés.

Graphique 4 **Répartition des dépenses de prévention par financeur**



Source > DREES, comptes de la santé.

En 2024, l'ensemble des dépenses de prévention s'établit à 8,7 milliards d'euros, soit 2,6 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Cet effort financier repose sur une architecture particulièrement éclatée, mobilisant une multitude d'acteurs, de fonds et de dispositifs budgétaires. L'Assurance maladie en est le principal financeur, avec 43 % des dépenses, soit 3,7 milliards d'euros en 2024.

Le financement des actions de prévention primaire (hors vaccination) par l'Assurance-maladie s'appuie sur plusieurs instruments distincts, parmi lesquels :

- le Fonds d'intervention régional (FIR), géré par les agences régionales de santé, doté d'environ 1,05 milliard d'euros en 2024 ;

- le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS), qui finance notamment les campagnes nationales de prévention et les actions de l'Assurance maladie, doté de 82,1 millions d'euros en 2023 ;
- le Fonds de lutte contre les addictions (FLCA), consacré aux actions de prévention des conduites addictives, doté de 129 millions d'euros (décret du 28 juin 2024) ;
- les consultations de prévention, représentant 233,5 millions d'euros exécutés en 2023 ;
- les subventions versées aux agences sanitaires, notamment à Santé publique France, qui s'élèvent à 390,5 millions d'euros en 2025.

À ces financements s'ajoutent ceux de l'État, à travers les crédits budgétaires des différents ministères, mais également ceux des collectivités territoriales, qui consacrent 1,018 milliard d'euros à la prévention en 2024 (soit 17 % des moyens recensés), ainsi que ceux des caisses de sécurité sociale, des organismes complémentaires d'assurance maladie, des employeurs et des branches professionnelles.

Cette dispersion rend difficile toute appréciation de l'effort réel, de son évolution et de son efficience.

La mission constate que les nomenclatures même des lois de finances et des lois de financement de la sécurité sociale ne permettent pas d'associer suffisamment le Parlement à la définition de la politique de prévention primordiale et au contrôle de sa mise en œuvre. Les financements dédiés à la prévention primordiale sont distribués entre les différents sous-objectifs de l'Objectif national d'Assurance maladie et de nombreuses missions et programmes de la loi de finances.

La Cour des comptes signalait déjà l'extrême variabilité des estimations selon les périmètres retenus, allant de moins d'un milliard à plus de dix milliards d'euros dans certains travaux. Paradoxalement, la prévention et la promotion de la santé sont régulièrement affichées comme priorités, mais financées par des budgets labiles, dispersés et faibles comparés aux soins et au médico-social.

Au-delà de la complexité de l'architecture, le « jaune budgétaire » consacré à la prévention retrace que pour partie l'effort de la Nation dans le domaine de la prévention primordiale. Plus exactement 4 carences affectent la présentation :

+ La prévention non institutionnelle (CSBM : consommation de soins et de biens médicaux) : une part de la prévention primordiale est réalisée dans les soins de droit commun (consultations de conseil, prescriptions à visée préventive, médicaments préventifs, actes et suivis). Ces dépenses ne sont pas isolables de manière routinière dans les systèmes d'information et sont donc exclues du jaune budgétaire.

+ Les dépenses de personnel (titre 2) : la prévention primordiale repose massivement sur le travail humain (protection maternelle et infantile, santé scolaire et universitaire, santé au travail, médiation, équipes mobiles). L'exclusion du titre 2 sous-estime structurellement le 'coût réel' et la capacité opérationnelle de prévention.
+ La santé au travail : même lorsque des fonds sont retracés (AT-MP, prévention de l'usure), une partie des moyens (organisation, pilotage, actions d'entreprise, temps professionnel) échappe au chiffrage.
+ L'action des collectivités sur les déterminants environnementaux : le document annexé au projet de loi de finances 2026 ne fournit pas de ventilation spécifique pour les collectivités territoriales sur cette thématique, alors que les politiques locales (air intérieur, habitat, eau, urbanisme) peuvent être déterminantes pour la santé.

Par ailleurs, le financement apporté à la prévention primordiale par les organismes complémentaires est très difficilement chiffrable du fait de sa comptabilité dans les frais généraux.

Au final, le débat public compare trop souvent une prévention « sans personnels et incomplète » à un soin « pleinement comptabilisé ». En effet, il ne s'agit pas uniquement de débattre seulement autour d'un chiffre, mais de ce que la nation rend visible et de ce qu'il invisibilise. Il résulte de ce qui précède que le système de prévention avance sans énergie matricielle suffisante et avec un faible portage politique tant au niveau du Gouvernement que du Parlement.

2. La prévention en santé : un enjeu de soutenabilité de la dépense de santé

Comment éviter ce risque qui pèse sur nos finances publiques ? Un consensus se dégage autour de l'intérêt d'envisager la prévention parmi les leviers à mobiliser pour contribuer au redressement de la trajectoire de l'ONDAM. Dans la note de la Cour des comptes d'avril 2025 évoquée plus haut[66], la prévention est intégrée aux catégories de propositions pour améliorer l'efficacité des dépenses relevant de l'ONDAM (avec logique d'hospitalisations évitables et de maladies chroniques). De même dans son rapport de juin 2025, le HCAAM invite les pouvoirs publics à « *Développer la prévention et davantage prioriser ses interventions vers les cibles et leviers présentant [le meilleur*

[66] Cour des comptes, L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), avril 2025, *op. cit.*

rapport] efficacité médico-économique… [67]» La CNAM, dans son rapport « Charges et produits 2026 », érige la prévention en une condition de soutenabilité et structure un chapitre entier : « *La prévention, la bataille de la décennie* [68]». Enfin le comité d'alerte, dans son avis de septembre 2025, présente la prévention, à tous ses stades, parmi les principaux leviers structurels d'amélioration de l'efficacité des dépenses d'assurance maladie[69].

Face à la puissance de l'enjeu de soutenabilité de notre modèle de protection sociale et puisque la prévention primordiale à toute sa place à jouer pour participer à l'effort de redressement de nos comptes publics, il convient d'agir sans plus attendre.

3. Un modèle économique qui reste à définir

Les auditions ont mis en évidence un point rarement formulé avec autant de netteté : la prévention primordiale souffre d'un défaut de modèle économique. Les bénéfices des interventions sont souvent diffus, différés et distribués entre plusieurs acteurs, ce qui rend difficile l'identification d'un « payeur naturel ». Il en résulte un cercle vicieux : peu d'acteurs publics ou privés se positionnent, donc peu d'investissements.

Les dispositifs opérés dans le cadre de France 2030 visent précisément à produire des preuves cliniques, organisationnelles et médico-économiques susceptibles d'éclairer des modèles de financement pérennes, qu'ils relèvent de l'Assurance maladie, des assurances, des complémentaires ou d'autres acheteurs et diffuseurs.

La prévention primordiale ne peut donc être pensée uniquement comme une innovation technologique : elle suppose un modèle d'adoption, un payeur, des preuves d'impact et une capacité à s'inscrire dans le droit commun.

---

[67] Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), *Les leviers d'action pour un système de santé efficient et solidaire. Contribution du HCAAM à la saisine conjointe des Hauts Conseils concernant l'état des comptes sociaux,* Paris, HCAAM, juin 2025, p. 45 (entrée de section 3.2). URL : https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCAAM/2025/Rapport%20HCAAM%20Saisine%20PM%202025_corr.pdf (consulté le 8 avril 2026).

[68] Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2026 (Rapport Charges et Produits),* Paris, CNAM, juillet 2025, p. 20. URL : https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/299849.pdf (consulté le 8 avril 2026).

[69] Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, *Avis du Comité d'alerte n°2025-3 sur les mesures annoncées afin de répondre au risque sérieux de dépassement de l'objectif fixé par la loi de financement pour 2025*, 17 septembre 2025, p. 7.



4. Structurer un marché sans marchandiser la prévention

Bpifrance indique avoir financé en 2025 quatre-vingt-six projets de prévention pour environ quarante-cinq millions d'euros, mais seulement environ 6,5 millions d'euros identifiés comme prévention primordiale stricto sensu. Les représentants de Bpifrance reconnaissent que l'évaluation des moyens engagés est incomplète, car de nombreux projets relatifs à l'environnement, au sport, à la nutrition, à la qualité de l'air ou aux PFAS sont classés dans d'autres catégories.

L'objectif n'est pas seulement de créer un marché de la prévention, mais de définir un modèle public d'investissement préventif, capable de soutenir l'innovation tout en garantissant l'équité d'accès, l'évaluation et la redevabilité.

Le fonds Prévention numérique est doté de cent millions d'euros et réparti en trois tiers : un tiers pour la prévention primordiale, un tiers pour la secondaire et un tiers pour la tertiaire. Cette enveloppe de cent millions d'euros constitue une initiative pionnière, qu'il convient de mettre en regard des dix milliards d'euros annoncés dans le champ

santé. Les représentants indiquent que les projets de prévention primordiale échouent souvent non sur le fardeau de santé publique ou l'intérêt technologique, mais sur l'absence de modèle économique crédible à grande échelle.

Cette analyse rejoint celles exprimées lors des auditions et qui militent en faveur d'un financement populationnel, d'un financement au service rendu, d'un remboursement de l'activité physique adaptée ou de forfaits pluriannuels. Mais elle appelle une vigilance : structurer un marché ne doit pas conduire à substituer une prévention commerciale ciblant les publics solvables à une prévention publique visant l'équité.

À retenir

La prévention primordiale est désormais reconnue comme un levier de soutenabilité du système de santé, mais elle reste financée par des circuits dispersés, instables et insuffisamment traçables.

Le modèle économique de la prévention demeure incomplet : absence de payeur clairement identifié, remboursement limité, innovation difficile à évaluer et diffusion insuffisante.

La réponse doit combiner lisibilité budgétaire, financements pluriannuels, évaluation médico-économique, soutien à l'innovation et garantie d'équité afin d'éviter une prévention réservée aux publics solvables.

F. Restons optimiste : l'exemple de modèles qui fonctionnent

1. L'enseignement et les métiers agricoles

L'enseignement agricole offre un exemple utile de prévention primordiale intégrée à un milieu de vie. Par l'internat, l'éducation socioculturelle, les stages collectifs d'éducation à la santé et au développement durable, les projets d'élèves, les associations, les exploitations pédagogiques et la formation à la santé-sécurité au travail, il articule acquisition de compétences, autonomie, culture du risque et pouvoir d'agir. Ce modèle, historiquement nourri par l'éducation populaire, la rénovation pédagogique et l'ancrage territorial, gagnerait toutefois à être mieux évalué afin de documenter ses effets sur la santé, les compétences psychosociales, les accidents du travail des apprenants et les inégalités.

Encadré n° 27 - L'enseignement agricole : un laboratoire discret de prévention primordiale intégrée
L'enseignement agricole présente un intérêt particulier pour une mission sur la prévention primordiale : il accueille une population nombreuse de jeunes, souvent en internat, dans des établissements fortement ancrés dans les territoires et dans des formations où le rapport au corps, au travail, au vivant, au risque et à l'autonomie est quotidien. L'audition de la DGER a mis en évidence une approche qui ne sépare pas strictement instruction, éducation, vie collective, santé et professionnalisation : la prévention y est portée par des pratiques pédagogiques, des projets d'élèves, la vie résidentielle, les associations, les exploitations et ateliers pédagogiques, ainsi que les périodes de formation en milieu professionnel.

Trois dimensions à valoriser

1. Une éducation à la santé située	2. Des compétences psychosociales travaillées par le projet	3. Une culture de sécurité au travail précoce
• Les stages collectifs « éducation à la santé et au développement durable » articulent santé, développement durable, citoyenneté, activité physique, alimentation, conduites à risque et responsabilité. • La santé y est abordée comme une capacité d'agir : comprendre, débattre, choisir, coopérer, prendre soin de soi et des autres.	• L'éducation socioculturelle, discipline propre à l'enseignement agricole, repose sur des méthodes actives, l'ouverture au territoire, la communication, la coopération, l'autonomie et l'engagement des jeunes. • La DGER indique que des travaux sur les compétences psychosociales ont été engagés dès les années 2000, avec des projets proposés par les élèves à des équipes pédagogiques pluridisciplinaires.	• La S&ST des apprenants fait l'objet d'une instruction technique dédiée et d'un cadre réglementaire spécifique, compte tenu des activités professionnelles et des travaux réglementés des mineurs. • L'audition souligne une préparation renforcée avant les stages et une baisse récente de la sinistralité, notamment des accidents graves, même si le suivi médical et le contrôle des lieux de stage restent des points de tension.

Une filiation historique : de l'éducation populaire à la rénovation pédagogique

L'enseignement agricole s'est construit dans une tradition d'innovation éducative distincte du modèle scolaire ordinaire. L'éducation socioculturelle, créée dans les années 1960 dans le sillage de la modernisation agricole portée par Edgard Pisani et développée par Paul Harvois, a introduit dans les lycées agricoles une culture de l'éducation populaire, des méthodes actives, de la coopération et de l'ouverture au territoire. Les interlocuteurs de la mission ont souligné que cette dynamique a été consolidée dans les années 1980, dans le contexte des impulsions données par Alain Savary et Michel Rocard : la loi du 9 juillet 1984 portant rénovation de l'enseignement public agricole et les lois dites « Rocard » ont contribué à donner à l'enseignement agricole une identité pédagogique singulière, associant qualification professionnelle, formation générale, vie collective, autonomie et ancrage territorial.

En outre, la mutualité sociale agricole (MSA) présente un modèle particulièrement performant.

Il possède un modèle de guichet unique associant assurance maladie, action sociale, santé au travail et ancrage rural, avec des démarches d'aller-vers, de ramener-vers et un réseau de sentinelles sur le mal-être agricole. Cet exemple montre qu'il est tout à fait envisageable de renforcer la coordination entre les différentes branches de la sécurité sociale.

2. La politique de vaccination

Au cours des dernières années, la France a engagé plusieurs réformes importantes qui ont permis de renforcer la politique vaccinale : l'extension des obligations vaccinales chez l'enfant en 2018 (ainsi que l'élargissement des effecteurs en 2023) qui a permis d'améliorer la couverture vaccinale pour plusieurs maladies, la vaccination des parturientes et l'immunisation des nouveau-nés destiné à protéger les nourrissons contre les infections à virus respiratoire syncytial (VRS).

Malgré ces progrès, la couverture vaccinale est insuffisante dans certaines populations, notamment chez les personnes âgées et fragiles, chez qui l'on observe des insuffisances voire un recul (grippe, vaccination de rappel, covid-19, pneumocoque), et ce, malgré un accès facilité (pharmacies…).

L'exemple de la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV)

S'agissant de la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV), elle illustre qu'une politique de prévention peut produire des résultats dès lors qu'elle repose sur une stratégie cohérente.

En France, la couverture vaccinale contre le HPV est insuffisante au regard des objectifs fixés et des résultats obtenus dans certains pays, notamment l'Australie, qui envisage désormais l'élimination du cancer du col de l'utérus. Ce retard s'explique en partie par les orientations politiques passées. Pendant de nombreuses années, la vaccination a principalement concerné les jeunes filles, alors même que les garçons participent également à la circulation du virus et peuvent développer des cancers liés aux HPV. Les campagnes d'information et de sensibilisation sont par ailleurs restées trop limitées pour informer la population et favoriser une adhésion suffisante.

En rapprochant la vaccination des lieux de vie des adolescents et en facilitant son accès, ce dispositif réunit les conditions pour obtenir des résultats positifs. Son efficacité repose sur une mobilisation coordonnée de l'Éducation nationale, des agences régionales de santé, des professionnels de santé et des familles pour

rapprocher la vaccination des lieux de vie des adolescents et d'en faciliter l'accès. Cette évolution devrait, à terme, donner lieu à des résultats concluants.

Le carnet de vaccination numérique : un outil inabouti pouvant être facilement et rapidement amélioré

Le développement d'un carnet de vaccination électronique devait permettre d'améliorer le suivi vaccinal des Français, de faciliter les rappels et de renforcer le pilotage de ces politiques publiques. Pourtant, plusieurs années après son annonce, ce dispositif n'est pas pleinement opérationnel. Les outils performants, tels que MesVaccins.net, ne parviennent pas à être intégrés à Mon Espace Santé.

À l'inverse, certaines plateformes numériques privées ont démontré la faisabilité d'outils performants, utilisés par plusieurs dizaines de millions d'utilisateurs et permettant un suivi personnalisé des vaccinations. Le retard du public dans ce domaine crée un vide que des acteurs privés sont naturellement conduits à combler. Il existe donc un risque que les grandes plateformes numériques internationales développent leurs propres services de suivi vaccinal et de prévention, captant ainsi des données de santé particulièrement sensibles.

IV. L'émergence d'une prévention personnalisée soutenue par l'intelligence artificielle

L'intelligence artificielle (IA) ouvre aujourd'hui la voie à une nouvelle génération de politiques de prévention fondées sur la personnalisation des interventions. Alors que les stratégies de prévention ont historiquement reposé sur des recommandations uniformes destinées à l'ensemble de la population ou à de larges groupes de risque, les progrès de l'exploitation des données de santé permettent désormais d'envisager une prévention adaptée aux caractéristiques propres de chaque individu. Cette évolution constitue l'une des principales transformations des politiques de santé publique au niveau international.

Cette approche, parfois qualifiée de prévention algorithmique ou de prévention de précision, repose sur trois composantes complémentaires :

- la collecte et l'intégration de données individuelles (données cliniques, biologiques, génétiques, environnementales, sociales et comportementales),
- l'utilisation de modèles d'intelligence artificielle capables d'estimer le risque de survenue d'une maladie,
- puis la mise en œuvre d'un accompagnement personnalisé visant à réduire ce risque grâce à des interventions adaptées dans le temps.

Contrairement aux approches traditionnelles, cette prévention ne se limite pas à délivrer un message standardisé ; elle cherche à proposer « la bonne intervention, à la bonne personne, au bon moment ».

Cette évolution est rendue possible par plusieurs transformations concomitantes : la généralisation des dossiers médicaux électroniques, le développement des entrepôts de données de santé, les progrès des méthodes d'apprentissage automatique (machine learning), l'essor des objets connectés capables de mesurer en continu certaines données physiologiques ainsi que l'amélioration des capacités de calcul permettant d'intégrer des volumes considérables d'informations hétérogènes. L'apparition récente des grands modèles de langage (Large Language Models) ouvre également la possibilité de développer des assistants conversationnels capables d'accompagner les citoyens dans leurs comportements de santé, même si leur utilisation nécessite encore de solides garanties scientifiques.

Les premières applications sont déjà nombreuses. En cancérologie, les algorithmes permettent d'améliorer le dépistage précoce, d'identifier des personnes à haut risque grâce à des scores polygéniques ou de prédire l'apparition de certains cancers plusieurs années avant leur diagnostic clinique. En cardiologie, ils améliorent l'estimation du risque cardiovasculaire à partir de données cliniques, biologiques et d'imagerie. En neurologie, ils contribuent à identifier précocement les personnes susceptibles de développer une maladie neurodégénérative. En santé mentale, ils sont utilisés pour détecter les risques dépressifs ou suicidaires et accompagner les patients dans le suivi de leurs symptômes. Les maladies métaboliques, les maladies infectieuses ou encore la santé maternelle font également l'objet de développements rapides.

V. Comparaison internationale - Quelques notions pour espérer

A. La France : des résultats moyens, mais des marges de progression importantes

Les études comparatives menées dans le cadre de l'OCDE, de l'OMS ou au niveau de l'Union européenne permettent de préciser le positionnement de la France, s'agissant de ses performances en santé, qui illustre malheureusement ce paradoxe apparu au XXème siècle avec une excellence curative et une prévention perfectible.

L'espérance de vie à la naissance en France s'établit à 83 ans, près de 2 ans au-dessus de la moyenne de l'OCDE[70]. L'espérance de vie en bonne santé à la naissance est de 64 ans pour les femmes (63 ans et 4 mois en moyenne UE) ; pour les hommes elle se situe à 63 ans et 6 mois (62 ans et 9 mois en moyenne UE)[71].

Toutefois, ces moyennes qui présentent la situation de notre pays sous un jour apparemment favorable masquent d'importantes inégalités sociales et territoriales ainsi qu'un poids persistant des facteurs de risque évitables que nous regarderons plus loin. Remarquons par ailleurs que plusieurs pays, parfois voisins, présentent une espérance de vie supérieure, ce qui laisse penser qu'il est possible de progresser dans le domaine : la Suisse, le Japon, l'Espagne, Israël, l'Italie, la Corée, le Luxembourg, la Suède et la Norvège[72]. Signalons également que les systèmes de santé suisse et espagnol permettent à leurs ressortissants d'espérer vivre au moins une année de plus qu'en France[73].

On peut néanmoins s'interroger sur la qualité de vie associée aux gains d'espérance de vie à un âge avancé ; en d'autres termes *: « gagne-t-on des années de bonne santé ou*

[70] Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Panorama de la santé 2025* – Notes par pays : France, Paris, OCDE, 2025

[71] Eurostat, Healthy life years (HLTH_HLYE), *« Healthy life years at birth, women and men »,* données 2023 (estimations et données provisoires pour certains États membres), https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics, consulté le 26 avril 2026

[72] Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Panorama de la santé 2025 : Les indicateurs de l'OCDE,* Paris, Éditions OCDE, 2025

[73] Plus précisément : une année de plus en Espagne et une année et 4 mois pour la Suisse.

vit-on plus longtemps avec des maladies ? [74]» Selon l'OMS, la France occupait en 2021 le 15ème rang mondial pour l'espérance de vie en bonne santé à la naissance, avec environ 70,1 années vécues en pleine santé[75]. Ce positionnement confirme que la France appartient aux pays de tête mais qu'elle demeure devancée par plusieurs pays européens comparables, notamment la Suisse et l'Espagne.

B. La dépense de santé et l'offre de soins n'expliquent pas tout

Dans ces conditions quels sont les éléments qui peuvent expliquer la moindre espérance de vie en France par rapport à des pays tout à fait comparable comme l'Espagne ou la Suisse ? Ici, les déterminants de santé peuvent nous éclairer utilement.



Lecture : l'analyse comparative invite à ne pas chercher l'explication uniquement dans le soin, mais dans les facteurs qui produisent la santé avant la maladie.

Même si la proportion de fumeurs chez les adultes en France a diminué au cours des vingt dernières années, passant de 30 % en 2010 à un peu plus de 25 % en 2020, le tabagisme en France reste à un niveau nettement au-dessus de la tendance observée

[74] Emmanuelle Cambois et Jean-Marie Robine, *« L'allongement de l'espérance de vie en Europe. Quelles conséquences pour l'état de santé ? »,* Revue d'épidémiologie et de santé publique (RESS), vol. 55, n° 1, 2017, p. 41-67, en ligne : https://journals.openedition.org/ress/3744 (consulté le 31 mai 2026).
[75] OMS, Global Health Observatory, *"Healthy life expectancy (HALE) at birth (years)"*, données 2021, mise à jour 2024, consulté en mai 2026.

parmi les pays de l'OCDE (23,1% de fumeurs quotidiens en France en 2024 contre 14,8% pour les pays de l'OCDE).

La France enregistre également des résultats médiocres pour la consommation d'alcool avec 10,4 litres consommés par personne de 15 ans et plus contre 8,5 litres pour la moyenne des pays de l'OCDE.

Le taux d'obésité, bien qu'inférieur à la moyenne de l'UE et de l'OCDE, a augmenté (un adulte sur sept était obèse en 2019 contre 9 % en 2000[76]). La proportion de jeunes Français déclarant avoir au moins une activité physique modérée tous les jours était la deuxième plus faible des pays de l'UE en 2022. Cette tendance est particulièrement marquée chez les jeunes filles : seulement 6 % des filles de 15 ans déclaraient exercer une activité physique au moins modérée, contre 15 % pour les garçons. En outre, 27 % seulement des adultes ont consacré au moins 150 minutes par semaine à une activité physique modérée en 2019, soit une proportion inférieure à celle de nombreux autres pays.

Les problématiques de santé mentale contribuent également à préciser la compréhension du positionnement français avec 13 personnes qui se suicident chaque année dans notre pays pour 100 000 habitants contre 11 décès par suicide en moyenne dans l'OCDE ; 18 % de la population française souffrait d'un problème de santé mentale en France en 2019, soit une part légèrement supérieure à la moyenne de l'UE. Surtout et malgré l'investissement des pouvoirs publics français rappelé plus haut, 9,7 % de nos concitoyens estiment que leur état de santé est mauvais voire très mauvais contre 8 % pour la tendance observée parmi les pays de l'OCDE.

Données OMS : les maladies non transmissibles imposent une prévention structurée et mesurable

L'OMS rappelle que les maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancers, diabète et maladies respiratoires chroniques) provoquent chaque année plus de 40 millions de décès dans le monde et constituent le principal groupe de causes de mortalité. Ces maladies sont étroitement liées à des facteurs comportementaux modifiables : tabac, alimentation défavorable, manque d'activité physique et usage nocif de l'alcool[77]. Elle propose une grille de suivi de la réponse des États autour d'indicateurs simples : des cibles nationales pour les maladies non transmissibles, un système fiable de données de mortalité, des enquêtes régulières sur les facteurs de risque, une stratégie nationale multisectorielle, une politique de réduction de la

[76] European Observatory on Health Systems and Policies, *France: Country Health Profile 2023 (State of Health in the EU)*, Copenhagen/Paris, European Observatory/OCDE, 15 décembre 2023, en ligne : https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/france-country-health-profile-2023, consulté le 7 avril 2026.

[77] World Health Organization. *Noncommunicable diseases progress monitor 2025*. Genève : OMS, 2025.

demande de tabac, des mesures de réduction de l'usage nocif de l'alcool, des politiques nutritionnelles, des campagnes d'activité physique, des protocoles de prise en charge des maladies chroniques en soins primaires, la disponibilité des médicaments essentiels et un programme de vaccination contre les papillomavirus humain (HPV).

Cette grille est particulièrement utile pour la France car elle permet de déplacer la prévention du registre de la déclaration d'intention vers celui de la redevabilité publique. Elle invite à construire un tableau de bord national de prévention primordiale, fondé non seulement sur des moyens engagés mais aussi sur des indicateurs d'exposition, de couverture, de participation et de résultats sanitaires.

Axe OMS	Indicateurs ou mesures suivis	Enjeu pour la France
Gouvernance	Cibles nationales, stratégie multisectorielle, données de mortalité, enquêtes de facteurs de risque	Rendre la politique de prévention mesurable et comparable
Tabac	Taxation, lieux sans tabac, avertissements sanitaires, interdiction de publicité	Réduire un facteur de risque où la France reste défavorablement située
Alcool	Fiscalité, disponibilité physique, restrictions de publicité	Agir sur une consommation supérieure à la moyenne OCDE
Nutrition	Reformulation, étiquetage, achats publics, marketing aux enfants, campagnes de masse	Passer de l'information à l'action sur l'environnement alimentaire
Activité physique	Campagnes et interventions de motivation	Soutenir le mouvement quotidien et les soins primaires
Soins primaires	Protocoles « maladies non-transmissibles » (MNT), hypertension, diabète, médicaments essentiels	Faire de la prévention un acte ordinaire de premier recours
Cancer	Vaccination HPV, dépistage et diagnostic précoce	Relier prévention primordiale, dépistage et traitement précoce

Source : Noncommunicable diseases progress monitor 2025 (OMS, 2025).

C. Quelques configurations nationales éclairantes

1. Allemagne : haut niveau de dépense, gouvernance fédérale et incitations par les caisses

L'Allemagne illustre une tension importante : elle consacre une part très élevée de son PIB à la santé, mais son espérance de vie reste inférieure à celle de plusieurs pays voisins. La note du conseiller pour les affaires sociales indique une dépense de santé de 12,7 % du PIB et une espérance de vie de 80,7 ans, contre 82,3 ans en France dans les données citées, ce qui montre qu'une dépense élevée ne garantit pas mécaniquement de meilleurs résultats de santé publique.

Le modèle allemand repose sur le Centre fédéral d'éducation pour la santé, l'Institut Robert Koch pour la surveillance épidémiologique et la Conférence nationale de prévention créée par la loi de de 2015. Cette dernière vise à coordonner l'État fédéral, les Länder, les organismes de sécurité sociale et les communes, avec une attention portée aux milieux de vie comme la crèche, l'école ou le travail. Une autre spécificité allemande tient au rôle des caisses d'assurance maladie. Depuis 2004, elles peuvent proposer des bonus pour les assurés participant à des actions de prévention, de dépistage, de vaccination, d'activité physique ou de promotion de comportements favorables à la santé. Ces dispositifs peuvent être utiles, mais la note du conseiller pour les affaires sociales souligne leur limite : ils risquent d'attirer prioritairement des assurés jeunes, sportifs et déjà favorisés, plutôt que les personnes les plus exposées aux risques.

2. Pays nordiques : prévention dans les milieux de vie et apprentissages précoces

Les pays nordiques témoignent de l'intérêt d'une prévention intégrée aux milieux de vie. En Suède, les centres de santé infantile suivent gratuitement la santé, la croissance et le développement de l'enfant jusqu'à l'entrée à l'école ; les vaccinations du programme national sont gratuites et enregistrées dans un registre national et les soins dentaires sont gratuits pour les enfants et les jeunes jusqu'à l'année de leurs 23 ans[78].

[78] Ambassades de France au Danemark, en Finlande, en Norvège et en Suède, Service régional affaires sociales et santé. *Les soins préventifs pour les enfants et la couverture maladie universelle.* Note CAS, *op. cit.*

La Suède illustre aussi une logique d'incitation plutôt que de pénalisation : absence de sanction financière pour la non-réalisation d'actions de prévention, mais développement de dispositifs comme le *« friskvårdsbidrag »*, allocation annuelle versée par l'employeur pour financer une activité physique, ou le *« friskvårdstimme »,* heure dédiée à l'activité physique ou à la relaxation sur le temps de travail[79].

Le Danemark et la Norvège offrent des exemples d'éducation à l'alimentation. Au Danemark, la matière *« Madkundskab »* associe cuisine, connaissance des aliments, santé, climat et choix de consommation ; en Norvège, l'enseignement *« Mat og helse »* représente 197 heures sur la scolarité et combine alimentation équilibrée, durabilité et dimensions culturelles des repas. Ces dispositifs montrent qu'une politique alimentaire ne peut pas se limiter à des messages sanitaires : elle doit construire des compétences pratiques et critiques[80].

Ces modèles ne sont cependant pas exempts de limites : on observe au Danemark une consommation élevée de bonbons et de boissons sucrées, ainsi qu'une consommation d'alcool préoccupante chez les jeunes ; en Norvège, plusieurs objectifs nutritionnels du plan national n'ont pas été atteints et les directives sur les repas scolaires sont inégalement appliquées.

3. Lignes de force des modèles étrangers territoriaux

Les modèles étrangers territoriaux invitent moins à importer un dispositif qu'à identifier des des lignes de force. Les démarches de type Marmot Places, Healthy Cities, Barcelona Salut als Barris, Accountable Communities for Health, Amsterdam Healthy Weight Approach ou Healthy Families NZ ont en commun plusieurs caractéristiques :

- elles partent d'un objectif explicite de réduction des inégalités ;
- elles formalisent une gouvernance intersectorielle ;
- elles s'appuient sur un diagnostic local objectivé ;
- elles associent les habitants et les acteurs communautaires ;
- elles disposent d'une capacité d'ingénierie ou d'animation dédiée ;
- elles s'inscrivent dans la durée ;
- elles reposent sur des financements plus stables que de simples appels à projets ;

[79] DAEI – Réseau des conseillers pour les affaires sociales. *Les mesures relatives à la pénalisation financière associée à la non-réalisation de certaines actions de prévention*. Note au 31 mai 2025.
[80] DAEI – Réseau des conseillers pour les affaires sociales. *L'éducation à l'alimentation dans les pays nordiques.* Note au 27 juin 2023.

- elles organisent enfin le suivi, l'évaluation et l'apprentissage collectif.

L'intérêt de ces expériences ne réside pas dans leur transposition mécanique, mais dans la grille d'exigences qu'elles proposent pour structurer une organisation territoriale de la prévention.

D. Repérer le risque plutôt que dépister indistinctement

Les comparaisons sur le diabète montrent que les pays n'adoptent pas tous une logique de dépistage systématique. Le Danemark ne dispose pas d'une stratégie nationale de dépistage systématique du diabète ; le médecin généraliste reste l'interlocuteur principal, avec recours à l'hémoglobine glyquée (HbA1c) ou à la glycémie à jeun selon les situations. La Finlande, confrontée à une prévalence élevée du diabète, a développé une approche de repérage du risque fondée notamment sur le score « FINDRISC » qui estime le risque individuel de diabète de type 2 à dix ans à partir de huit items : âge, indice de masse corporelle, tour de taille, antécédent d'hyperglycémie, antécédents familiaux, traitement antihypertenseur, activité physique et consommation de fruits et légumes.

Aux États-Unis, les recommandations de l'Association américaine professionnelle et scientifique dédiée à la recherche, la prévention et la prise en charge du diabète (ADA) et du groupe d'experts indépendants mandaté par le gouvernement fédéral américain pour élaborer des recommandations fondées sur les preuves en matière de prévention clinique (USPSTF) prévoient un dépistage à partir de 35 ans chez les adultes en surpoids ou obèses, en tenant compte des facteurs de risque additionnels. Ces exemples plaident pour une approche française combinant questionnaire de risque, repérage par les soins primaires, ciblage social et accompagnement dans la durée plutôt qu'un dépistage indifférencié.

E. L'enseignement transversal : réduire les inégalités par l'universalisme proportionné

L'OCDE montre que les facteurs de risque et l'accès à la prévention suivent un gradient social. Les personnes moins éduquées sont plus souvent en surpoids et fument davantage ; les personnes à bas revenus ont moins recours aux services préventifs, aux dépistages et aux soins dentaires ; et les besoins de soins non satisfaits pour raisons financières sont concentrés dans les ménages les plus modestes[81].

Les exemples nationaux confirment ce constat. En Allemagne, l'espérance de vie est fortement corrélée au revenu. Au Danemark, le surpoids infantile est plus fréquent dans les familles à bas revenus, chez les enfants dont les parents n'ont pas fait d'études et chez les enfants immigrés ou descendants d'immigrés. En Norvège, le diabète de type 2 est plus fréquent dans les groupes les moins éduqués et dans certains groupes issus de l'immigration.

Pour la France, la conséquence est majeure : une politique de prévention primordiale ne peut pas reposer seulement sur l'information individuelle. Elle doit agir sur les environnements, rendre les choix favorables plus accessibles, aller vers les publics éloignés et proportionner l'intensité des interventions aux niveaux d'exposition et de vulnérabilité.

F. Aucun modèle importable, mais des constantes utiles

Au final, aucune des comparaisons internationales qui ont été étudiées dans le cadre de la mission ne propose un modèle idéal et reproductible de système de prévention ; elles font apparaître néanmoins de manière convergente plusieurs recommandations structurantes pour la politique française de prévention primordiale :

Un pilotage interministériel clair et lisible de la prévention primordiale ;

Une prévention inscrite dans une logique d'investissement de long terme qui s'écarte d'une approche budgétaire soumise au principe d'annualité ;

[81] OCDE. *Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems*. OECD Health Policy Studies. Paris : Éditions OCDE, 2019.

Des actions structurelles renforcées sur les déterminants de santé, en complément des dispositifs d'information ;

Un principe d'universalisme proportionné à mettre en œuvre de manière systématique afin de réduire les inégalités sociales de santé ;

La définition et l'usage d'outils d'évaluation adaptés aux effets différés et multisectoriels de la prévention.

Les comparaisons internationales doivent être utilisées avec prudence. Aucun pays ne propose un modèle idéal que la France pourrait importer tel quel. Les systèmes diffèrent par leur organisation politique, leur culture administrative, leur financement, leurs normes sociales, leur niveau de décentralisation, leur système éducatif et leur rapport aux libertés individuelles. Toutefois, les comparaisons permettent d'identifier des constantes utiles.

Les pays scandinaves sont souvent cités pour la structuration de leurs services de santé scolaire, leurs politiques d'activité physique, leur approche territoriale et leur culture de la données Les pays anglo-saxons, et en particulier le Royaume-Uni, sont régulièrement mentionnés pour le programme « Making every contact count » (MECC), les évaluations de l'efficience et la capacité à produire des recommandations de santé publique. Le Canada est cité pour ses registres et ressources d'interventions probantes en promotion de la santé.

Ces références ne doivent pas masquer les limites. L'Allemagne combine fédéralisme, assurance maladie statutaire et accorde un rôle déterminant aux caisses d'assurance sociale. Le Royaume-Uni connaît d'importantes difficultés d'accès aux soins et de santé publique et il inscrit la prévention dans le cadre du National Health Service. Les pays nordiques ont des contextes sociaux et institutionnels spécifiques ; ils accordent une place importante aux régions et aux communes, à l'école et aux milieux de vie. La Suisse repose sur un modèle assurantiel et des restes à charge qui ne sont pas nécessairement compatibles avec le modèle français de solidarité. Singapour, souvent mentionné pour la donnée et les applications, soulève des questions de gouvernance, de libertés et d'acceptabilité.

La bonne utilisation du benchmark consiste donc à identifier des principes plutôt que des modèles : pilotage interministériel lisible, programmation pluriannuelle, données de qualité, registre d'interventions probantes, santé scolaire structurée, culture d'évaluation, formation des professionnels, action sur les environnements, universalisme proportionné, redevabilité publique et capacité de passage à l'échelle.

Ces principes peuvent nourrir la seconde partie du rapport sans conduire à une transposition mécanique. La France dispose d'atouts propres – assurance maladie

solidaire, réseau d’associations, collectivités, ARS, caisses, expertise scientifique – qu’il convient de mobiliser dans une architecture adaptée à son histoire administrative et sociale.

VI. Que retenir de cet état des lieux ?

A. Une nécessaire prise de conscience institutionnelle

Les déterminants éducatifs, socio-économiques, commerciaux et environnementaux pèsent fortement sur nos comportements. L'enjeu est de passer d'une prévention qui dit aux individus ce qu'ils devraient faire à une prévention qui rend les choix favorables à la santé possibles, accessibles et attractifs.

L'acte fondateur d'une réelle politique de prévention primordiale pourra se faire si nous prenons conscience :

- que notre santé est lié à 80% à notre environnement et à nos comportements et seulement à 20% à notre système de soins,que notre effort doit se faire vers la prévention primordiale et non vers le soin,
- qu'elle doit donc se trouver dans toutes nos politiques pour modifier nos environnements,
- que peu d'investissements vont vers la santé des enfants, des jeunes et des actifs, alors ce sont les populations qui en ont le plus besoin.
- que nous connaissons les principes à adopter, principes largement documentés par les travaux scientifiques et de recherche, et que d'autres pays ont adoptés avec des résultats probants.

B. Notre pays possède tous les atouts pour construire une politique de prévention primordiale

Le système français dispose d'abord d'un capital institutionnel et social considérable. Les acteurs sont nombreux, expérimentés et implantés ; ils portent déjà des actions significatives. Cette densité est une force : elle permet d'adapter les interventions aux territoires, d'associer les citoyens, de mobiliser les milieux de vie et de relier santé, social, éducation, sport, travail et environnement.

Deuxième atout : la France possède des dispositifs et programmes probants ou prometteurs. Compétences psychosociales, programmes d'activité physique, lutte

contre le tabagisme, vaccination, centres de prévention, contrats locaux de santé, Maisons Sport-Santé, actions de médiation et d'aller-vers, programmes de prévention personnalisée, initiatives territoriales de collectivités, outils de données et diagnostics territoriaux constituent un socle important.

Troisième atout : l'expertise scientifique et statistique existe. Les acteurs produisent des connaissances, cadres méthodologiques, évaluations et données. La difficulté n'est pas l'absence d'expertise ; elle est son articulation avec la décision, son transfert vers les territoires et sa traduction en critères d'allocation de ressources.

Quatrième atout : la conscience politique et citoyenne progresse. La consultation citoyenne révèle une attente de lisibilité, de proximité, de science, de démocratie et d'action concrète. Les acteurs ne demandent pas seulement davantage de campagnes ; ils demandent un modèle économique, une gouvernance, des financements, des métiers, des données, une régulation des environnements et une participation réelle.

C. Les limites qui appellent des propositions structurelles

La première limite est **l'absence de vision institutionnelle et de pilotage** pour les acteurs et les citoyens. Ceci explique la diversité des plans, l'absence de tableaux de bord et la complexité des financements.

La deuxième limite est **la fragmentation**. Elle affecte les métiers, les territoires, les effectifs et les responsabilités. Elle produit de la redondance, des angles morts, une faible lisibilité citoyenne et une difficulté à généraliser les initiatives.

La troisième limite est **l'absence de modèle économique**. La prévention primordiale n'est pas suffisamment reconnue comme prestation, investissement ou mission de service public.

La quatrième limite est l'**évaluation insuffisante**. Les indicateurs disponibles mesurent souvent l'activité, la participation ou la satisfaction, moins les effets sur les comportements, les environnements, les inégalités, les maladies évitables ou les coûts évités. Les méthodes d'évaluation existent, mais elles ne sont pas systématiquement anticipées, financées et adaptées.

La cinquième limite est la **non reconnaissance des métiers et des compétences**. Les professionnels de santé, de l'éducation, du social, du médico-social, du sport, du travail et des collectivités ne sont pas suffisamment formés à la prévention, aux interventions brèves, à la littératie en santé, aux compétences psychosociales, à l'évaluation et à

l'action intersectorielle. Les fonctions d'ingénierie territoriale, de médiation, de coordination et de courtage de connaissances restent trop peu reconnues.

D. Le diagnostic d'ensemble

L'état des lieux conduit à un diagnostic d'ensemble : la prévention primordiale en France est une politique publique en construction. Elle dispose d'acteurs, d'expertises, de dispositifs et de principes ; elle ne dispose pas encore d'un système pleinement structuré. Elle est reconnue comme priorité, mais insuffisamment financée. Elle n'est pas assez territorialisée, et inégalement outillée. Elle est documentée, mais imparfaitement évaluée. Elle est portée par de nombreux acteurs, mais sans pilotage suffisamment lisible. Elle est présentée comme levier de soutenabilité, mais demeure marginale dans les arbitrages budgétaires.

Les outre-mer constituent un révélateur des limites et des conditions de réussite du système national de prévention primordiale. Ils concentrent plusieurs défis identifiés dans l'ensemble du rapport : inégalités sociales et territoriales, données lacunaires, faiblesse de l'ingénierie, vulnérabilités environnementales, contraintes de mobilité, besoin de médiation, fragilité associative, nécessité d'un pilotage par la donnée et difficulté d'adapter les programmes nationaux à des contextes différenciés. Leur prise en compte ne relève donc pas d'un traitement périphérique ou compassionnel ; elle constitue un test de crédibilité pour une prévention territorialisée, équitable et soutenable. Une politique nationale qui prétend réduire les inégalités doit être capable de définir, pour les outre-mer, des diagnostics partagés, des objectifs propres, des leviers adaptés, des financements pérennes et une gouvernance renforcée.

La prévention primordiale ne pourra devenir une politique publique de plein exercice si elle demeure une politique conçue pour les citoyens sans être construite avec eux. Elle doit certes être mieux financée, mieux gouvernée, mieux évaluée et mieux outillée par les données ; mais elle doit aussi devenir une politique de confiance, d'appropriation et de pouvoir d'agir. La lisibilité des dispositifs, la qualité de l'information, la littératie en santé, la médiation, la participation des habitants, la reconnaissance des associations et la gouvernance démocratique des outils numériques conditionnent son efficacité. À défaut, la prévention risque de rester un consensus de principe, insuffisamment approprié par celles et ceux qu'elle prétend accompagner.

E. De l’état des lieux aux propositions : les critères d’une réforme crédible

Le diagnostic posé dans cette première partie appelle une seconde partie centrée sur les propositions. Pour éviter une juxtaposition de mesures, il est utile de dégager dès maintenant les critères d’une réforme crédible. Une proposition en matière de prévention primordiale devrait satisfaire six exigences : être lisible, financée, évaluée, territorialisée, équitable et gouvernée.

La lisibilité suppose que le citoyen comprenne ce qui lui est proposé, par qui, dans quel cadre et avec quel bénéfice attendu. Elle suppose également que les professionnels sachent vers qui orienter. Le financement suppose de sortir de la dépendance exclusive aux appels à projets et d’identifier des lignes pérennes, pluriannuelles et éventuellement sanctuarisées. L’évaluation suppose d’anticiper les indicateurs dès la conception, de financer l’évaluation et de choisir des méthodes proportionnées.

La territorialisation suppose de reconnaître la diversité des contextes sans abandonner l’égalité. Elle doit s’appuyer sur des diagnostics locaux, des données partagées, des contrats renforcés, des chefs de projet qualifiés et des financements socles. L’équité suppose d’appliquer l’universalisme proportionné : offrir à tous, mais intensifier pour ceux qui en ont le plus besoin. La gouvernance suppose enfin un portage interministériel au bon niveau, des responsabilités clarifiées et une redevabilité parlementaire.

Ces critères permettent de distinguer les mesures symboliques des mesures structurantes. Une campagne nationale sans relais territorial, sans action sur l’environnement et sans évaluation ne suffit pas. Une expérimentation locale sans financement de généralisation ne suffit pas. Un outil numérique sans médiation humaine ne suffit pas. Un plan sans indicateurs ni budget ne suffit pas. Une recommandation scientifique sans véhicule opérationnel ne suffit pas.

La première partie établit en définitive que la France est à un moment de bascule. **Les acteurs sont prêts, les connaissances existent, les citoyens expriment une attente, les finances publiques rendent l’inaction coûteuse, les comparaisons internationales montrent des marges de progrès**. La question n’est plus de savoir s’il faut prévenir ; elle est de savoir comment faire de la prévention primordiale une politique publique de plein exercice.

Deuxième partie - Ce que nous enseigne la science et les publications internationales

À l'échelle mondiale, les principaux organismes internationaux – notamment l'Organisation mondiale de la santé, les National Institutes of Health (NIH) aux États-Unis, le National Institute for Health and Care Research (NIHR) au Royaume-Uni, ainsi que plusieurs agences européennes – considèrent désormais que les principaux gains d'espérance de vie en bonne santé dépendront moins des innovations thérapeutiques que de la capacité à prévenir l'apparition des maladies et à réduire les facteurs de risque tout au long de la vie et ont donc engagé d'ambitieux programmes de recherche en prévention.

État des lieux de la recherche en prévention dans le monde et en France

Longtemps considérée comme un champ périphérique de la recherche biomédicale, la recherche prévention connaît depuis une vingtaine d'années une évolution majeure dans de nombreux pays ou instances internationales. Face à l'augmentation continue des maladies chroniques, au vieillissement des populations, à l'essor des maladies liées aux comportements et aux expositions environnementales ainsi qu'aux contraintes de soutenabilité des systèmes de santé, la prévention est progressivement devenue un objet de recherche à part entière.

Cette évolution s'accompagne d'un déplacement des priorités scientifiques. Alors que la recherche en prévention reposait historiquement sur l'épidémiologie descriptive et l'évaluation de facteurs de risque, elle mobilise aujourd'hui des disciplines beaucoup plus variées comme les sciences comportementales, les sciences sociales, l'économie de la santé, l'intelligence artificielle, sciences des données, santé environnementale, recherche participative ou encore plus récemment sciences de l'implémentation.

La recherche ne cherche plus seulement à démontrer qu'une intervention est efficace dans des conditions expérimentales ; elle cherche également à comprendre comment cette intervention peut être déployée à grande échelle, adaptée aux différents contextes sociaux et territoriaux, acceptée par les populations et maintenue dans le temps. Cette évolution marque l'articulation entre une recherche produisant une évidence scientifique (production de preuves d'efficacité « evidence génération ») à une recherche de l'utilisation des preuves (« evidence implementation »).

I. La santé des populations (Population Health)

II. Les Principes d'actions

I. La santé des population (Population Health)

L'une des évolutions les plus structurantes est l'essor de la recherche interventionnelle en santé des populations (Population Health Intervention Research). Portée en France par l'Institut National du Cancer (INCa), puis reprise par d'autres institutions de soutien à la recherche cette recherche s'est progressivement imposée en France comme une approche innovante et majeure en prévention

Contrairement aux essais cliniques classiques, cette approche s'intéresse aux interventions complexes mises en œuvre dans les conditions réelles (cf. Infra) : programmes scolaires, politiques fiscales, urbanisme favorable à la santé, actions territoriales, campagnes de prévention, organisation des soins primaires ou dispositifs de coordination.

L'objectif n'est plus seulement d'évaluer l'efficacité d'une intervention mais également son équité, sa transférabilité, son acceptabilité par les publics cibles, son coût, sa soutenabilité et les conditions de son déploiement.

Cette évolution rapproche progressivement la recherche en prévention des sciences de l'implémentation, qui constituent aujourd'hui un champ scientifique en plein essor. Leur ambition est de réduire le délai, souvent estimé à plus de quinze années, entre la production d'une connaissance scientifique et son adoption effective dans les pratiques professionnelles ou les politiques publiques (notion de knowledge transfer).

A. Émergence et définition du concept

Cette approche a profondément influencé les réformes contemporaines des systèmes de santé, notamment dans les domaines de la prévention, de la réduction des inégalités sociales de santé et de l'organisation des services autour des besoins des populations

Le concept de *Population Health* s'est imposé depuis les années 1990 dans plusieurs pays anglo-saxons (Canada, États-Unis, Royaume-Uni, Australie, Nouvelle-Zélande) comme un cadre structurant de transformation des politiques de santé. Il marque une rupture avec une conception historiquement centrée sur le système de soins et la prise en charge des maladies, en proposant une approche systémique fondée sur la production globale de santé rompant en cela avec les systèmes de soins axés sur la production de soins en réponse à une demande.

En 1994, John Frank et James Fraser Mustard ont proposé une nouvelle définition de la santé des populations, désignant ainsi les résultats de santé d'un groupe d'individus, ainsi que leur distribution au sein de ce groupe. Cette double dimension est essentielle : il ne s'agit pas uniquement d'améliorer les moyennes de santé (espérance de vie, morbidité, bien-être), mais également de réduire les inégalités entre groupes sociaux, territoriaux ou générationnels.

La santé des populations repose sur une idée fondamentale : l'état de santé d'une population résulte d'un ensemble complexe de déterminants biologiques, comportementaux, sociaux, économiques, environnementaux et organisationnels. Dès lors, l'amélioration durable de la santé collective nécessite d'agir simultanément sur ces différents facteurs et non uniquement sur l'offre de soins. Par ailleurs, elle se conçoit différemment de la somme des santés individuelles de chacun des individus.

Dans la continuité de cette définition, The King's Fund propose une approche opérationnelle qui définit la santé des populations comme une démarche visant simultanément l'amélioration de la santé, du bien-être et la réduction des inégalités, à l'échelle de populations définies, en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés. La santé des populations est ainsi définie comme « une approche visant à améliorer la santé physique et mentale, le bien-être et à réduire les inégalités de santé au sein d'une population donnée ».

La santé d'une population repose donc sur 3 objectifs stratégiques indissociables : améliorer la santé globale, améliorer le bien-être et réduire les inégalités.

La performance d'un système ne se mesure plus seulement par le nombre d'actes réalisés, les délais d'accès ou les volumes d'activité qui sont autant d'indicateurs d'un système productiviste, mais elle se mesure surtout par l'espérance de vie, l'espérance de vie en bonne santé, la qualité de vie, le niveau de bien-être, la réduction des écarts entre groupes sociaux.

Il s'agit donc d'une approche systémique visant à améliorer simultanément les résultats de santé physique et mentale qui implique une action conjointe sur la prévention de la maladie, l'organisation des services de santé et l'intervention sur les déterminants dits « structurels » ou « sociaux » de la santé. La santé des populations correspond à une démarche visant l'amélioration de la santé d'une population définie, à différents niveaux territoriaux (local, régional ou national), en intégrant la réduction des inégalités et l'action sur les déterminants larges de la santé. Cette approche suppose également une coopération étroite avec les communautés et l'ensemble des partenaires institutionnels et sociaux concernés.

B. Santé publique, santé des populations et gestion de la santé des populations

La santé des populations est souvent confondue avec la santé publique (*public health*). La santé publique renvoie principalement aux fonctions spécialisées de surveillance, de prévention et de protection sanitaire assurées par des professionnels et institutions dédiés. Elle se réfère donc à l'organisation du système et la gestion des fonctions principales (Core functions). La santé des populations, en revanche, dépasse ce périmètre professionnel et sectoriel en impliquant une pluralité d'acteurs, incluant les systèmes de santé, les collectivités territoriales, les organisations communautaires et les responsables politiques. Elle constitue ainsi un cadre d'action intersectoriel, et non une compétence exclusivement sanitaire. Elle constitue donc le cadre d'une politique de santé dont l'objectif est l'amélioration de l'état de santé de la population et non l'amélioration d'un système.

Une autre distinction importante concerne la *population health management*, qui constitue une déclinaison plus opérationnelle et instrumentale. Celle-ci repose sur l'exploitation des données de santé afin d'identifier des sous-groupes de population à risque ou à forte consommation de soins, dans le but de cibler des interventions spécifiques, notamment préventives. Il s'agit donc d'un outil de gestion et de priorisation, et non d'une approche globale des déterminants de santé. Ce management de l'état de santé suppose donc la mise en place d'un système d'information fondé sur des indicateurs de résultats, monitorés dans le temps et accessibles à l'ensemble des parties prenantes.

La *Population Health* constitue ainsi un cadre plus large, systémique et politique que ces deux approches.

C. Une rupture avec le modèle biomédical classique

La santé des populations s'inscrit en opposition relative avec le modèle biomédical traditionnel, centré sur l'individu malade et l'intervention curative en réponse à une maladie. Elle considère que les systèmes de soins ne produisent qu'une part limitée de l'état de santé d'une population, les déterminants principaux se situant en amont du recours aux soins.

Cette perspective conduit à déplacer le centre de gravité des politiques de santé : il ne s'agit plus seulement de soigner efficacement, mais de produire de la santé en agissant sur les causes profondes des maladies et des inégalités.

L'enjeu est de passer d'un « système de soins » à un « système de santé », dans lequel les services médicaux ne constituent qu'un élément d'un ensemble plus vaste de production de santé.

D. Les déterminants de santé : une approche multidimensionnelle

L'un des fondements majeurs de la santé des populations réside dans la reconnaissance du rôle déterminant de facteurs multiples, largement extérieurs au système de soins. De nombreux auteurs ont établi un recensement des différents déterminants de la santé (Whitehead) et des institutions ont établi des poids relatifs des différents déterminants de la santé.

Quatre grands ensembles de déterminants structurent cette approche :

- **Les déterminants sociaux et économiques**, incluant le revenu, l'éducation, l'emploi, le logement et les conditions de vie ;
- **Les comportements de santé**, tels que l'alimentation, l'activité physique, le tabagisme ou la consommation d'alcool ;
- **Les environnements et communautés**, comprenant le cadre de vie, le capital social, les réseaux relationnels et la cohésion communautaire ;
- **Les systèmes de santé et de soins intégrés**, qui assurent la prise en charge mais doivent être repensés dans une logique de coordination et de parcours.
- **Plus récemment, les déterminants commerciaux de la santé** ont été intégrés aux différents modèlle de santé et jouent un rôle déterminant dans les arbitrages individuels et collectifs expliquant les comportements de santé.

Ces déterminants interagissent entre eux, ce qui justifie une approche systémique et non sectorielle de la santé.

E. L'amélioration de la santé des populations

L'amélioration de la santé des populations repose sur l'action combinée de quatre grands ensembles de déterminants. Les premiers et les plus structurants sont les déterminants sociaux et économiques, tels que le revenu, l'éducation, le logement ou les conditions de transport. Viennent ensuite les comportements individuels de santé, incluant le tabagisme, l'alimentation, la consommation d'alcool et l'activité physique, qui influencent fortement la morbidité et la mortalité. Le troisième ensemble concerne les environnements de vie, c'est-à-dire les caractéristiques des lieux et des communautés, incluant les dynamiques sociales et les réseaux relationnels, qui jouent un rôle important sur la santé physique et mentale. Enfin, le quatrième pilier correspond à l'organisation intégrée des systèmes de santé et de soins, devenue essentielle face à la progression des maladies chroniques multiples et à la nécessité de coordonner les parcours de soins.

Ainsi, une approche efficace de santé des populations requiert une action simultanée sur ces quatre dimensions ainsi que sur leurs interactions (intersections entre les 4 piliers). Elle implique ainsi une transformation des politiques publiques et des modes d'aménagement des territoires, comme l'illustrent les démarches intégrées de type Healthy New Towns, qui combinent urbanisme, accessibilité, qualité de vie et prévention.

Dans cette perspective, la santé des populations doit être envisagée comme un système complexe nécessitant une gouvernance et une action multi-niveaux (multi level) et une action menée sur les différents leviers disponibles (multilevel). Les responsabilités sont en effet réparties entre les niveaux national (politiques publiques et agences centrales), régional (systèmes intégrés de soins et de santé) et local (collectivités, acteurs communautaires et leaders territoriaux). Cette dispersion des leviers d'action rend indispensable une coordination forte entre les acteurs.

F. Les principes structurants de la santé des populations

1. Orientation avec les résultats de santé

L'évaluation des systèmes de santé axé sur la santé des populations doit reposer désormais sur des indicateurs de résultats de santé tels que l'espérance de vie,

l'espérance de vie en bonne santé, la qualité de vie, la santé mentale et le bien-être, plutôt que sur les seuls volumes d'activité médicale. Ces indicateurs peuvent être généraux au niveau national mais nécessitent d'être adaptés localement pour être pertinents face à des populations et des déterminants variés.

Public health England a ainsi élaboré pour chaque collectivité des tableaux de bord permettant aux élus et responsables politiques de suivre la santé des populations concernées par des interventions.

L'objectif est ainsi de mettre en place un pilotage des actions de santé par les données.

2. Réduction des inégalités

La réduction des inégalités sociales de santé constitue un objectif central d'un système de santé. Deux populations peuvent présenter des moyennes similaires tout en connaissant des écarts majeurs de santé entre groupes sociaux. C'est le cas en France où l'espérance de vie est de 13 ans supérieure pour le vingtile d'hommes ayant les revenus les plus élevés par rapport au vingtile inférieur (9 ans chez les femmes).

De même, les rapports successifs de la DREES ont montré les risques très supérieur (de 3 à 1,5 fois), d'être diagnostiqué avec une maladie chronique, de vivre avec ou d'en décéder. La santé des populations intègre donc explicitement la question de la distribution des résultats et nécessitent des indicateurs intégrant la distribution de l'ensemble des déterminants de la santé.

3. Approche intersectorielle

L'approche intersectorielle est une composante essentielle de la santé des populations puisqu'elle permet de déterminer un principe d'action. Compte tenu de la diversité des déterminants de la santé, la santé devient un objectif partagé entre politiques publiques, mobilisant l'éducation, l'urbanisme, le logement, les transports, l'environnement et l'emploi. Cette logique est formalisée par le concept de *Health in All Policies*, principe d'action proposé par l'OMS (déclaration d'Alma-Alta 1976, Charte d'Otawa 1986, 2006).

4. Approche du parcours de vie

La santé est influencée par les conditions rencontrées tout au long de la vie (période prénatale, enfance, adolescence, âge adulte et vieillissement), ce qui justifie des interventions précoces et continues et le concept de parcours de santé en regard du parcours de soin. Ces interventions peuvent être évaluées par leur retour sur investissement (ROI) et leur délai d'obtention du résultat. Cette combinatoire a été théorisée par Heckman sous le terme d'équation d'Heckman (Invest+Develop+Sustain = gain) montrant l'intérêt des politiques d'éducation dès le plus jeune âge.

5. Responsabilité collective plutôt que contrainte individuelle

La santé est considérée comme le produit d'interactions entre comportements individuels et structures sociales. Les choix individuels sont fortement conditionnés par les contextes sociaux, économiques et environnementaux. Ainsi les politiques de responsabilisation, ou les politiques visant à faire changer les comportements individuels sont-elles peu opérantes au regard des politiques visant à modifier les environnements alors qu'elles comportent le risque de pénaliser les populations les plus en difficulté et les plus éloignées du système de santé. Cette opposition entre i-frame (approche individuelle de la prévention reposant sur la responsabilisation, la contrainte ou les nudges) et le s-frame (approche de la prévention par action sur les déterminants éloignés (wider determinants) a été mise en évidence par Chater et Lowenstein (The i-Frame and the s-Frame: How Focusing on Individual-Level Solutions Has Led Behavioral Public Policy Astray).

G. Implications pour les systèmes de santé

La santé des populations transforme profondément les modalités d'évaluation et de pilotage des systèmes de santé. Orientés principalement sur le recueil de données d'activité voire de facturation comme en France, les systèmes de santé doivent modifier à la fois leurs objectifs stratégiques, leurs modes d'action et le recueil de données permettant de juger de leur impact réel sur la santé de la population autour des questions centrales que sont : la population est-elle en meilleure santé ? Les inégalités

diminuent-elles ? L'espérance de vie en bonne santé à la naissance progresse-t-elle plus ou aussi vite que l'espérance de vie ? Le système produit-il de la valeur collective ?

Cette évolution a conduit à des réformes majeures dans plusieurs pays, notamment au Royaume-Uni et au Canada, avec le développement de systèmes intégrés de santé comme en Espagne.

H. Le cadre du King's Fund : une vision systémique

Le rapport *A Vision for Population Health* du King's Fund constitue une référence majeure en Europe. Il propose une transformation structurelle des systèmes de santé reposant sur quatre piliers :

- **Déterminants sociaux de la santé** (facteurs économiques et sociaux structurants) ;
- **Comportements et modes de vie** (influencés par le contexte social) ;
- **Communautés et lieux de vie** (capital social, cohésion, environnement local) ;
- **Systèmes de santé intégrés** (soins organisés en parcours coordonnés).

Ce modèle met en évidence un déséquilibre historique en faveur des soins au détriment des déterminants amont, appelant à un rééquilibrage des investissements publics.

I. Gouvernance et responsabilité populationnelle

La santé des populations implique une gouvernance multi-niveaux articulant : le niveau national (stratégies, politiques publiques), le niveau régional (systèmes intégrés de santé), le niveau local (territoires, collectivités, acteurs communautaires), mettant en œuvre des politiques permettant d'atteindre des objectifs stratégiques définis au niveau national.

Elle repose donc sur une responsabilité populationnelle partagée entre l'ensemble des acteurs publics, sociaux et économiques d'un territoire. Cette logique est au cœur des *Integrated Care Systems* (ICS) au Royaume-Uni et des dispositifs contemporains de coordination territoriale ainsi que du plan santé québécois ou du plan de prévention australien.

L'approche par la santé des populations suppose donc un état stratège fixant les priorités de santé et des collectivités territoriales, responsables de la mise en œuvre de politiques locales permettant de mettre en œuvre la stratégie.

C'est le modèle retenu pour le plan prévention des chutes, qui prévoyait en 3 ans une réduction de 20% des 10 000 chutes annuelles mobilisant les gérontopoles. Les indicateurs fournis par Santé Publique France montrent la difficulté de mettre en œuvre un tel modèle dans un pays comme la France.

J. Limites et défis de mise en œuvre

Ainsi, malgré sa cohérence conceptuelle, la santé des populations se heurte à des difficultés majeures de mise en œuvre. Les principaux déterminants de santé (pauvreté, logement, éducation, emploi) relèvent en grande partie de politiques publiques extérieures au champ sanitaire, politiques qui ne se sentent pas redevable de la santé de la population, la santé n'étant que rarement un paramètre de politiques relevant d'objectifs sectoriels.

Il s'agit pourtant du seul cadre d'action permettant d'envisager une augmentation de l'espérance de vie en bonne santé, une réduction de la prévalence des maladies chroniques, et donc une moindre pression sur le système de soins.

K. Deux exemples de plans nationaux mettant en œuvre le concept de santé de la population

Les évolutions récentes des politiques de santé traduisent une reconnaissance croissante de cette approche intégrée. Au Royaume-Uni, la création des Integrated Care Systems (ICS) et leur inscription dans un cadre légal par le Health and Care Act 2022 illustrent cette volonté de structurer des systèmes territoriaux responsables de la santé des populations et de la réduction des inégalités. Parallèlement, des institutions telles que l'Office for Health Improvement and Disparities (OHID) renforcent la coordination interministérielle autour des déterminants de santé.

Deux plans nationaux mettent en œuvre les principes sous-jacents à l'approche par la santé des populations. Le plan santé québécois complété par un plan spécifique

concernant la prévention montre l'articulation nécessaire avec le système de soins mais aussi la prééminence de cette approche sur celle par les soins

Le plan de prévention australien portant sur la période 2021-2030 (National Preventive Health Strategy 2021–2030) reprend les mêmes arguments que le plan québécois s'appuyant sur la nécessité de construire un système résilient, préparé aux agressions comme l'a été la pandémie de COVID et s'appuyant sur l'espérance de vie en bonne santé

Il faut remarquer que ces trois plans élaborés au sortir de la crise COVID tirent les leçons de cette crise et mettent en avant la nécessité d'une population en bonne santé tant pour soulager le système de soins que d'éviter la grande sensibilité des populations aux stress qu'ils soient épidémiques, climatiques ou budgétaires. Ils ont été élaborés en même temps que la stratégie nationale de santé en France, stratégie non publiée à ce jour.

1. La prévention et l'amélioration de la santé de la population dans le Plan Santé du Québec (2022)

Bien que le *Plan santé du Québec* soit souvent présenté comme une réforme organisationnelle visant à améliorer l'accès aux soins et la performance du système, il comporte également une dimension importante de santé publique. Le gouvernement québécois considère en effet que la soutenabilité du système de santé dépend non seulement de sa capacité à traiter les maladies, mais également de sa capacité à prévenir leur apparition, à maintenir l'autonomie des personnes et à agir sur les déterminants de la santé. Ce plan est complété par un plan spécifique à la prévention.

La prévention est ainsi conçue comme un investissement permettant simultanément d'améliorer l'état de santé de la population, de réduire les inégalités sociales de santé et de contenir la croissance future des dépenses de santé. Il réponde en cela aux principes de santé des populations (cf. Supra).

a) Une reconnaissance explicite de la prévention comme fonction stratégique

Le plan rompt clairement avec une vision exclusivement curative du système de santé. Il souligne que le vieillissement démographique, l'augmentation des maladies chroniques et les conséquences sanitaires de la pandémie rendent indispensable un renforcement des activités de prévention, ne serait-ce que pour assurer la soutenabilité du système de soins.

Cette orientation se traduit par une volonté de préserver la santé avant l'apparition des maladies, retarder la perte d'autonomie, diminuer les besoins futurs de soins, renforcer la résilience des populations face aux crises sanitaires.

La pandémie est présentée comme une démonstration de l'importance stratégique de la santé publique et des interventions préventives.

b) Le réinvestissement dans la santé publique

Le plan rappelle que le Québec a procédé au cours des années précédentes à un réinvestissement significatif dans les fonctions de santé publique qu'il s'agisse de la surveillance de l'état de santé de la population, la prévention des maladies infectieuses, la vaccination, la promotion des habitudes de vie favorables à la santé, les interventions auprès des populations vulnérables ou la préparation aux urgences sanitaires.

Le plan prévoit de corriger les réductions budgétaires antérieures afin de rétablir les capacités d'intervention de la santé publique (core functions).

c) La promotion des saines habitudes de vie

Le plan identifie la détérioration des habitudes de vie observée pendant la pandémie comme un facteur majeur de risque pour la santé future des Québécois. Cinq déterminants liés à des comportements individuels sont identifiés et ferton l'objet d'interventions dans le cadre de ce plan santé : la promotion de l'activité physique, le retour à une alimentation saine, la lutte contre la sédentarité, la prévention de l'obésité, la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires.

L'objectif affiché est la lutte contre l'apparition des maladies chroniques (réduction de l'incidence) comme moyen essentiel de réduire la charge future de morbidité et la pression sur le système de soins.

d) La prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées

L'un des axes les plus développés du plan concerne le vieillissement de la population.

Le Québec anticipe une augmentation majeure de la proportion des personnes âgées de plus de 70 ans, qui pourrait atteindre plus de 20 % de la population d'ici 2035.

Face à cette évolution démographique, le plan privilégie une stratégie préventive fondée sur :

- **Le vieillissement actif** avec le maintien des capacités fonctionnelles avant toute altération, la prévention des situations de fragilité et le maintien de l'autonomie.
- **Le soutien à domicile.** Le soutien à domicile est présenté comme un outil de prévention permettant d'éviter l'institutionnalisation précoce, de réduire les hospitalisations évitables, de préserver la qualité de vie et de limiter les complications liées à la perte d'autonomie.

e) Une priorité accordée à la santé mentale

Le plan reconnaît que les conséquences psychologiques et sociales de la pandémie constituent un enjeu majeur de santé publique. La dégradation des indicateurs de santé mentale dans la population justifie une politique de prévention primordiale axée sur les déterminants de la santé mentale plus que sur sa prise en charge : promotion du bien-être psychologique, lutte contre l'isolement, développement des facteurs de protection sont des axes forts de ce plan

Ces actions sont complétées par des actions de prévention secondaire et tertiaire : repérage précoce des troubles psychiques, amélioration de l'accès aux services, intervention rapide auprès des populations à risque, limitation des complications, réduction du risque de chronicisation.

Le plan s'appuie sur une approche populationnelle identifiant les populations à risque (jeunes, personnes âgées et populations vulnérables).

f) L'intervention précoce auprès des enfants et des jeunes

La pandémie a mis en évidence les conséquences des retards de dépistage et d'intervention chez les enfants.

Le plan prévoit ainsi de renforcer le dépistage précoce des troubles du développement, les interventions auprès des familles vulnérables, les services de proximité, la prévention des difficultés psychosociales.

Cette orientation s'inscrit dans une logique de prévention tout au long du parcours de vie, reposant sur l'idée qu'une intervention précoce génère des bénéfices sanitaires et sociaux durables (cf. supra Équation d'Heckman).

g) Une approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé

Même si le plan demeure principalement centré sur le système de santé, il reconnaît explicitement l'importance des facteurs sociaux dans la production de la santé. Les conséquences de la pandémie sur différents déterminants :revenus, emploi, relations sociales, violences familiales ou isolement sont analysées comme des facteurs ayant des répercussions directes sur la santé physique et mentale des populations et qui doivent être modifiés par des actions intersectorielles associant, le système de santé, les services sociaux, le système éducatif, collectivités locales et organismes communautaires.

h) Les organismes communautaires comme acteurs de la prévention

Le plan accorde une place importante aux organismes communautaires dont le rôle est considéré comme essentiel pour joindre les populations vulnérables, promouvoir la

santé, renforcer le soutien social, lutter contre l'exclusion, favoriser la participation citoyenne.

Le gouvernement rappelle avoir augmenté significativement leur financement au cours des années précédentes.

i) Le développement des données populationnelles

Le plan introduit l'utilisation des données pour piloter les politiques de santé publique comme une dimension innovante en matière de prévention :

Les objectifs sont mieux connaître les besoins des populations pour construire un système axé sur les besoins et non la demande, identifier les groupes à risque sur la base de données sociales, économiques et territoriales, mesurer les inégalités de santé à différents échelons territoriaux, évaluer l'impact des interventions préventives et soutenir une prise de décision fondée sur les données probantes.

La modernisation des systèmes d'information est ainsi présentée comme un levier d'amélioration essentiel et indispensable de la santé populationnelle.

j) Enseignements de l'exemple québécois

Le plan santé québécois repose très fortement sur le concept de santé des populations. Alors qu'il concerne la réorganisation de l'ensemble du système de santé, ce plan présente trois caractéristiques particulièrement intéressantes.

- **Une vision populationnelle**

La santé n'est pas seulement appréhendée à travers les soins individuels mais comme un objectif collectif nécessitant des interventions sur l'ensemble du parcours de vie

- **Une articulation entre prévention et soutenabilité**

Le plan établit explicitement un lien entre amélioration de la santé de la population et maîtrise à long terme des dépenses publiques.

- **Une conception large de la prévention**

La prévention ne se limite pas aux campagnes de santé publique. Elle décrit une approche systémique comportant différents aspects de la santé de la population en

privilégiant l'approche par les déterminants et notamment les modifications des milieux de vie.

- **Une gouvernance mettant en œuvre un état stratège et des collectivités en charge de la santé des populations**

La gouvernance constitue un des axes forts du plan québécois. Les collectivités locales sont en charge de la santé de leurs populations et les opérateurs en sont les organisations communautaires pilotées par les collectivités territoriales.

Le Plan santé du Québec fait de la prévention un levier stratégique de transformation du système de santé. Sa particularité est de dépasser une conception biomédicale classique de la prévention pour adopter une approche populationnelle intégrant le vieillissement actif, la santé mentale, le soutien à domicile, l'intervention précoce auprès des jeunes, les déterminants sociaux de la santé et le développement des capacités de santé publique. Cette orientation rapproche le Québec des modèles les plus avancés de « santé dans toutes les politiques » et de promotion de la santé inspirés de la Charte d'Ottawa, même si le cœur du plan demeure avant tout une réforme organisationnelle du système de soins.

2. The National Préventive health Strategy : dessiner la santé de l'Australie

L'ambition du plan australien est affichée clairement puisqu'il s'agit d'agir sur la santé du pays 'Australia's health et pour cela agir sur la santé des communautés rejoignant en cela l'approche communautaire des canadiens. Il positionne la prévention comme un levier central pour améliorer la santé et le bien-être de la population, réduire les inégalités de santé, répondre à l'augmentation du fardeau des maladies et mieux préparer le pays aux menaces sanitaires émergentes.

Le plan australien pose les bases de l'intérêt d'aborder la santé de la population. Notamment, le plan rappelé la valeur de la santé et du maintien de la santé tout au long de la vie, de la période prénatale jusqu'au grand âge. Il précise que la santé ne se réduit pas à l'absence de maladie ou de blessure, mais renvoie à un état de bien-être physique, mental et social, auquel s'ajoute, pour les Aboriginal and Torres Strait Islander people et d'autres communautés, une dimension de bien-être culturel.

Le texte indique que des Australiens en bonne santé sont davantage en mesure de mener une vie pleine et productive et de participer à la vie de leur communauté, à l'éducation et à l'emploi. Il relie cet état de santé à une diminution de la pression sur les systèmes de santé et d'aged care, ainsi qu'à des bénéfices économiques. Il mentionne, à ce titre, une estimation prudente de la Productivity Commission selon laquelle le PIB pourrait augmenter de 4 milliards de dollars par an si l'état de santé des personnes en santé moyenne ou mauvaise s'améliorait.

Ainsi une population en bonne santé, dans cette perspective contribue au développement du pays et lui permet de répondre aux différents stress, qu'il s'agisse du stress démographique, des stress environnementaux, du stress économique en augmentant le PIB du pays ainsi que des stress liés à des épidémies.

Le document précise enfin que le système de santé est actuellement principalement orienté vers le traitement de la maladie et qu'il doit être rééquilibré par un investissement accru dans la prévention. Il relie la santé des personnes aux circonstances dans lesquelles elles grandissent, vivent, travaillent, jouent et vieillissent, en insistant sur les wider determinants of health. Il souligne que les inégalités touchent particulièrement certains groupes de population et qu'un principe d'équité en santé doit être appliqué à l'ensemble de l'action préventive.

a) Une vision globale de la santé

La stratégie australienne énonce une vision : améliorer la santé et le bien-être de tous les Australiens, à tous les stades de la vie, par la prévention. Cette vision est déclinée en quatre objectifs stratégiques : offrir à tous le meilleur départ dans la vie, permettre à tous de vivre en bonne santé et dans le bien-être aussi longtemps que possible, atteindre l'équité en santé pour les populations prioritaires, accroître l'investissement dans la prévention. Le texte associe à ces objectifs des cibles mesurables à l'horizon 2030 ou 2031, ainsi qu'un jalon financier portant l'investissement en santé préventive à 5 % des dépenses totales de santé des gouvernements du Commonwealth, des États et des Territoires d'ici 2030. Enfin, la National Preventive Health Strategy est présentée comme une réponse systémique et de long terme destinée à renforcer le système de prévention. Il indique qu'il implique l'ensemble du gouvernement et que la stratégie contribue au troisième pilier de Australia's Long Term National Health Plan et qu'elle s'aligne sur le National Health Reform Agreement 2020-25, le Primary Health Care 10

Year Plan, le National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Plan et le National Agreement on Closing the Gap.

Le document précise que la stratégie fournit l'approche générale et de long terme de la prévention en Australie et qu'elle vise à produire un changement systémique pour de meilleurs résultats d'ici 2030. Il présente la prévention comme un effort collectif et complet qui dépasse le seul secteur de la santé.

Le texte indique que la responsabilité du changement d'ici 2030 est partagée entre tous les niveaux de gouvernement, le secteur non gouvernemental, la recherche et le monde académique, le secteur privé, les industries, les communautés et les individus. Il présente la stratégie comme une stratégie pour tous les Australiens, quels que soient leur profil et leur lieu de résidence.

b) Une vision globale de la santé permettant de fixer des objectifs populationnels ambitieux

La stratégie australienne fixe des objectifs clairs et mesurables par des indicateurs. Ces objectifs s'appliquent soit à l'ensemble de la population soit à des populations particulières (enfants et adolescents, population autochtone).

Le premier objectif est que tous les Australiens aient le meilleur départ dans la vie. Le texte y associe trois cibles : augmentation d'au moins 2 % de la proportion des 25 premières années vécues en pleine santé d'ici 2030 ; hausse à au moins 91 % de la proportion de bébés Aboriginal and Torres Strait Islander ayant un poids de naissance sain d'ici 2031 ; augmentation d'au moins 3,5 % de la proportion des 0-4 ans vécus en pleine santé d'ici 2030.

Le deuxième objectif est que tous les Australiens vivent en bonne santé et dans le bien-être aussi longtemps que possible. La cible associée est un gain d'au moins deux années de vie vécues en pleine santé d'ici 2030.

Le troisième objectif est l'atteinte de l'équité en santé pour les populations prioritaires. Le texte y associe trois cibles : au moins trois années supplémentaires de vie vécue en pleine santé d'ici 2030 pour les Australiens appartenant aux deux quintiles de revenu les plus faibles, pour ceux vivant dans les zones régionales et éloignées, et pour les Aboriginal and Torres Strait Islander people.

Le quatrième objectif est l'augmentation de l'investissement dans la prévention. Le document précise que cet objectif est sous-tendu par une hausse de l'investissement en santé préventive jusqu'à 5 % des dépenses totales de santé des gouvernements du Commonwealth, des États et des Territoires d'ici 2030.

c) Une politique reposant sur des principes structurants et un cadre d'action fondé sur les déterminants de la santé

La *National Preventive Health Strategy* expose sept principes qui doivent guider la mise en oeuvre : collaboration multisectorielle, activation de la workforce, participation des communautés, autonomisation et soutien des Australiens, adaptation aux menaces émergentes et aux nouvelles connaissances, recours systématique à une grille d'équité, et intégration de la dimension numérique sous-tendent les principales actions de cette stratégie.

La stratégie rattache la mauvaise santé à des déterminants larges (wider determinants) tels que les facteurs sociaux, environnementaux, structurels, économiques, culturels, biomédicaux, commerciaux et numériques. Elle identifie aussi des populations prioritaires exposées à un fardeau de maladie disproportionné, notamment les Aboriginal and Torres Strait Islander people, les personnes vivant en zones rurales et éloignées, les personnes en situation de désavantage socio économique, les personnes vivant avec un trouble mental, les personnes en situation de handicap, les personnes LGBTQI+ et les personnes issues de milieux culturellement et linguistiquement divers.

Pour les déterminants sociaux, le texte examine notamment la situation familiale, les conditions de la petite enfance, le logement, les conditions de travail et le soutien social. Pour les déterminants environnementaux, il distingue environnement naturel et environnement bâti et traite, entre autres, du changement climatique, du rayonnement UV, de la biodiversité, de la pollution de l'air, des maladies vectorielles, de l'urbanisme, de la marchabilité, des transports, des espaces verts, des environnements alimentaires et des ressources en eau.

Le document présente aussi des déterminants structurels, tels que le coût des soins, la disponibilité et la qualité des services, le racisme et la discrimination systémiques, la littératie en santé et la localisation géographique. Il rattache aux déterminants économiques l'éducation, l'emploi, l'occupation et le revenu.

Le texte accorde une place spécifique aux déterminants culturels, en particulier pour les Aboriginal and Torres Strait Islander people, avec des domaines tels que le lien au Country, la famille et la communauté, les croyances et savoirs autochtones, l'expression culturelle, les langues autochtones, l'autodétermination et le leadership. Il traite également des facteurs biomédicaux, commerciaux et numériques.

La stratégie australienne repose donc sur l'action sur les déterminants de la santé et notamment les « wider determinants », action qui relève de l'état contrairement aux comportements individuels. C'est donc une rupture avec le modèle biomédical qui est engagé avec cette stratégie et qui traduit la prééminence du concept de santé de la population.

d) Une politique reposant un cadre d'action et des leviers

Dans le chapitre « Protecting our health », la stratégie australienne définit la prévention comme l'ensemble des mesures visant à maintenir les personnes en bonne santé et à éviter la survenue de maladie, de trouble ou de blessure. Il rappelle la définition de l'OMS et précise que l'objectif est de préserver et d'améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population, tout en réduisant les écarts entre populations prioritaires et population générale.

Le texte distingue cinq types de prévention : prévention primordiale qui agit sur les wider determinants ; prévention primordiale qui agit sur les facteurs de risque avant l'apparition de la maladie. Les autres types sont ceux classiquement utilisés dans les systèmes de santé (prévention secondaire centrée sur la détection précoce et la prise en charge optimale ; prévention tertiaire, qui vise à réduire les dommages et les limitations fonctionnelles ; prévention quaternaire, qui vise à réduire les dommages causés par les interventions médicales). La stratégie australienne reprend donc la distinction entre prévention primordiale et primaire introduite par les canadiens, distinction qui permet de distinguer des leviers et des modes d'action différents selon les cibles fixées.

Le document ajoute une approche par parcours de vie, du prénatal au grand âge, ainsi qu'une distinction entre universal prevention, selective prevention et indicated prevention. Il précise que l'action préventive doit intervenir à l'intérieur des services de santé, mais aussi dans les domiciles, les écoles, les lieux de travail, les organisations communautaires et les cadres sociaux et culturels.

Le cadre d'action repose sur trois éléments liés entre eux : mobiliser un système de prévention, renforcer l'action dans des domaines prioritaires et consolider l'existant. Pour mobiliser ce système, la stratégie australienne identifie sept leviers : leadership, gouvernance et financement ; prévention dans le système de santé ; partenariats et engagement communautaire ; information et littératie en santé ; recherche et évaluation ; monitoring et surveillance ; anticipation.

Ainsi la stratégie australienne rentre dans le cadre des interventions complexes tel que défini par Moore et col. du Médical research council anglais : intervention multi-niveau et multi-leviers.

e) Une politique identifiant des modes d'action

La stratégie identifie huit priorités immédiates : mécanismes de gouvernance ; augmentation de l'investissement dans la prévention ; plateforme nationale d'information de santé crédible et fiable ; intégration de la prévention dans les soins primaires, articulation avec les autres plans australiens et notamment le Primary Health Care 10 Year Plan et la stratégie nationale de littératie en santé pour assurer la cohérence de l'action publique; planification renforcée de la workforce de santé publique ; pilotage par les données de santé recueillies en continu et cadre national de monitoring et de reporting.

f) …. et des champs d'action prioritaires et des cibles chiffrées

La stratégie retient sept domaines d'action prioritaires : réduction du tabagisme et de l'addiction à la nicotine ; amélioration de l'accès à une alimentation saine et de sa consommation ; augmentation de l'activité physique ; renforcement du dépistage et de

la prévention des cancers ; amélioration de la couverture vaccinale ; réduction des dommages liés à l'alcool et aux autres drogues ; promotion et protection de la santé mentale.

Elle prévoit enfin un « Blueprint for Action » (feuille de route) fondée sur le suivi des cibles et un reporting régulier des progrès accomplis.

Le premier d'action prioritaire porte sur la réduction du tabagisme et de l'addiction à la nicotine. La stratégie fixe comme cibles une prévalence nationale du tabagisme quotidien inférieure à 10 % d'ici 2025 et de 5 % ou moins chez les adultes d'ici 2030, ainsi qu'une réduction du tabagisme quotidien à 27 % ou moins chez les Aboriginal and Torres Strait Islander people âgés de 15 ans et plus d'ici 2030.

L'accès à une alimentation saine et sa consommation constituent la deuxième priorité. Les cibles présentées portent notamment sur l'arrêt puis l'inversion de la tendance à la hausse de l'obésité chez les adultes d'ici 2030, une baisse d'au moins 5 % du surpoids et de l'obésité chez les 2-17 ans, le maintien ou l'augmentation de la consommation moyenne de fruits à 2 portions par jour, l'augmentation de la consommation moyenne de légumes à 5 portions par jour, une réduction de la part énergétique des discretionary foods à moins de 20 %, une baisse d'au moins 30 % de l'apport moyen en sodium, le respect des apports recommandés en free sugars et un allaitement exclusif d'au moins 50 % des bébés.

Le troisième domaine d'action porte sur l'activité physique. Les cibles visent une réduction d'au moins 15 % de la prévalence d'une activité physique insuffisante chez les enfants, adolescents et adultes d'ici 2030, une réduction d'au moins 15 % de la proportion d'Australiens de 15 ans et plus n'ayant aucune activité physique, et une augmentation d'au moins 15 % de la proportion d'Australiens de 15 ans et plus atteignant les strengthening guidelines.

Le quatrième concerne le dépistage et la prévention des cancers. Le document fixe comme cibles une participation au dépistage du cancer du colo d'au moins 53 % d'ici 2025, une participation au dépistage du cancer du sein d'au moins 65 % d'ici 2025, une participation au dépistage du cancer du col d'au moins 64 % d'ici 2025, ainsi que l'élimination du cancer du col de l'utérus en Australie d'ici 2035.

Le cinquième objectif porte sur l'amélioration de la couverture vaccinale. Les cibles retenues sont une couverture d'au moins 95 % chez les enfants de 1 et 2 ans d'ici 2030, le maintien d'au moins 95 % chez les enfants de 5 ans, une couverture d'au moins 95 % pour les enfants Aboriginal and Torres Strait Islander de 1 et 2 ans d'ici

2030, le maintien d'au moins 95 % chez les enfants Aboriginal and Torres Strait Islander de 5 ans, ainsi qu'un taux de vaccination HPV d'au moins 85 % pour les garçons et les filles d'ici 2030.

Le sixième objectif porte sur la réduction des dommages liés à l'alcool et aux autres drogues. Une réduction d'au moins 10 % de la consommation nocive d'alcool chez les Australiens âgés de 14 ans et plus d'ici 2025 et d'au moins 15 % d'ici 2030 constitue une première cible. A terme la cible est une proportion inférieure à 10 % de jeunes de 14 à 17 ans consommant de l'alcool d'ici 2030 et une proportion inférieure à 10 % de femmes enceintes âgées de 14 à 49 ans consommant de l'alcool pendant la grossesse d'ici 2030 pour atteindre une limitation drastique des fœtopathies alcooliques. Une baisse d'au moins 15 % de la prévalence de l'usage récent de drogues illicites chez les 14 ans et plus d'ici 2030 constitue la cible concernant les addictions aux drogues.

Le septième objectif concerne la promotion et la protection de la santé mentale en affichant une cible « Towards zero suicides for all Australians ».

Ainsi le plan australien fixe des objectifs chiffrés dont une large part concerne les jeunes visant ainsi à préserver la santé de cette population dont l'Australien a fait un objectif stratégique.

g) Un plan intersectoriel en lien avec les autres plans

Dans sa dernière partie, le plan australien indique qu'il existe déjà de nombreux programmes et stratégies de prévention portés par les gouvernements, les organisations non gouvernementales et les communautés. Ce plan (Framework for Action) doit être un moyen de reconnaître toutes les actions en cours et d'insister sur la nécessité de sa poursuite et de son renforcement.

Pour maintenir cet existant plusieurs modes d'actions sont invoqués : mobilisation et action des communautés, participation soutenue des populations, investissement et leadership renforcés, partenariats, approches sociales, politiques et structurelles de la prévention, et usage continu de preuves issues de sources multiples.

Le document précise que le Framework permet l'ajout de nouveaux focus areas pour répondre à des enjeux émergents mais que les actions de prévention existantes, doivent être maintenues, organisées et pilotées pour contribuer à la réduction du burden of disease tout au long de la vie.

Enfin, le texte annonce qu'un Blueprint for Action sera élaboré pour préciser les modalités de mise en œuvre de la stratégie et la manière de mobiliser les infrastructures existantes afin d'atteindre les « Policy achievements by 2030 » et les cibles énoncées. Il précise que la mise en œuvre des priorités démarrera en parallèle de l'élaboration de ce Blueprint for Action (feuille de route).

h) Les enseignements de la stratégie australienne pour la prévention

La stratégie australienne est fondée sur l'approche populationnelle de la santé, identifiant des objectifs et des cibles à la fois pour l'ensemble de la population et pour des populations spécifiques pour permettre de réduire les inégalités de santé. C'est donc un modèle de mise en œuvre du concept de « population health » tant dans sa vision, que de ses objectifs stratégiques et de sa mise en œuvre opérationnelle.

Elle est fondée sur une analyse innovante : un population en bonne santé est une solution pour répondre aux différents stress d'un système de soins et d'assurance sociale sous tension liée aux transitions démographique et épidémiologique. Cette analyse est complétée par la nécessité d'intervenir le plus tôt possible dès la période péri natale puis au long de l'enfance et l'adolescence. Elle introduit la notion de prévention tout au long de la vie et d'universalisme proportionné pour augmenter l'espérance de vie en bonne santé et réduire les inégalités de santé.

La prévention, définie comme l'action simultanée sur les différents déterminants de la santé, est le mode d'action retenu pour atteindre ses objectifs. Parmi ces modes d'action, l'augmentation du niveau de littératie en santé, comme retenu par l'OMS dans son dernier modèle de santé concernant les maladies chroniques, est un facteur essentiel qui doit être abordé de façon intersectorielle (éducation, collectivités, établissements de soins etc ….).

L. Conclusion

La santé des populations constitue aujourd'hui un paradigme structurant des politiques de santé contemporaines dans plusieurs pays faisant évoluer leurs systèmes de santé notamment à l'issue de la crise Covid-19. Elle repose sur une approche systémique intégrant les déterminants sociaux, les comportements de santé, les environnements de vie et les systèmes de soins, dans une logique de réduction des inégalités et d'amélioration globale du bien-être et de l'espérance de vie en bonne santé.

Elle marque un déplacement majeur du centre de gravité des politiques de santé, passant de la prise en charge de la maladie à la production de santé. En ce sens, elle doit constituer une matrice intellectuelle et opérationnelle des politiques de prévention et des réformes permettant de mettre en œuvre des systèmes intégrés de santé comme préconisé par l'OMS.

Son principal enjeu réside dans sa traduction opérationnelle, qui nécessite une coordination intersectorielle durable et une gouvernance capable d'articuler les niveaux national, régional et local dans une logique de responsabilité populationnelle effective.

La santé des populations constitue aujourd'hui l'un des paradigmes dominants des politiques de santé dans les pays anglo-saxons. Elle se caractérise par une approche centrée sur les résultats de santé, les déterminants sociaux, la réduction des inégalités et l'action intersectorielle. En déplaçant le regard des soins vers la santé elle-même, elle propose une conception plus globale et plus stratégique des systèmes de santé. Cette approche a fortement inspiré les modèles contemporains de prévention, de promotion de la santé, de santé dans toutes les politiques et de responsabilité populationnelle, qui tendent progressivement à s'imposer dans de nombreux pays développés.

À noter qu'il existe aujourd'hui une évolution encore plus récente, très influente au Canada et au Royaume-Uni : le modèle de la **Triple Aim / Quadruple Aim**, qui associe explicitement la *Population Health* à l'expérience patient, à l'efficience du système et au bien-être des professionnels et plus récemment à l'équité en santé (Québec). C'est probablement le cadre conceptuel qui influence le plus les réformes actuelles des systèmes de santé.

II. Les principes d'action

Le rapport de l'OMS publié en 2025 analyse les stratégies nationales développées dans plusieurs pays afin de promouvoir la littératie en santé et d'accompagner la transformation vers des « systèmes de santé littératies » (*health literate systems*), c'est-à-dire des systèmes capables d'adapter leur fonctionnement aux besoins informationnels et décisionnels des citoyens.

A. La littératie en santé : un levier stratégique pour des systèmes de santé plus équitables et performants

La littératie en santé (health literacy) s'est progressivement imposée comme une priorité majeure des politiques de santé publique. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, elle désigne l'ensemble des connaissances, compétences et ressources permettant aux individus d'accéder à l'information en santé, de la comprendre, de l'évaluer de manière critique et de l'utiliser pour prendre des décisions favorables à leur santé et à leur bien-être. Elle constitue aujourd'hui un déterminant social de la santé modifiable, au même titre que l'éducation, le revenu ou les conditions de vie.

1. La littératie en santé : un enjeu majeur de santé publique

Les données internationales montrent qu'une proportion importante de la population rencontre des difficultés pour comprendre et utiliser l'information en santé. En Europe, plus d'un tiers des citoyens présentent un niveau de littératie en santé insuffisant ou problématique.

Cette situation est associée à de nombreuses conséquences défavorables :

- Un recours plus fréquent aux services d'urgence ;
- Des hospitalisations plus nombreuses ;
- Une moins bonne gestion des maladies chroniques ;
- Un moindre recours aux actions de prévention et de dépistage ;
- Des difficultés accrues face aux informations numériques ;
- Une vulnérabilité plus importante face à la désinformation.

Ces difficultés touchent particulièrement les populations socialement défavorisées, les personnes peu diplômées, les individus en situation de précarité économique ainsi que les personnes déclarant un mauvais état de santé.

2. Une responsabilité partagée entre individus et organisations

L'OMS souligne que la littératie en santé ne peut être considérée comme la seule responsabilité des citoyens. Les capacités individuelles sont fortement influencées par l'environnement social, culturel et institutionnel.

Cette approche a donc conduit à distinguer :

- **la littératie individuelle**, correspondant aux compétences des personnes ;
- **la littératie organisationnelle**, qui renvoie à la capacité des institutions à rendre l'information et les services accessibles, compréhensibles et utilisables quel que soit le niveau de littératie des individus.

Ainsi, un système de soins performant ne consiste pas uniquement à améliorer les compétences des usagers, mais également à simplifier les parcours de soins, clarifier les messages et adapter les organisations aux besoins des populations.

3. Les bénéfices attendus des politiques de littératie en santé

L'OMS identifie plusieurs arguments majeurs justifiant l'inscription de la littératie en santé parmi les priorités nationales et les différentes stratégies de santé.

- **L'amélioration des résultats de santé :** Une meilleure compréhension de l'information médicale, son intégration favorise l'observance thérapeutique, l'autogestion des maladies chroniques et l'adoption de comportements favorables à la santé.
- **Réduction des dépenses de santé :** La faible littératie en santé génère des coûts importants liés aux erreurs de prise en charge, aux hospitalisations évitables et à l'utilisation inappropriée des services. Certaines estimations suggèrent qu'elle représente entre 3 % et 5 % des dépenses totales de santé.

- **Renforcement de la résilience collective :** Lors des crises sanitaires, comme la pandémie de Covid-19, la capacité des populations à comprendre et appliquer les recommandations de santé publique constitue un facteur déterminant de l'efficacité des réponses collectives.
- **Réduction des inégalités sociales de santé :** La littératie en santé apparaît comme un mécanisme essentiel pour favoriser l'équité en santé, en permettant à chacun d'accéder aux ressources nécessaires à la prise de décision et à l'exercice de ses droits.

4. Les expériences internationales

Plusieurs plans ou stratégies nationales développés dans différents pays (Chine, États-Unis, Australie, Écosse, Nouvelle-Zélande, Allemagne, Norvège, Portugal) mettent en œuvre des actions pour améliorer le niveau de littératie de leurs populations.

- Aux **États-Unis, la première étape a été de constater la faible littératie comme problème de santé publique comme un déterminant majeur de la santé en des inégalités de santé.** Le plan national américain lancé en 2010 visait à améliorer la qualité et l'accessibilité de l'information, renforcer la communication dans les services de santé et développer la recherche dans ce domaine.
- **L'Australie a pris la décision de promouvoir la littératie organisationnelle en mettant** l'accent sur la transformation des organisations de santé afin qu'elles deviennent plus accessibles et plus compréhensibles pour les usagers.
- **L'Écosse a fait de l'amélioration de la littératie en santé un outil de lutte contre les inégalités sociales de santé et un outil de prévention primordiale et de promotion du bien-être considérant qu'il s'agit d'un levier d'action majeur.**
- La **Nouvelle-Zélande vise une transformation de la culture du système de santé** reposant sur un changement culturel global visant à réduire les exigences imposées aux usagers dans leurs interactions avec le système de santé.
- **L'Allemagne a choisi de développer une approche fondée sur les données probantes en santé et prévention et** a construit sa stratégie autour de quinze recommandations concernant la littératie en santé couvrant l'éducation, les médias, le travail, les soins et la recherche.

- **Le Portugal et la Norvège ont privilégié une approche centrée sur le parcours de vie et** une vision longitudinale de la littératie en santé, intégrée à l'ensemble du parcours de vie et des politiques publiques.

L'analyse comparative des plans ou stratégies de santé développés par différents pays met en évidence plusieurs principes récurrents gage d'une efficacité :

- **Un leadership politique affirmé** : la réussite des politiques de littératie en santé repose sur un engagement clair des gouvernements et des institutions publiques permettant aux populations d'intégrer les avantages qu'elles peuvent attendre de ces politiques.
- **Une approche duale** : les stratégies les plus efficaces combinent simultanément : le développement des compétences des citoyens selon les 3 niveaux décrits par Nutbeam et l'adaptation des organisations et des services au niveau de littératie des individus.
- **Une vision positive de la littératie :** la littératie en santé est envisagée comme un capital à développer plutôt qu'un déficit à corriger montrant ainsi une vision dynamique d'un processus concernant l'ensemble des individus.
- **Une approche tout au long de la vie :** les besoins en littératie évoluent selon l'âge, les contextes de vie et les situations de santé obligeant à concevoir des politiques adaptées aux différentes populations et temps de la vie.
- **Une démarche intersectorielle :** l'amélioration de la littératie en santé nécessite l'implication coordonnée des secteurs de l'éducation, de la santé, du travail, des médias, du numérique et de la protection sociale. De ce fait, toutes les politiques destinées à améliorer le niveau de littératie en santé et sa prise en compte par les administrations publiques doivent être conçues et conduites à un niveau intersectoriel.
- **Des financements dédiés :** les pays les plus avancés prévoient des ressources spécifiques pour la mesure, la formation, les interventions et l'évaluation de la littératie en santé dans la population.

5. Conclusion

La littératie en santé dépasse largement la simple question de l'information des patients. Elle constitue un déterminant majeur de l'équité, de l'efficacité et de la durabilité des systèmes de santé. Les expériences internationales démontrent qu'une politique ambitieuse de littératie en santé doit agir simultanément sur les compétences des individus, l'organisation des services et les conditions sociales qui influencent la

capacité de chacun à prendre des décisions éclairées. Dans cette perspective, la construction de systèmes « health literate » apparaît comme une condition essentielle pour répondre aux défis contemporains de santé publique et réduire durablement les inégalités de santé[82].

B. La santé dans toutes les politiques (Health in All Policies) : un cadre de gouvernance pour intégrer la santé dans l'ensemble des politiques publiques

Dès 1955, Thomas McKeown et Robert Brown[1]83 ont mis en évidence que l'amélioration de l'espérance de vie observée dans les pays industrialisés résultait davantage de l'amélioration des conditions de vie, de l'alimentation et de l'hygiène que des progrès médicaux dont le rôle était probablement assez limité. Cette remise en question d'une vision exclusivement biomédicale de la santé a été prolongée par les travaux de Michael Marmot sur les déterminants sociaux de la santé, démontrant que les inégalités de revenus, d'éducation, d'emploi ou de logement expliquent une part importante des écarts d'espérance de vie entre les populations.

Au cours des dernières décennies, les politiques de santé ont connu une évolution majeure. Longtemps centrées sur les systèmes de soins et la prise en charge des maladies, elles s'orientent désormais vers une approche plus globale, fondée sur les déterminants de la santé. Cette évolution repose sur un constat largement documenté : l'état de santé d'une population dépend moins de la qualité des soins que des conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Les politiques d'éducation, de logement, de transport, d'urbanisme, d'environnement ou encore d'emploi exercent ainsi une influence déterminante sur la santé des populations.

C'est dans ce contexte qu'a émergé le concept de **Health in All Policies (HiAP)**, traduit en français par *« La santé dans toutes les politiques »*. Cette approche constitue aujourd'hui l'un des principaux cadres de référence de la gouvernance en santé

[82] Rapport OMS *Integrative Review of National Health Literacy Policy Blueprints as a Tool for Change Toward Health Literate Systems* (2025).
[83] McKEown Thomas et Brown R. G. Medical Evidence Related to English Population Changes in the Eighteenth Century Population Studies, novembre 1955, vol. IX, n° 2, 119 à 141.

publique promus par l'Organisation mondiale de la Santé. Elle propose de dépasser une conception sectorielle de la santé en intégrant systématiquement les enjeux sanitaires dans l'ensemble des politiques publiques. Le HiAP ne vise donc pas à étendre le champ d'intervention du secteur sanitaire, mais à reconnaître que toutes les politiques publiques produisent, directement ou indirectement, des effets sur la santé et sur les inégalités sociales de santé.

1. Le Health in All Policies : un cadre de gouvernance intersectoriel

Le concept de *Health in All Policies* (HiAP), ou « La santé dans toutes les politiques », constitue aujourd'hui l'un des principaux cadres de référence de la gouvernance en santé publique. Il traduit la reconnaissance du fait que l'état de santé des populations dépend largement de politiques qui relèvent de secteurs autres que celui de la santé. Les politiques d'éducation, de logement, d'urbanisme, de transport, d'environnement, d'agriculture, d'emploi ou encore de développement économique façonnent les conditions de vie des individus et exercent, à ce titre, une influence majeure sur leur état de santé. C'est l'approche par les déterminants de la santé qui a permis de constater le rôle modeste du système de soins dans la santé d'une population (20%) et le rôle prépondérant des autres secteurs (80%).

Cette approche s'inscrit dans le prolongement des travaux sur les déterminants sociaux de la santé et de la promotion de la santé initiée par la Charte d'Ottawa de 1986. Elle repose sur l'idée que les politiques publiques doivent être conçues de manière cohérente afin de favoriser la santé et de réduire les inégalités sociales de santé en agissant sur les déterminants proximaux ou distaux de la santé. Cette formulation marque une rupture avec une conception centrée sur le système de soins et introduit l'idée que les politiques publiques doivent contribuer à créer des environnements favorables à la santé.

Le principe d'une approche intersectorielle de la santé a été formalisé au niveau européen sous la présidence finlandaise du Conseil de l'Union européenne en 2006. Il sera ensuite repris et développé par l'Organisation mondiale de la Santé sous l'appellation *Health in All Policies*. Cette orientation est réaffirmée dans la Déclaration de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011), puis consolidée par la résolution WHA67.12 adoptée lors de la 67e Assemblée mondiale de la Santé en 2014, intitulée *Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable*

pour améliorer la santé et l'équité en santé. Ces textes soulignent que la santé constitue à la fois un objectif et une condition du développement durable et qu'une action coordonnée entre les différents secteurs de l'action publique est indispensable pour améliorer durablement la santé des populations. Ils insistent également sur la nécessité de décliner cette approche à tous les niveaux de gouvernance - national, régional et local - afin d'en assurer l'effectivité.

L'Organisation mondiale de la Santé définit le Health in All Policies comme « une approche des politiques publiques qui prend systématiquement en compte les conséquences sanitaires des décisions, recherche les synergies et évite les effets néfastes afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé ». Cette définition marque une évolution profonde des politiques de santé publique. La santé n'est plus uniquement considérée comme la responsabilité du système de soins ; elle devient une responsabilité collective impliquant l'ensemble des secteurs gouvernementaux.

Les fondements scientifiques de cette approche reposent sur les nombreuses données ayant établi le rôle majeur des déterminants sociaux, économiques, environnementaux et territoriaux dans la production de la santé. Les caractéristiques de ces déterminants sont aujourd'hui largement documentées et montrent que les politiques publiques influencent directement les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Une approche fondée sur les déterminants conduit ainsi à dépasser une vision centrée sur les maladies pour s'intéresser aux facteurs qui favorisent ou, au contraire, limitent le développement de la santé. Alors qu'une approche par pathologies conduit principalement à mobiliser le système de soins, une politique de prévention et de promotion de la santé implique nécessairement la participation coordonnée d'acteurs issus de nombreux secteurs : éducation, transports, urbanisme, environnement, agriculture, emploi, protection sociale ou encore développement économique.

Le Health in All Policies repose ainsi sur une logique d'intersectorialité. Son objectif n'est pas d'étendre le champ d'intervention du secteur sanitaire, mais d'intégrer la santé comme critère d'appréciation de l'ensemble des politiques publiques. La Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques (2013) fait de cette intégration un préalable à la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé. Toute décision publique est susceptible de produire des effets, positifs ou négatifs, sur l'état de santé des populations et sur les inégalités sociales de santé. L'enjeu est donc d'anticiper ces effets et de rechercher des co-bénéfices entre les différents secteurs de l'action publique.

Parmi les principaux instruments de mise en œuvre de cette approche figurent les évaluations d'impact sur la santé (EIS), ou *Health Impact Assessment*. Ces démarches visent à identifier, à partir des connaissances scientifiques disponibles et d'une analyse du contexte local, les effets potentiels d'un projet, d'un programme ou d'une politique sur la santé d'une population ainsi que sur la répartition de ces effets entre les différents groupes sociaux. Elles constituent un outil d'aide à la décision permettant d'intégrer la santé dans les processus de planification territoriale et dans l'ensemble des politiques publiques.

Malgré les avancées conceptuelles et institutionnelles observées au niveau international, la mise en œuvre du Health in All Policies demeure encore limitée en France. Les démarches interministérielles restent souvent ponctuelles et la santé n'est pas encore systématiquement intégrée comme critère d'évaluation des politiques publiques. Dans cette perspective, deux orientations apparaissent prioritaires : d'une part, définir le cadre d'une véritable politique nationale interministérielle de santé, capable de mobiliser durablement l'ensemble des secteurs de l'action publique ; d'autre part, généraliser le recours aux évaluations d'impact sur la santé afin que les conséquences sanitaires des décisions publiques soient analysées de manière systématique avant leur mise en œuvre.

Le Health in All Policies apparaît ainsi comme le prolongement opérationnel de l'approche *Population Health*. Alors que cette dernière permet d'identifier les déterminants qui produisent la santé des populations, le HiAP fournit le cadre de gouvernance permettant d'agir sur ces déterminants par une action coordonnée de l'ensemble des politiques publiques. Il constitue ainsi l'un des leviers majeurs du développement d'une politique de prévention et de promotion de la santé fondée sur les déterminants, la réduction des inégalités sociales de santé et la recherche de co-bénéfices entre les différents secteurs de l'action publique.

Le principe d'health in all policies s'inscrit dans l'évolution des modèles qui ont sous-tendu les évolutions de la santé publique dans le monde. Après **le modèle biomédical** fixant l'objectif de soigner les maladies, modèle encore très prégnant en France, le modèle de **la prévention par la suppression facteurs de risque** individuels destiné à prévenir les maladies, le modèle de la **Population Health** destiné à comprendre ce qui compose et produit la santé des populations, puis le modèle de **Health in All Policies** permettant d'organiser l'action publique pour agir sur ces déterminants ont permis de concevoir des politiques ambitieuses et efficaces

Le Health in All Policies constitue le prolongement opérationnel de cette vision. Alors que la Charte d'Ottawa invitait à développer des politiques publiques favorables à la santé, le HiAP fournit un cadre de gouvernance permettant d'intégrer cette exigence dans les processus décisionnels de l'ensemble des secteurs de l'action publique.

2. Définition et principes

L'Organisation mondiale de la Santé définit le Health in All Policies comme « une approche des politiques publiques qui prend systématiquement en compte les conséquences sanitaires des décisions, recherche les synergies et évite les effets néfastes afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé ».

Cette définition met en évidence trois caractéristiques fondamentales.

- La santé devient une responsabilité partagée entre l'ensemble des secteurs gouvernementaux. Les ministères chargés des transports, de l'éducation, de l'environnement, de l'agriculture, du travail, des finances ou encore de l'aménagement du territoire sont appelés à intégrer les conséquences sanitaires de leurs décisions. La santé n'est plus considérée comme la seule responsabilité du ministère de la Santé.
- HiAP privilégie une logique de co-bénéfices. Les politiques publiques sont conçues de manière à produire simultanément des bénéfices dans plusieurs domaines. Ainsi, une politique favorisant les mobilités actives contribue à réduire les émissions de gaz à effet de serre, améliore la qualité de l'air, diminue les maladies chroniques liées à la sédentarité et favorise la cohésion sociale. L'objectif n'est donc pas d'ajouter une contrainte sanitaire aux autres politiques publiques, mais de rechercher des solutions profitables à plusieurs secteurs.
- Health in All Policies accorde une place centrale à l'équité en santé. Toute politique publique est susceptible de produire des effets différenciés selon les catégories sociales. L'analyse de ces impacts constitue un élément essentiel de décision publique afin de réduire les inégalités sociales de santé.

3. Une approche fondée sur les déterminants de la santé

Le fondement scientifique du Health in All Policies repose sur la reconnaissance du rôle majeur des déterminants sociaux, économiques, environnementaux et territoriaux dans la production de la santé.

Cette approche rompt avec le modèle biomédical traditionnel, centré sur le diagnostic et le traitement des maladies. Elle considère que la santé est avant tout produite par les politiques qui organisent les conditions de vie des populations. Les choix réalisés en matière d'urbanisme influencent les niveaux d'activité physique et l'exposition à la pollution atmosphérique ; les politiques éducatives conditionnent les compétences, l'accès à l'emploi et les comportements favorables à la santé ; les politiques agricoles déterminent la qualité de l'alimentation et les expositions environnementales ; les politiques climatiques influencent directement la fréquence des événements sanitaires liés aux vagues de chaleur ou à la pollution.

Dans cette perspective, les systèmes de soins demeurent indispensables mais interviennent principalement après la survenue de la maladie. Le Health in All Policies cherche au contraire à agir en amont sur les causes structurelles qui déterminent la santé des populations.

4. Les instruments de mise en œuvre

La mise en œuvre du Health in All Policies repose sur plusieurs outils de gouvernance.

Le plus connu est l'évaluation d'impact sur la santé (Health Impact Assessment), qui consiste à analyser de manière prospective les conséquences sanitaires potentielles d'un projet ou d'une politique avant sa mise en œuvre. Cette démarche permet d'identifier les effets positifs, les risques éventuels ainsi que les populations les plus concernées.

Le Health Lens Analysis, développé notamment en Australie-Méridionale, propose quant à lui d'intégrer la santé dès les premières phases d'élaboration des politiques publiques, en associant les différents secteurs concernés afin d'identifier les objectifs communs et les bénéfices mutuels.

Le HiAP mobilise également des dispositifs de gouvernance interministérielle, des mécanismes de concertation avec les collectivités territoriales et la société civile, ainsi

que des systèmes d'information permettant de suivre les impacts sanitaires, environnementaux, économiques et sociaux des politiques publiques.

5. Les bénéfices attendus

Le Health in All Policies poursuit plusieurs objectifs complémentaires. Il vise d'abord à améliorer durablement la santé de la population en agissant sur les déterminants des maladies plutôt que sur leurs seules conséquences. Il cherche également à réduire les inégalités sociales de santé en intégrant systématiquement une analyse des effets distributifs des politiques publiques.

Au-delà de leurs effets sanitaires, les démarches HiAP contribuent également à renforcer la cohérence de l'action publique. En favorisant les approches intersectorielles, elles permettent de mieux articuler les politiques environnementales, économiques, sociales et sanitaires, tout en optimisant l'utilisation des ressources publiques grâce à la recherche de co-bénéfices.

6. Une mise en œuvre complexe

Malgré son intérêt théorique largement reconnu, le Health in All Policies demeure difficile à mettre en œuvre. Les administrations restent souvent organisées selon une logique sectorielle, avec des objectifs, des budgets et des indicateurs de performance propres à chaque ministère. Cette organisation peut freiner les collaborations intersectorielles.

Par ailleurs, les effets sanitaires des politiques publiques sont parfois difficiles à mesurer, notamment lorsqu'ils se manifestent à long terme ou résultent de l'interaction de nombreux facteurs. Enfin, les arbitrages politiques conduisent fréquemment à privilégier des bénéfices économiques ou budgétaires immédiats au détriment d'impacts sanitaires plus diffus ou différés.

Ces difficultés expliquent que le Health in All Policies soit moins un dispositif normatif qu'une démarche de gouvernance visant à promouvoir une culture de la décision publique fondée sur la prise en compte des déterminants de la santé.

7. Conclusion

Le Health in All Policies représente aujourd'hui l'une des évolutions les plus significatives des politiques de santé publique. En reconnaissant que la santé est produite par l'ensemble des politiques publiques, il propose une transformation profonde de la gouvernance sanitaire fondée sur l'intersectorialité, la responsabilité partagée et la recherche de co-bénéfices.

Complémentaire de l'approche de la *Population Health*, qui identifie les facteurs déterminant la santé des populations, le HiAP constitue le cadre opérationnel permettant d'agir sur ces déterminants par une mobilisation coordonnée de l'ensemble des secteurs de l'action publique. Dans un contexte marqué par la transition démographique, le changement climatique, l'augmentation des maladies chroniques et la persistance des inégalités sociales de santé, cette approche apparaît désormais comme un levier essentiel pour construire des politiques publiques plus cohérentes, plus durables et davantage orientées vers l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population.

C. L'universalisme proportionné : un principe d'action pour réduire les inégalités sociales de santé

La persistance des inégalités sociales de santé constitue l'un des principaux défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé contemporains. Malgré les progrès considérables de la médecine et l'amélioration globale de l'état de santé des populations, des écarts importants d'espérance de vie, de mortalité prématurée et de morbidité persistent entre les différents groupes sociaux d'une même population. Ces différences ne concernent pas uniquement les populations les plus défavorisées mais s'inscrivent dans un **gradient social de santé**, selon lequel chaque niveau de la hiérarchie sociale présente un état de santé moins favorable que le niveau immédiatement supérieur. En France, les derniers travaux de la DRESS concernant les maladies chroniques (2023), le cancer (2026, en fonction du niveau de revenu ou des publications récentes concernant la mortalité péri-natale confirment ce gradient social pour différentes pathologies (diabète, maladies psychiatriques, maladies cardio-vasculaires etc .).

Ce constat a conduit à remettre en question l'opposition traditionnelle entre politiques universelles, destinées à l'ensemble de la population, et politiques ciblées, réservées aux groupes les plus vulnérables. C'est dans ce contexte qu'a émergé le concept d'**universalisme proportionné**, aujourd'hui considéré comme l'un des principes directeurs des politiques visant à réduire les inégalités sociales de santé.

Développé au Royaume-Uni dans le cadre des travaux dirigés par Michael Marmot et consacré dans le rapport *Fair Society, Healthy Lives* publié en 2010 à la suite d'un premier rapport établi dans le cadre de la commission des déterminants de l'OMS (Closng the Gap in One Generation), ce principe propose de concilier l'universalité de politiques publiques prposée à l'ensemble de la population avec une adaptation des interventions à l'intensité des besoins des populations. Il constitue désormais une référence internationale mobilisée par l'Organisation mondiale de la Santé, de nombreux gouvernements et les acteurs de la promotion de la santé.

1. Une réponse au gradient social de santé

L'universalisme proportionné repose sur un constat majeur issu de l'épidémiologie sociale : les inégalités de santé ne se limitent pas aux situations de pauvreté extrême mais concernent l'ensemble de la distribution sociale.

Les travaux de M.Marmot, prolongement des célèbres études **Whitehall I et II** (conduites des 1967 dans la fonction publique par M.Marmot et portant le nom de la rue des ministères), ont montré que la mortalité, l'espérance de vie, les maladies cardiovasculaires ou encore la santé mentale varient progressivement selon la position sociale, même parmi des populations bénéficiant d'un accès comparable aux soins. Ce phénomène, désigné sous le terme de **gradient social de santé**, traduit l'influence cumulative des déterminants sociaux tout au long du parcours de vie.

Cette observation conduit à une conclusion essentielle : améliorer uniquement la situation des groupes les plus défavorisés ne suffit pas à réduire les inégalités de santé. Une politique efficace doit agir sur l'ensemble du gradient social.

L'universalisme proportionné répond précisément à cette exigence en proposant une intervention universelle dont l'intensité varie selon les besoins.

2. Définition et fondements conceptuels

Le rapport *Fair Society, Healthy Lives* définit l'universalisme proportionné de la manière suivante :

"To reduce the steepness of the social gradient in health, actions must be universal, but with a scale and intensity that is proportionate to the level of disadvantage."

Cette formulation souligne deux caractéristiques indissociables :

- Les politiques demeurent **universelles**. Les droits, les programmes et les services sont accessibles à l'ensemble de la population. L'universalité constitue un principe de justice sociale, favorise la cohésion collective et limite les effets de stigmatisation associés aux dispositifs réservés aux populations défavorisées.
- Les interventions sont **proportionnées**. Les ressources, l'intensité des actions, la durée de l'accompagnement ou les modalités d'intervention varient en fonction du niveau de désavantage social et des besoins observés.

L'universalisme proportionné ne constitue donc ni une politique uniforme ni une politique ciblée au sens traditionnel du terme. Il cherche à combiner les avantages de ces deux approches.

3. Les fondements théoriques

L'universalisme proportionné s'inscrit dans le cadre conceptuel des **déterminants sociaux de la santé** (cf. Supra) selon lequel l'état de santé résulte principalement des conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.

Les modèles développés notamment par Dahlgren et Whitehead ont montré que les facteurs économiques, sociaux, éducatifs et environnementaux expliquent une part importante des différences de santé observées entre les populations.

Cette approche rejoint les travaux sur la **Population Health (cf. supra)** qui considèrent que l'amélioration durable de la santé nécessite une action simultanée sur l'ensemble des déterminants de la santé et non uniquement sur le système de soins.

L'universalisme proportionné constitue ainsi une traduction opérationnelle de ces modèles théoriques.

4. Les limites des approches traditionnelles

Les politiques universelles présentent l'avantage de garantir l'égalité d'accès aux services publics. Toutefois, de nombreuses études montrent qu'elles bénéficient souvent davantage aux populations les plus favorisées, mieux informées, disposant d'une meilleure littératie en santé et de ressources leur permettant de tirer pleinement profit des dispositifs proposés.

Ce phénomène, parfois qualifié d'**intervention-generated inequalities**, explique pourquoi certaines politiques de prévention améliorent les indicateurs moyens de santé tout en accentuant les écarts entre groupes sociaux. Ainsi les politiques égalitaires en santé sont-elles inéquitables c'est-à-dire augmentant les inégalités de santé.

À l'inverse, les politiques exclusivement ciblées concentrent les ressources sur les populations les plus vulnérables. Si cette stratégie peut améliorer la situation des groupes concernés, elle présente plusieurs limites : risque de stigmatisation, faible acceptabilité politique, difficultés d'identification des bénéficiaires et incapacité à agir sur le gradient social dans son ensemble.

L'universalisme proportionné apparaît ainsi comme une tentative de dépasser cette opposition en articulant universalité des droits et différenciation des réponses.

5. Une mise en œuvre fondée sur l'équité

La mise en œuvre de l'universalisme proportionné implique une allocation différenciée des ressources en fonction des besoins de santé.

Cette proportionnalité peut concerner plusieurs dimensions : l'intensité des interventions, la fréquence des contacts, la durée de l'accompagnement, la densité des professionnels mobilisés ou encore l'accessibilité des services.

Ainsi, dans le domaine de la prévention, les campagnes d'information peuvent être déployées à l'ensemble de la population tout en étant complétées, dans les territoires les plus défavorisés, par des actions d'aller-vers, de médiation en santé, d'interprétariat ou d'accompagnement individuel.

De même, les programmes de dépistage organisés peuvent être universels tout en mobilisant des ressources supplémentaires auprès des populations dont les taux de participation sont les plus faibles.

Cette logique rejoint le principe d'**équité**, qui consiste non pas à offrir la même chose à chacun, mais à adapter les interventions aux besoins afin de permettre à tous d'atteindre un niveau comparable de santé. Ce principe a été mis en avant dans plusieurs rapports concernant la santé publique en France (rapport Chauvin 2022, document préparatoire de la SNS HCSP 2023).

6. Les enjeux pour les politiques publiques

L'universalisme proportionné dépasse largement le champ du système de soins. Sa mise en œuvre suppose une action coordonnée sur les différents déterminants sociaux de la santé : éducation, logement, emploi, transport, urbanisme, environnement, protection sociale ou encore petite enfance.

À cet égard, il constitue l'un des fondements opérationnels de l'approche **Health in All Policies**, qui vise à intégrer les enjeux de santé dans l'ensemble des politiques publiques.

Il s'inscrit également dans les stratégies de **Population Health**, dont l'objectif est d'améliorer simultanément l'état de santé moyen de la population et de réduire les écarts entre groupes sociaux.

Cette articulation souligne que la réduction des inégalités sociales de santé ne peut être obtenue par le seul système de santé, mais nécessite une gouvernance interministérielle et territoriale mobilisant l'ensemble des acteurs publics.

7. Limites et perspectives

Malgré son succès conceptuel, l'universalisme proportionné soulève plusieurs questions méthodologiques et opérationnelles.

La première concerne la mesure de proportionnalité. Les critères permettant d'ajuster les interventions - revenus, niveau d'éducation, indice de défavorisation territoriale, caractéristiques démographiques ou cumul de vulnérabilités - demeurent discutés et peuvent conduire à des choix différents selon les contextes.

La seconde difficulté réside dans l'évaluation des politiques. Les indicateurs classiques, centrés sur l'amélioration moyenne de la santé, sont insuffisants pour apprécier les

effets sur les inégalités. L'évaluation doit intégrer des mesures du gradient social et de la réduction des écarts entre groupes.

8. Conclusion

L'universalisme proportionné constitue aujourd'hui l'un des cadres conceptuels les plus aboutis pour orienter les politiques de réduction des inégalités sociales de santé. En reconnaissant que l'égalité de traitement ne garantit pas l'équité des résultats, il propose une approche conciliant universalité des droits et adaptation des interventions aux besoins des populations.

Au-delà d'un simple principe d'allocation des ressources, il représente une évolution majeure des politiques de santé publique, en faisant de la réduction du gradient social de santé un objectif central de l'action publique. Son intérêt réside également dans sa capacité à articuler les approches contemporaines de **Population Health**, de **Health in All Policies**, de promotion de la santé et de lutte contre les inégalités sociales de santé, au sein d'une stratégie cohérente fondée sur les déterminants sociaux de la santé.

D. Les sciences de l'implémentation en santé : concepts, cadres théoriques et enjeux pour les politiques de santé

Au cours des deux dernières décennies, les sciences de l'implémentation (*Implementation Science*) se sont imposées comme un champ de recherche à part entière au sein de la santé publique, de la recherche sur les services de santé et des sciences de l'amélioration de la qualité. Leur émergence répond à un constat désormais largement partagé : la production de connaissances scientifiques, ne garantit pas leur utilisation effective dans les pratiques professionnelles, les organisations de santé ou les politiques publiques. Entre la démonstration de l'efficacité d'une intervention prouvée par une recherche expérimentale ou quasi-expérimentale et son intégration dans la pratique courante subsiste un décalage important, souvent désigné sous les termes de *knowledge-to-action gap*[84].

[84] L'augmentation rapide des connaissances ne se traduit pas par une application concrète dans les politiques publiques et les pratiques de terrain. Ce décalage constitue un fossé entre la connaissance et l'action (knowledge-action gap).

Les sciences de l'implémentation sont l'étude des processus permettant de réduire cet écart. Elles visent à comprendre les conditions dans lesquelles les interventions fondées sur les preuves (*evidence-based interventions ou interventions probantes*) peuvent être adoptées, adaptées, mises en œuvre, diffusées et maintenues durablement dans des contextes organisationnels, professionnels et territoriaux variés. Elles ne s'intéressent donc pas à la question de savoir si une intervention est efficace - objet des interventions expérimentales de la recherche évaluative -, mais à celle de savoir comment cette intervention peut être intégrée dans les systèmes de santé afin d'améliorer la performance des organisations et la santé des populations.

1. Définition et champ disciplinaire

L'une des définitions les plus largement reconnues[85]« l'étude scientifique des méthodes visant à promouvoir l'intégration systématique des résultats de la recherche et des pratiques fondées sur les preuves dans les pratiques courantes afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé ».

Les sciences de l'implémentation s'inscrivent à l'interface de plusieurs domaines de recherche, notamment l'épidémiologie, les sciences de la santé publique, les sciences des organisations, la psychologie, la sociologie, les sciences comportementales et les sciences politiques. Elles mobilisent des approches interdisciplinaires afin d'analyser les interactions entre les caractéristiques des interventions, les organisations, les professionnels, les décideurs et les populations concernées.

2. Les fondements des sciences de l'implémentation

Le développement des sciences de l'implémentation repose sur plusieurs constats récurrents. De nombreuses études montrent qu'une proportion importante de la population n'est pas ciblée par des actions reposant sur recommandations de bonnes pratiques ou les données de la science, tandis que certaines interventions reconnues comme inefficaces continuent d'être largement utilisées. De nombreux travaux estiment que le temps pour qu'une intervention ou une innovation soit validée peut être supérieur à 10 ans.

[85] Tabak RG, Khoong EC, Chambers DA, Brownson RC. Bridging research and practice: models for dissemination and implementation research. Am J Prev Med. 2012 Sep;43(3):337-50. doi: 10.1016/j.amepre.2012.05.024. PMID: 22898128; PMCID: PMC3592983.

L'adoption des innovations ne relève pas uniquement de leur efficacité intrinsèque mais d'autres facteurs tels que les caractéristiques des organisations, les cultures professionnelles, les ressources disponibles, les politiques publiques, les modalités de gouvernance ou encore les attentes de la population influencent fortement la réussite ou l'échec de leur mise en œuvre.

3. Les principaux concepts

Les sciences de l'implémentation distinguent plusieurs dimensions permettant d'évaluer la qualité de la mise en œuvre d'une intervention.

L'acceptabilité renvoie au degré selon lequel une intervention est perçue comme satisfaisante ou appropriée par les professionnels, les patients ou les décideurs. **L'adoption** désigne la décision initiale d'utiliser effectivement cette intervention. **La faisabilité** concerne la possibilité pratique de sa mise en œuvre dans un contexte donné, tandis que la **fidélité** évalue dans quelle mesure l'intervention est réalisée conformément à son protocole ou à ses composantes essentielles.

D'autres dimensions comme notamment **la pénétration**, qui mesure le niveau de diffusion d'une intervention au sein d'une organisation ou d'un système de santé, ainsi que la **durabilité** (*sustainability*), qui correspond à son maintien dans le temps après la phase initiale de déploiement.

Ces résultats sont désormais largement utilisés comme critères d'évaluation dans les études d'implémentation.

4. Les principaux cadres théoriques

Le développement des sciences de l'implémentation s'est accompagné de la construction de nombreux cadres conceptuels destinés à analyser les facteurs influençant la réussite des interventions.

Le **Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)**[86]constitue aujourd'hui l'un des modèles les plus utilisés. Il organise les déterminants de l'implémentation autour de cinq domaines principaux : les caractéristiques de l'intervention, le contexte externe, le contexte interne des organisations, les caractéristiques des individus impliqués et les processus de mise en œuvre.

[86] Reardon CM, Damschroder LJ, Ashcraft LE, Kerins C, Bachrach RL, Nevedal AL, Domlyn AM, Dodge J, Chinman M, Rogal S. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) User Guide: a five-step guide for conducting implementation research using the framework. Implement Sci. 2025 Aug 16;20(1):39. doi: 10.1186/s13012-025-01450-7. PMID: 40819067; PMCID: PMC12357348.

Le cadre **RE-AIM**[87] (*Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance*) propose une approche complémentaire en évaluant simultanément la portée d'une intervention, son efficacité, son adoption, la qualité de son implémentation et son maintien dans le temps. Il est particulièrement mobilisé dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé.

Le modèle **PARIHS**[88] (*Promoting Action on Research Implementation in Health Services*) considère que la réussite de l'implémentation résulte de l'interaction entre trois composantes : la qualité des connaissances disponibles (*evidence*), le contexte organisationnel (*context*) et les mécanismes de facilitation (*facilitation*).

Enfin, le modèle **Knowledge-to-Action (KTA)**[89] décrit les différentes étapes du transfert des connaissances vers leur application concrète. Il insiste notamment sur l'identification des obstacles, l'adaptation des interventions au contexte local, le suivi de leur mise en œuvre et leur amélioration continue.

5. Les stratégies d'implémentation

Les sciences de l'implémentation ne se limitent pas à l'analyse des facteurs explicatifs ; elles évaluent également les stratégies permettant de favoriser l'intégration des innovations dans les systèmes de santé. Ces stratégies comprennent notamment la formation des professionnels, les audits accompagnés de retours d'information, les rappels électroniques, le recours à des leaders d'opinion, les démarches d'accompagnement des équipes, les communautés de pratique, les dispositifs de facilitation ou encore les mécanismes d'incitation organisationnelle et financière.

Le projet international **ERIC (Expert Recommendations for Implementing Change)**[90] a ainsi recensé plus de soixante-dix stratégies d'implémentation pouvant être mobilisées en fonction des contextes et des objectifs poursuivis.

---

[87] Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. Am J Public Health. 1999 Sep;89(9):1322-7. doi: 10.2105/ajph.89.9.1322. PMID: 10474547; PMCID: PMC1508772.

[88] Rycroft-Malone J. Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) In: Rycroft-Malone J, Bucknall T, editors. Models and Frameworks for Implementing Evidence-Based Practice: Linking Evidence to Action. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010. pp. 109–36

[89] Wilson KM, Brady TJ, Lesesne C; NCCDPHP Work Group on Translation. An organizing framework for translation in public health: the Knowledge to Action Framework. Prev Chronic Dis. 2011 Mar;8(2):A46. Epub 2011 Feb 15. PMID: 21324260; PMCID: PMC3073439.

[90] Yakovchenko V, Chinman MJ, Lamorte C, Powell BJ, Waltz TJ, Merante M, Gibson S, Neely B, Morgan TR, Rogal SS. Refining Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) strategy surveys using cognitive interviews with frontline providers. Implement Sci Commun. 2023 Apr 21;4(1):42. doi: 10.1186/s43058-023-00409-3. PMID: 37085937; PMCID: PMC10122282.

6. Les méthodes de recherche

Les sciences de l'implémentation privilégient des approches méthodologiques variées combinant fréquemment méthodes quantitatives et qualitatives (méthodes mixtes). Les essais pragmatiques, les méthodes mixtes, les études de cas multiples, les évaluations réalistes, la recherche participative, la recherche-action ainsi que les analyses économiques sont largement mobilisés par les sciences de l'implémentation.

Une innovation méthodologique importante réside dans le développement des essais hybrides d'efficacité-implémentation (*Hybrid Effectiveness-Implementation Designs*)[91], qui permettent d'évaluer simultanément les effets d'une intervention et les conditions de sa mise en œuvre, réduisant ainsi le délai entre la production des connaissances et leur diffusion.

7. Les sciences de l'implémentation au service de la santé des populations

Les sciences de l'implémentation occupent aujourd'hui une place centrale dans les politiques de santé publique. Elles constituent un prolongement opérationnel des approches fondées sur les déterminants sociaux de la santé, la *Population Health* et le *Health in All Policies*. Alors que ces cadres conceptuels permettent de comprendre les facteurs influençant la santé des populations et d'orienter les politiques publiques, les sciences de l'implémentation apportent les méthodes permettant de traduire ces orientations en actions concrètes, adaptées aux contextes locaux et susceptibles de produire des effets durables.

Cette articulation est particulièrement importante et nécessaire dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé, des soins primaires et des interventions communautaires, où l'efficacité des programmes dépend autant de leur qualité intrinsèque que de leur capacité à être adoptés, adaptés et pérennisés au sein des organisations et des territoires.

[91] Curran GM, Bauer M, Mittman B, Pyne JM, Stetler C. Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. Med Care. 2012 Mar;50(3):217-26. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182408812. PMID: 22310560; PMCID: PMC3731143.

8. Développements récents

Les travaux les plus récents témoignent d'un élargissement progressif du champ des sciences de l'implémentation. Une attention croissante est désormais portée à l'équité d'implémentation (*implementation equity*), afin de garantir que les innovations bénéficient effectivement aux populations les plus défavorisées et contribuent à réduire les inégalités sociales de santé. Les recherches portent également sur les processus de passage à l'échelle (*scale-up*), la durabilité des interventions ainsi que sur la « dé-implémentation » (*de-implementation*)[92], c'est-à-dire l'abandon organisé des pratiques inefficaces, obsolètes ou à faible valeur ajoutée.

9. Conclusion

Les sciences de l'implémentation représentent aujourd'hui un domaine stratégique pour la transformation des systèmes de santé et doivent être prise en compte tant dans l'élaboration des politiques que dans leur évaluation. En déplaçant le regard de la seule démonstration de l'efficacité des interventions vers l'analyse des conditions de leur diffusion et de leur appropriation, elles constituent un chaînon essentiel entre la recherche, les politiques publiques et les pratiques professionnelles. Elles offrent ainsi les outils conceptuels et méthodologiques nécessaires pour faire des connaissances scientifiques un véritable levier d'amélioration de la santé des populations.

Dans cette perspective, les sciences de l'implémentation peuvent être considérées comme le prolongement opérationnel des approches contemporaines de santé publique. Après avoir identifié les déterminants de la santé, défini les stratégies de *Population Health* et développé des politiques intersectorielles à travers le *Health in All Policies*, elles répondent à une question décisive : comment transformer durablement les connaissances en actions effectives produisant un impact mesurable sur la santé des populations.

[92] Walsh-Bailey C, Tsai E, Tabak RG, Morshed AB, Norton WE, McKay VR, Brownson RC, Gifford S. A scoping review of de-implementation frameworks and models. Implement Sci. 2021 Nov 24;16(1):100. doi: 10.1186/s13012-021-01173-5. PMID: 34819122; PMCID: PMC8611904.

Troisième partie
Organiser et structurer un système de prévention primordiale

Pour appliquer l'adage « Mieux vaut prévenir que guérir » : Investissons dans un système de prévention primordiale autant que dans un système de soins.

La transformation de notre système de santé repose sur un objectif simple :

construire un système de prévention primordiale, non pas en multipliant les dispositifs, mais en s'appuyant sur les outils, les compétences et les organisations déjà existantes. L'enjeu est de mieux coordonner et de donner de la cohérence à l'action publique pour « industrialiser » la politique de prévention et en faire un véritable pilier de notre système de santé, comme nous avons su le faire pour le soin depuis plusieurs décennies.

La prévention primordiale n'est pas une politique de confort, elle est une politique de responsabilité visant à atteindre des résultats.

Cette ambition suppose de rendre la prévention primordiale **plus visible, plus lisible, en associant pleinement les citoyens à sa compréhension, à sa conception, à sa mise en œuvre et à son évaluation.** Car une politique de prévention ne peut être efficace que si elle est comprise, appropriée et portée par l'ensemble de la société.

I. Si rien ne change : les conséquences et le coût de l'inaction

II. Adopter une nouvelle doctrine pour une santé globale

A) Les principes à adopter
B) Faire des lieux de vie des environnements favorables à la santé
C) Se donner des priorités en agissant sur les déterminants de santé
D) Le pilotage de la politique de prévention primordiale
E) Changer de gouvernance
F) Financer la prévention primordiale : construire un modèle économique lisible, durable, orienté vers les résultats
G) Une prévention personnalisée rendue possible grâce à l'intelligence artificielle

I. Si rien ne change : les conséquences et le coût de l'inaction

L'inaction n'est pas l'absence de politique : c'est une politique par défaut. Une politique publique peut échouer par absence d'action ; elle peut aussi échouer par dispersion. Trop de plans non hiérarchisés, de financements précaires, de responsabilités partagées sans pilote, et d'expérimentations sans industrialisation produisent une action insuffisamment organisée. Le coût de l'inaction peut aussi être le coût d'une architecture publique incomplète.

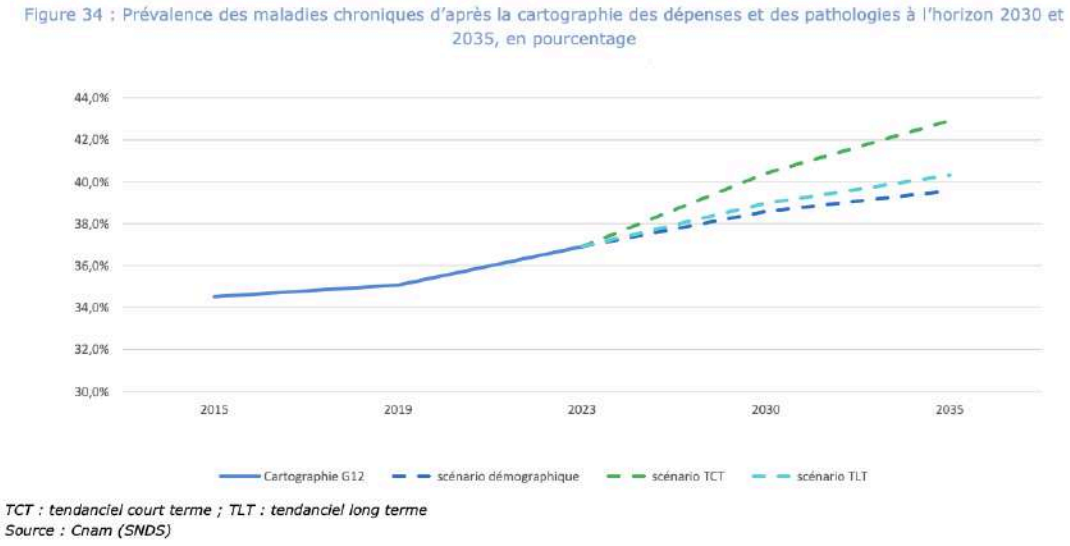
A. La santé de la population continue à se dégrader et les comptes sociaux à se détériorer

En matière de prévention, l'inaction n'est jamais neutre : elle laisse les déterminants défavorables produire leurs effets sur la santé, reporte les charges sur le soin, accroît les inégalités sociales et territoriales de santé et enferme des initiatives utiles dans l'expérimentation permanente.

1. La santé des populations se dégrade

À défaut d'action, la santé des populations continuera de se dégrader au cours des prochaines décennies. Le vieillissement démographique, l'augmentation de l'exposition aux facteurs de risque, la progression des maladies chroniques, les inégalités sociales et territoriales de santé, et, dans le même temps, les tensions financières auxquelles est confronté notre modèle de protection sociale, dessinent une trajectoire préoccupante, dont les coûts humains et financiers sont déjà visibles.

L'Assurance maladie estime ainsi que la prévalence des maladies chroniques poursuivra une forte progression à l'horizon 2030 et 2035 (+ 7 points). Cette évolution est loin d'être anodine. Les maladies chroniques représentent déjà l'essentiel des dépenses de l'Assurance maladie et concentrent la majeure partie des besoins de soins.



Figure, Assurance maladie, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*, juillet 2025, p. 85

Chaque année d'inaction accélère la dégradation de l'état de santé de la population, en augmentant le nombre de personnes vivant avec une maladie chronique, en développant les besoins de soins et en fragilisant, à terme, la capacité de notre système de protection sociale à garantir une protection universelle et solidaire à l'ensemble de la population française.

Quelques ordres de grandeur permettent de mesurer ce coût déjà présent :

Domaine	Manifestation du coût de l'inaction	Ordre de grandeur disponible	Source bibliographique	Message politique
Tabac	Mortalité évitable, cancers, maladies cardiovasculaires et respiratoires	> 70 000 décès/an selon la Cour des comptes ; 68 000 décès attribuables estimés en 2023 selon Santé publique France	Cour des comptes, 2012 ; Santé publique France, 2026	Un déterminant connu et documenté : la constance des politiques compte autant que leur affichage.
Alcool	Décès, cancers, violences, accidents, maladies chroniques	41 000 décès annuels et environ 30 000 cancers attribués à l'alcool dans les éléments consolidés	Santé publique France ; Cour des comptes, 2016	L'information ne suffit pas si le prix, la disponibilité et la publicité ne sont pas traités.
Pollution de l'air extérieur	Décès prématurés et pertes socio-économiques	Environ 40 000 décès prématurés ; coût estimé entre 72 et 101 Md€/an	Santé publique France et rapport sénatorial « Pollution de l'air : le coût de l'inaction »	La santé environnementale est un enjeu central de prévention primordiale.

Pollution de l'air intérieur	Décès et coûts socio-économiques liés aux expositions domestiques et professionnelles	Près de 20 000 décès annuels ; 19 Md€ de pertes socio-économiques	Observatoire de la qualité des environnements intérieurs, 2023	Le logement, l'école, le travail et les bâtiments publics sont aussi des lieux de prévention.
Obésité	Maladies chroniques, cancers, diabète, incapacités	Coût socio-économique estimé à 12,7 Md€ en 2024, pouvant atteindre 15,4 Md€ en 2030	Asterès, 2024 ;	L'environnement alimentaire et l'activité physique quotidienne doivent devenir des priorités structurelles.
Inactivité physique / sédentarité	Risque cardiovasculaire, diabète, cancers, perte d'autonomie	47 % des femmes, 29 % des hommes et 73 % des adolescents de 11 à 17 ans ne respecteraient pas les recommandations selon les éléments experts. 140 Md€ par an en France, soit plus de 38 000 décès et 62 000 pathologies attribuables chaque année	Santé publique France, France Stratégie, Secrétariat général pour l'investissement et Commissariat général au développement durable	Le mouvement quotidien dépend de l'école, du travail, de l'urbanisme et des mobilités, pas seulement du sport.
Chutes et perte d'autonomie	Hospitalisations, décès, entrée en dépendance, coûts médico-sociaux	174 824 hospitalisations et 20 148 décès liés aux chutes en 2024 ; coût du système de soins évalué à 900 M€ dans les travaux mobilisés	Santé publique France ; Cour des comptes, 2021 ; CNSA, 2026	Le vieillissement en santé exige des parcours territorialisés, pas seulement des actions ponctuelles.

2. Le déficit de l'Assurance maladie se poursuit

Dans son rapport 2026 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale[93], la Cour des comptes alerte sur la nécessité de corriger la trajectoire des dépenses face à l'aggravation continue du déficit de la Sécurité sociale. Celui-ci est passé de 10,8 milliards d'euros en 2023 à 15,3 milliards d'euros en 2024, puis à 21,6 milliards d'euros en 2025. La branche maladie du régime général représente à elle seule un déficit de 15,9 milliards d'euros.

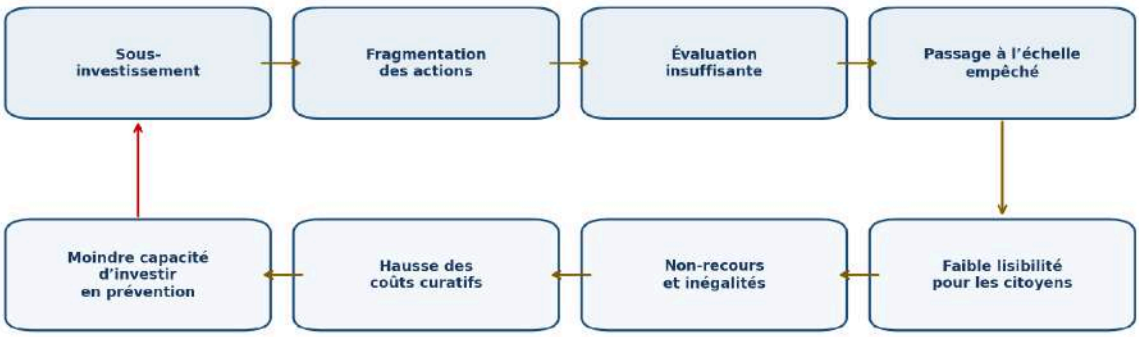
Cette dégradation des comptes publics est le symptôme de l'évolution de notre système de santé : les pathologies chroniques ont remplacé les soins aigus, les prises en charge sont donc de plus en plus complexes et coûteuses, tandis que notre organisation reste centrée sur le traitement des maladies une fois qu'elles sont installées, plutôt que sur la prévention des facteurs qui la favorisent.

[93] Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, mai 2026.

Cette trajectoire n'est pas soutenable. Selon les projections de l'Assurance maladie, en l'absence de changement majeur, le déficit de la branche maladie pourrait atteindre 41 milliards d'euros à l'horizon 2030[94]. C'est l'équilibre et la survie de notre modèle de protection sociale qui est en jeu dans les années à venir.

Face à ces constats, la réponse des pouvoirs publics se limite à rechercher, année après année, de nouvelles économies dans le système de soins. Ces efforts ne pourront pas, à eux seuls, inverser une dynamique portée par l'augmentation continue du nombre de personnes malades et la progression des maladies chroniques.

Le paradoxe est majeur : notre système de santé consacre des moyens toujours plus importants à soigner des pathologies dont une partie pourrait être évitée ou retardée par des politiques de prévention plus ambitieuses. La prévention primordiale ne constitue donc pas une dépense supplémentaire, mais un investissement indispensable pour préserver la soutenabilité financière de l'Assurance maladie et assurer la prise en charge universelle des extraordinaires innovations thérapeutiques et les soins de précision qui n'ont pas de modèle économique.



Une spirale auto-entretenue : plus le curatif absorbe les ressources, moins la prévention peut se structurer

[94] Caisse nationale de l'Assurance maladie, Rapport Charges et produits pour 2026, juillet 2025.

B. Un marché de la prévention individualisée fondée sur l'intelligence artificielle non réglementé

Aujourd'hui, un système de prévention personnalisé se met progressivement et rapidement en place autour d'acteurs privés. Il ne se limite plus aux bilans de santé individuels et coûteux, souvent réservés aux populations les plus favorisées. Une nouvelle génération de dispositifs numériques propose désormais des approches globales de prévention de santé, capables d'accompagner les individus au quotidien et dans la durée.

Montres et capteurs connectés, plateformes numériques de prévention, applications de santé personnalisées ou assistants conversationnels permettent déjà d'adapter les recommandations en matière d'activité physique, d'alimentation, de sommeil, de santé mentale ou de prévention des addictions à partir des comportements observés.

Ces outils ne se contentent plus de diffuser de l'information : ils accompagnent les changements de comportement, personnalisent les messages en fonction des profils des utilisateurs et assurent un suivi dans la durée.

Certains acteurs proposent ainsi des services d'accompagnement à distance dans des domaines spécifiques. Un acteur français a par exemple développé un agent conversationnel dédié à la pédiatrie, permettant aux parents d'obtenir rapidement une première réponse à leurs interrogations concernant la santé de leur enfant.

Parallèlement, plusieurs travaux récents laissent entrevoir des **modèles prédictifs** fondés sur l'analyse de données massives. Bientôt, l'intelligence artificielle et des algorithmes seront capables d'établir une cartographie des risques individuels de plus en plus précise.

Ces innovations sont une opportunité majeure pour transformer notre approche de la prévention en santé. Mais aujourd'hui, leur développement et leur financement restent extérieurs au champ de l'Assurance maladie et des politiques publiques. Sans stratégie nationale permettant leur développement par les pouvoirs publics, garantissant leur accès pour tous, leur encadrement, leur évaluation, le risque est de voir émerger :

- Une nouvelle inégalité d'accès à la santé : une prévention personnalisée, innovante et performante, réservée à ceux qui peuvent se l'offrir ;
- Un recul de notre souveraineté en matière de santé par l'adoption d'outils numériques issus d'acteurs étrangers.

II. Adopter une nouvelle doctrine en faveur d'une santé globale

La prévention primordiale ne peut plus être une politique périphérique du système de soins. Parce que l'état de santé dépend d'abord des conditions de vie, des comportements et des déterminants sociaux, environnementaux et commerciaux, elle doit devenir une politique publique de plein exercice, fondée sur une approche populationnelle mais aussi individuelle. Cela implique d'intégrer la santé dans l'ensemble des politiques publiques, d'agir selon le principe de l'universalisme proportionné, de territorialiser les actions et de les appuyer sur les données, l'évaluation et la preuve. Ce changement de doctrine nécessite d'abord d'agir sur les lieux de vie et les déterminants de santé, puis de construire les outils, les compétences, les financements et la gouvernance nécessaires à sa réussite.

A. Nous connaissons les principes à adopter

La deuxième partie de ce rapport montre que les connaissances scientifiques nécessaires à une transformation profonde de notre politique de santé sont désormais largement établies. Les travaux internationaux, les recherches les plus récentes et les stratégies mises en œuvre dans plusieurs pays convergent vers un constat simple : si le système de soins est indispensable pour « réparer » et traiter les maladies, il ne produit qu'une part limitée de l'état de santé d'une population. La majeure partie de celui-ci résulte des environnements dans lesquels les individus naissent, grandissent, apprennent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que des facteurs qui influencent leurs comportements et leurs expositions.

Lorsqu'environ **80 % de l'état de santé dépend des déterminants sociaux, économiques, environnementaux, commerciaux et comportementaux**, il n'est plus cohérent de concentrer l'essentiel des moyens publics sur le traitement des conséquences sans investir avec la même ambition sur leurs causes. La prévention primordiale ne peut plus constituer « un supplément d'âme » ; elle doit devenir l'un des deux piliers de notre politique de santé.

Les expériences étrangères et les recommandations des grandes organisations internationales dessinent aujourd'hui un cadre d'action cohérent. Elles montrent qu'une politique efficace repose sur quelques principes désormais largement consensuels : **agir sur la santé des populations** plutôt que sur les seules maladies ; **intégrer la santé dans l'ensemble des politiques publiques** afin d'**agir sur les déterminants** ; r**endre la prévention primordiale visible**, structurée et dotée d'une gouvernance

propre ; réduire les inégalités par une logique d'**universalisme proportionné** ; enfin, **adapter les interventions aux caractéristiques des territoires** et accompagner leur déploiement grâce aux sciences de l'implémentation, à la production de données et à une évaluation continue.

Autrement dit, la question n'est plus de savoir ce qu'il faudrait faire. Les connaissances existent, les concepts sont stabilisés et plusieurs pays ont engagé cette évolution. L'enjeu est désormais de **traduire ces acquis scientifiques en une doctrine de l'action publique capable de faire évoluer notre système de santé d'une logique principalement curative vers une logique de production de santé et de prévention primordiale**.

Proposition n°1 - Changer de doctrine : puisque 80% de la santé d'un individu dépend de ses environnements, autant d'importance doit être accordée à la prévention primordiale qu'au soin.

- Agir sur la santé des populations.
- Intégrer la santé dans toutes les politiques.
- Rendre la politique de prévention primordiale visible et lisible.
- Agir selon le principe de l'universalisme proportionné.
- En tenant compte des spécificités des territoires pour implémenter les actions.

B. Faire des lieux de vie des environnements favorables à la santé

La prévention primordiale doit s'installer là où se construisent concrètement les conditions de santé : dans les territoires où les politiques de proximité peuvent se coordonner, c'est-à-dire là où l'on réside, mais aussi là où l'on apprend, là où l'on travaille, là où l'on est soigné.

Ces lieux de vie ne sont donc pas de simples supports d'actions. **Ils constituent les infrastructures de proximité de la prévention primordiale : ils permettent de proportionner l'intensité de l'action aux besoins sociaux, territoriaux et environnementaux.**

1. Là où l'on réside : donner aux collectivités locales les moyens d'agir et de coordonner les acteurs

Les contrats locaux de santé constituent aujourd'hui l'outil de déclinaison territoriale des politiques de santé.

Ils offrent un cadre de coordination entre les collectivités, les agences régionales de santé et les acteurs locaux afin d'adapter les actions de prévention et de promotion de la santé aux besoins de chaque territoire.

Encadré n° 28 - Que sont les contrats locaux de santé ?

Créé en 2009, les contrats locaux de santé (CLS) constituent l'outil de territorialisation des politiques de santé.
Ils sont conclus entre les collectivités territoriales et les agences régionales de santé (ARS). Selon les besoins du territoire, ils peuvent associer les services de l'État, les organismes d'assurance maladie, les établissements de santé, les professionnels de santé, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les établissements médico-sociaux, les associations et d'autres partenaires locaux.
Chaque contrat s'appuie sur un diagnostic territorial de santé permettant d'identifier les besoins de la population et les inégalités de santé. Il fixe ensuite un programme d'actions pluriannuel, les partenaires mobilisés, les modalités de financement, les indicateurs de suivi et les modalités d'évaluation.
Les CLS couvrent l'ensemble des champs de la santé : promotion de la santé, prévention, santé environnementale, santé mentale, vaccination, dépistage, nutrition, activité physique, addictions, santé sexuelle, accès aux soins et accompagnement médico-social.
Le financement des actions repose principalement sur le Fonds d'intervention régional (FIR), complété, selon les projets, par les contributions des collectivités territoriales et des autres partenaires.
En 2024, près de 500 contrats locaux de santé étaient en vigueur en France, couvrant environ la moitié de la population.

La mission propose de franchir une étape en **renforçant les CLS pour leur donner un rôle majeur en faveur d'une santé globale**. Comme le Plan Local d'Urbanisme est un document traduit un projet global d'aménagement et d'urbanisme, le CLS serait le document donnant une visibilité et une lisibilité aux politiques en faveur de la santé sur un territoire.

Ils devraient être **généralisés à l'ensemble des territoires**. Il ne s'agit pas de créer un dispositif supplémentaire, mais de donner une colonne vertébrale aux dispositifs déjà présents (projet régional de santé, plan régional santé environnement, projet

médico-soignant partagé des groupements hospitaliers de territoire, projet de santé des structures d'exercice coordonné des professionnels de santé de ville, projets alimentaires territoriaux, actions des départements, politiques communales ou intercommunales de santé, aménagement du territoire, programmes associatifs, actions des caisses, interventions médico-sociales, démarches d'aller-vers et dispositifs expérimentaux).

Ce nouveau rôle permettrait de donner un **cadre opérationnel au principe de responsabilité territoriale et populationnelle** consacré par le code de la santé publique, selon lequel les acteurs de santé d'un territoire sont collectivement responsables de l'amélioration de la santé de la population. Leur généralisation permettrait de passer d'une logique d'expérimentations dispersées **à une infrastructure territoriale stable de prévention primordiale**, fondée sur un diagnostic partagé, une programmation pluriannuelle, une ingénierie locale, la participation des habitants et l'évaluation des résultats.

Le CLS renforcé aurait pour vocation de **mettre en cohérence l'ensemble des politiques de proximité** (logement, mobilité, alimentation, environnement, sport, lien social, accès aux droits, action sociale, santé mentale et prévention des expositions défavorables) en **coordonnant les acteurs autour d'objectifs, de moyens et d'indicateurs communs**. Il permettrait ainsi d'organiser la prévention non pas à partir de dispositifs isolés, mais à partir des besoins réels des habitants et des ressources déjà présentes sur le territoire.

Il **rassemblerait l'ensemble des acteurs** : la collectivité porteuse, l'État via les agences régionales de santé (ARS) et l'Éducation nationale, les établissements sanitaires et médico-sociaux, les professionnels de santé, les services de protection maternelle et infantile (PMI), la caisse primaire d'assurance maladie, la caisse d'allocations familiales, sans oublier les citoyens représentés par des associations car la participation des habitants, associations, pairs et acteurs de proximité doit être traitée comme une condition de démocratie.

L'Etat, via les agences régionales de santé, **conclurait avec le territoire un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)** adaptant les priorités fixées par la stratégie nationale de santé, définissant les priorités territoriales, les objectifs poursuivis, les moyens mobilisés pour l'ingénierie et les actions déployées.

Le CLS pourrait s'appuyer sur un **tableau de bord, déclinaison locale du tableau de bord national** dont la Direction générale de santé (DGS) aurait la responsabilité, et dont la diffusion serait assurée par les agences régionales de santé. Il serait issu du croisement des données sanitaires, sociales et environnementales du territoire pour aider au pilotage des politiques liées à la santé.

Les porteurs du CLS bénéficieront de l'appui méthodologique d'un **Consortium scientifique régional** associant universitaires, observatoires régionaux de santé (ORS), universités, Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (Ireps), représentants locaux de Santé publique France, agences environnementales, et équipes de recherche. Sa mission serait d'aider les territoires à choisir, documenter et évaluer des interventions adaptées aux besoins de leur population. L'aide apportée serait proportionnée aux difficultés des territoires (territoires ultramarins, aux quartiers prioritaires de la politique de la ville et aux zones France ruralités revitalisation (ZFRR et ZFRR+)).

Le CLS comporterait une **annexe financière et évaluative pluriannuelle** précisant les engagements opérationnels et financiers, le calendrier de mise en œuvre, les indicateurs de suivi et les modalités de révision. Il ne s'agirait pas de transposer mécaniquement le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens sanitaires ou médico-social, mais de créer un outil plus souple offrant néanmoins une visibilité à trois ou cinq ans.

Encadré n° 29 – Les outre-mer, révélateurs des conditions de réussite de la prévention territorialisée

Les territoires ultramarins concentrent plusieurs défis structurants de la prévention primordiale : pauvreté élevée, faible littératie en santé, enjeux linguistiques, insularité ou enclavement, exposition aux risques climatiques et vectoriels, double fardeau infectieux et chronique, données lacunaires et fragilité de l'ingénierie territoriale.

Ils montrent qu'une stratégie nationale ne peut être efficace si elle applique uniformément des leviers prédéfinis. La priorité doit être de construire un diagnostic ultramarin partagé, intégrant les sciences humaines et sociales, puis de définir des objectifs propres avant de sélectionner les leviers adaptés.

Les outre-mer invitent ainsi à penser la territorialisation non comme une simple déclinaison locale, mais comme une méthode de réduction des inégalités. Ils appellent un financement dédié et pluriannuel, une ingénierie de terrain durable, une gouvernance renforcée, des données locales fiables, un pôle ultramarin de recherche en prévention et une pleine intégration de l'approche One Health.

La réussite de cette réforme suppose toutefois un **investissement dans l'ingénierie territoriale**. Chaque contrat devrait ainsi être doté d'un ingénieur territorial titulaire d'un diplôme le qualifiant pour la santé publique de niveau 7 (Master), compétent en matière de santé environnementale (qualité de l'air, du sol et de l'eau, bruit, chaleur, habitat, mobilités actives, alimentation, espaces verts, expositions dans les lieux accueillant du public,…) et en charge des missions suivantes : appui sur le traitement des données et

de l'évaluation, organisation de la participation citoyenne, montage financier, élaboration, suivi et évaluation des actions du contrat, gestion de projet.

Le CLS pourrait également constituer un lieu de réflexion, de décision et de mise en œuvre des travaux d'adaptation du territoire au changement climatique.

Au regard du principe d'universalisme proportionné, la dotation de financement de l'ingénierie locale devra être modulée selon la fragilité territoriale avec un avantage supplémentaire donné aux territoires ultramarins, aux quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et aux zones France ruralités revitalisation (ZFRR et ZFRR+).

Proposition n°2 - Faire des contrats locaux de santé (CLS) le bras armé territorial de la prévention primordiale.

- Les CLS sont généralisés à l'ensemble du territoire national, ils sont opposables (à l'instar du PLU-H) et publics.
- Ils associent l'ensemble des acteurs en lien avec la santé au sens large (mobilités, logements, environnements, …).
- Ils bénéficient de tableaux de bord permettant de croiser des données sanitaires, sociales et environnementales du territoire.
- Les agences régionales de santé (ARS) concluent des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les collectivités porteuses de CLS, adaptant les priorités fixées par la stratégie nationale de santé, définissant les priorités territoriales, les objectifs poursuivis, les moyens mobilisés pour l'ingénierie et les actions déployées.
- Ils bénéficient de l'appui méthodologique d'un consortium scientifique régional qui publie un guide méthodologique pour accompagner les collectivités au déploiement, au suivi et à l'évaluation des CLS.
- Le financement des CLS et de l'ingénierie nécessaire est assuré par un redéploiement de l'enveloppe du Fonds d'Investissement Régional (FIR) finançant les actions de prévention et promotion de la santé.

Il est ainsi proposé de compléter l'article L. 1434-10 du code de la santé publique pour préciser que les **contrats locaux de santé constituent l'outil privilégié de territorialisation** de la prévention primordiale et de réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé.

Étape	Objet	Responsables	Livrable
1. Diagnostic partagé	Identifier les besoins sanitaires, sociaux, environnementaux et ressources locales ; prioriser les publics et milieux de vie.	Collectivité porteuse, ARS, département, Assurance maladie, consortium régional.	Diagnostic territorial actualisé ; cartographie des inégalités ; priorités à 5 ans.
2. Pacte de gouvernance	Définir les signataires, la participation citoyenne, le rôle de chaque niveau territorial et les modalités d'arbitrage.	Collectivité porteuse + ARS ; association des communes, EPCI, département, préfet, usagers.	Convention-cadre du CLS ; comité de pilotage restreint ; comité citoyen.
3. CPOM territorial	Transformer les priorités en objectifs mesurables, actions financées, calendrier et indicateurs.	Signataires financiers et opérateurs.	Annexe financière et évaluative pluriannuelle.
4. Mise en œuvre territorialisée	Déployer les actions dans les lieux de vie avec les opérateurs locaux et les professionnels.	Collectivités, associations, CPTS, PMI, éducation, acteurs sociaux et environnementaux.	Portefeuille d'actions resserré ; fiches-actions standardisées.
5. Évaluation et réallocation	Mesurer couverture, effets, inégalités et conditions de réussite ; diffuser les actions probantes.	Consortium régional, ARS, collectivités, CRSA/CTS.	Bilan annuel public ; revue à mi-parcours ; capitalisation régionale.

2. Là où l'on grandit et l'on étudie

Les lieux où l'on grandit et où l'on apprend constituent le premier espace de construction de la santé. De la grossesse aux premiers mois de vie, de la petite enfance à l'adolescence, puis jusqu'à l'entrée dans la vie active, chaque étape offre des occasions uniques de prévenir, de sensibiliser, d'apprendre les bons comportements de santé.

Les périodes de la petite enfance, de l'enfance et de la jeunesse sont déterminantes : les habitudes alimentaires, l'activité physique, le rapport au sommeil, les compétences psychosociales, la santé mentale, la relation aux écrans ou encore l'environnement social et familial contribuent à l'état de santé futur.

Entre chacune de ces périodes, il existe des **ruptures individuelles, institutionnelles et territoriales qui expliquent l'absence de continuum de prévention de 0 à 25 ans**. Elles conduisent à des pertes de chance, notamment pour les jeunes les plus éloignés du système de santé.

Or, ces lieux devraient former une chaîne de points de contact, aujourd'hui discontinue : les acteurs de la prévention interviennent souvent sans disposer d'une architecture commune. La protection maternelle et infantile (PMI), la santé scolaire et la santé étudiante interviennent chacune sur des périodes distinctes, avec des missions essentielles mais insuffisamment coordonnées.

Créer un Service Public de Santé Enfance et Jeunesse pour organiser un parcours de prévention de la conception à 25 ans

La mission propose de créer un **service public permettant d'assurer un parcours de prévention de 0 à 25 ans**. Il s'agit de construire une garantie publique organisée, lisible et évaluée, reposant sur la mise en réseau des acteurs existants sans créer de nouvelle structure administrative : PMI, médecine scolaire, services de santé étudiante, professionnels de santé de ville, collectivités, établissements scolaires et universitaires, associations et acteurs de proximité.

Ce continuum doit permettre de passer d'une succession d'interventions ponctuelles à une véritable chaîne publique de prévention, de la conception à l'entrée dans l'âge adulte.

Cette continuité doit bénéficier à tous et plus particulièrement aux enfants et jeunes ne bénéficiant pas d'un suivi médical régulier. Les enfants par l'aide sociale à l'enfance cumulent souvent des vulnérabilités sanitaires, sociales, éducatives et psychiques. Le continuum serait incomplet s'il restait centré sur les seuls parcours scolaires ordinaires : chaque mesure de protection doit aussi pouvoir devenir un point d'entrée vers la santé globale, la prévention et l'accès aux droits.

- **Garantir à chaque jeune un parcours de prévention et développer l'accès à la littératie en santé**

Le premier pilier du continuum doit être un socle universel. Chaque jeune, quels que soient son territoire, son statut social, son établissement ou son parcours familial, doit pouvoir accéder à un ensemble cohérent d'actions de prévention adaptées à son âge.

Ce socle ne se limite pas à des consultations ou à des campagnes d'information. Il nécessite **l'acquisition d'une littératie en santé, de compétences psychosociales, de bilans et points de contact effectifs et, si nécessaire, après repérage, d'une orientation, un accompagnement et un suivi** : compétences psychosociales, littératie en santé, santé mentale, activité physique quotidienne, alimentation et restauration collective, sommeil, usages numériques et esprit critique, vaccination, santé sexuelle, santé bucco-dentaire, prévention des addictions, santé environnementale, repérage des violences et accès aux droits.

Le continuum 0-25 ans doit garantir
- un socle de littératie en santé et de compétences psychosociales,
- des bilans et points de contact effectifs,
- et si nécessaire, après repérage, une orientation, un accompagnement et un suivi.

- **Redéfinir les missions de chaque structure , clarifier les rôles de l'ensemble des professionnels et faire converger les objectifs**

Leurs missions sont les suivantes :

- Promouvoir la santé
- Conseiller et accompagner les familles (projet parental, grossesse, accouchement, éducation)
- Repérer et dépister.
- Vacciner.

Les écoles promotrices de santé, les universités promotrices de santé sont une référence utile et doivent se développer sur tous les territoires. Elles doivent permettre d'amplifier les actions en vue d'environnements favorables, de littératie et de compétences psychosociales, et les programmes de prévention notamment la vaccination, les dépistages, la bonne nutrition et l'activité physique, l'éducation à la santé.

A l'inverse et au regard des évolutions récentes des politiques de santé, ce service permettrait revisiter les priorités. A titre d'exemple, le redéploiement des 20 bilans de santé de 0 à 18 ans doit permettre de limiter l'engagement de la protection maternelle et infantile et de la santé scolaire et de concentrer ses efforts dans les territoires où l'offre est carencée en ville comme à l'hôpital ou vis-à-vis des publics éloignés du système de santé.

Âge / étape	Lieu ou situation dominante	Fonction de prévention à garantir
0-3 ans	Grossesse, maternité, PMI, modes d'accueil, 1 000 premiers jours	Bilans de santé en subsidiarité du droit commun, soutien parental, développement, vaccination, nutrition, sommeil, environnement, repérage précoce
3-6 ans	École maternelle, PMI, santé scolaire, périscolaire	Bilans de santé en subsidiarité du droit commun, langage, vision, audition, activité physique, alimentation, compétences psychosociales
6-11 ans	École primaire, restauration scolaire, activités sportives et culturelles	Bilans de santé en subsidiarité du droit commun, littératie, compétences psychosociales, activité physique quotidienne, santé bucco-dentaire, sommeil, écrans, lien avec les familles
11-15 ans	Collège	Bilans de santé en subsidiarité du droit commun, littératie, compétences psychosociales, santé mentale, vaccination HPV, vie affective et relationnelle, addictions, écrans, esprit critique, climat scolaire
15-18 ans	Lycée, enseignement agricole, apprentissage	Bilans de santé en subsidiarité du droit commun littératie, compétences psychosociales, autonomie progressive, santé sexuelle, addictions, orientation, compétences de vie, prévention des risques professionnels
18-25 ans	Enseignement supérieur, apprentissage, insertion, santé étudiante	Accès aux droits, santé mentale, précarité, nutrition, sommeil, addictions, prévention personnalisée et orientation

- **Un système d'information unique, partagé et articulé avec Mon Espace Santé assurerait ce continuum.**

La création d'un service public de santé enfance et jeunesse suppose aussi une capacité commune à suivre les parcours, à objectiver les besoins et à mesurer les résultats. Or les systèmes d'information demeurent aujourd'hui fragmentés entre institutions et professionnels, ce qui limite le suivi des bilans obligatoires, des rappels vaccinaux, des orientations, des ruptures de parcours et des inégalités territoriales.

Il convient donc de construire un socle numérique commun, interopérable et sécurisé, articulé avec le carnet de santé, le dossier médical partagé, Mon Espace Santé et les systèmes métiers de la PMI, de la santé scolaire, de la santé étudiante et des professionnels de santé. Les professionnels habilités intervenant dans le cadre de ce service public devraient pouvoir accéder aux informations strictement nécessaires au suivi de l'enfant ou du jeune, dans le respect du secret médical, du consentement, des droits des familles et des règles de protection des données.

Ce socle numérique aurait également une fonction de pilotage. À l'échelle départementale, une cartographie des carences devrait croiser les taux de réalisation des bilans obligatoires, les indicateurs de santé des enfants et des jeunes, les données

sociales et territoriales, les ratios des professionnels de ce service ainsi que les délais d'orientation et de prise en charge. Elle permettrait d'identifier les territoires où l'offre préventive est insuffisante et d'y concentrer prioritairement les moyens.

- **Un service public sous la forme juridique d'une structure de coordination de type « groupement d'intérêt public » (GIP).**

La réussite de cette réforme repose donc sur une capacité nouvelle à coordonner des acteurs qui interviennent aujourd'hui chacun dans leur champ de compétence. Cette coordination pourrait prendre la forme d'une contractualisation entre l'État et les acteurs concernés autour d'objectifs communs, d'indicateurs partagés et de moyens financiers et humains. Une structure de coordination de type groupement d'intérêt public (GIP) pourrait assurer l'animation du dispositif, le suivi des engagements et l'évaluation des résultats.

Le principe serait simple : chaque structure est respectée et fonctionne dans son lieu d'exercice ; un cadre commun est donné à tous et des objectifs partagés guident l'action collective. C'est cette capacité à agir ensemble, sans ajouter de nouvelles strates administratives, qui permettra de construire un véritable service public de prévention de la naissance à l'entrée dans la vie active.

- **Développer l'attractivité des médecins, infirmiers, psychologues, au moyen d'un statut d'emploi**

La fragilisation progressive de la protection maternelle et infantile, de la santé scolaire et de la santé étudiante tient pour une part à la perte d'attractivité de ces carrières. Les difficultés de recrutement, le vieillissement des effectifs et la faible reconnaissance institutionnelle de ces métiers compromettent aujourd'hui la capacité de ces services à assurer pleinement leurs missions.

Notre système de santé a déjà été confronté à une situation comparable. À la fin des années 1950, afin de structurer durablement l'hôpital public et d'attirer les meilleurs professionnels, les ordonnances « Debré » ont organisé les missions hospitalières autour d'un exercice médical modernisé. Cette évolution a été prolongée par la création, en 1984, du statut de praticien hospitalier, qui a offert un cadre d'exercice, des perspectives de carrière et une reconnaissance professionnelle propres à renforcer l'attractivité de l'hôpital public.

La prévention mérite aujourd'hui un effort de même nature. Les professionnels qui consacrent leur carrière à la santé des enfants, des adolescents et des étudiants

exercent des missions essentielles pour la santé publique, sans bénéficier d'un cadre statutaire reflétant pleinement cette responsabilité.

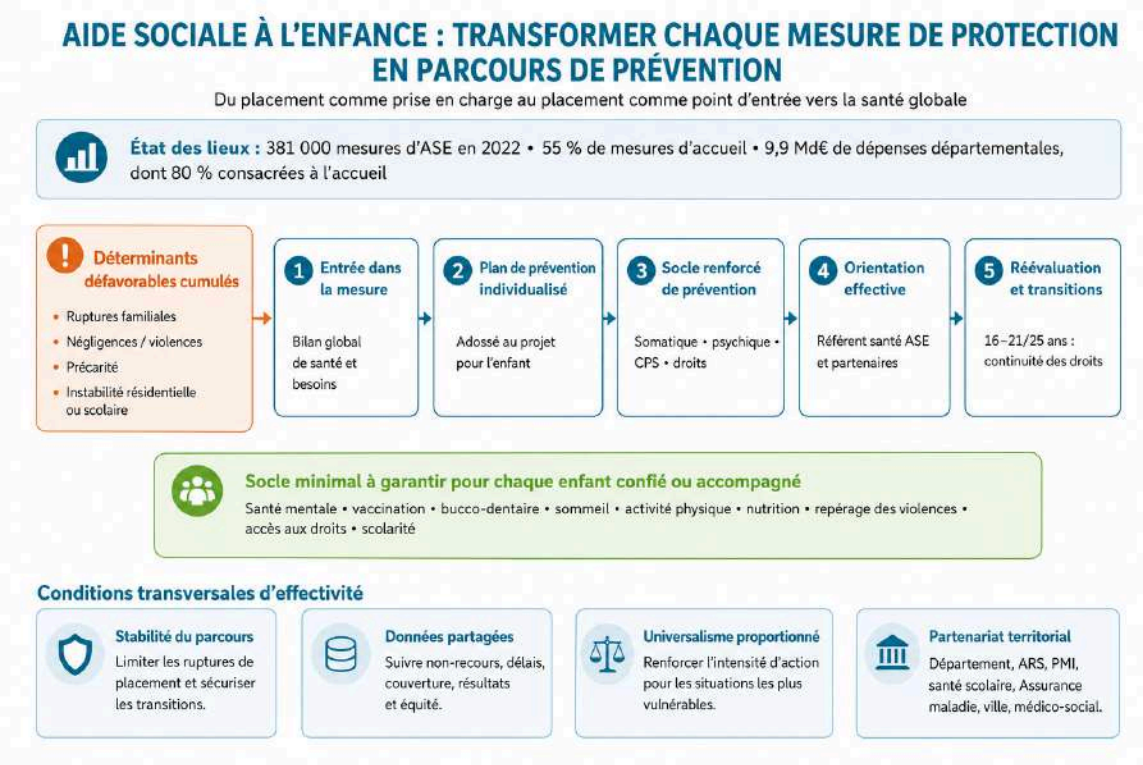
La mission propose de créer, pour l'ensemble des professions de ce nouveau service (médecins, sage-femmes, infirmiers, psychologues), un **statut de Praticien de Prévention en santé,** un **statut spécifique d'emploi,** aligné sur les statuts définis sous le régime de la fonction publique hospitalière, pourrait être créé pour renforcer l'attractivité des professionnels de santé exerçant en PMI et dans les services de santé scolaire et universitaire. Les agents de ce nouveau service public y seraient détachés sur contrat, pour bénéficier des avantages du statut d'emploi et tant qu'ils y apportent leur contribution.

Cela permettrait une revalorisation de ces métiers et serait accompagné d'une formation continue.

- **Orienter les moyens vers les territoires et publics qui rencontrent le plus de difficultés.**

Ce service public doit toutefois **respecter un principe d'universalisme proportionné** : proposer un socle commun pour tous, mais des moyens renforcés là où les besoins, les obstacles et les expositions sont les plus élevés. Les moyens doivent ainsi être prioritairement orientés vers les territoires et les publics confrontés aux plus fortes vulnérabilités : enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, éducation prioritaire, territoires ruraux et ultramarins, jeunes en situation de handicap, étudiants précaires, jeunes sans médecin traitant ou familles éloignées des institutions.

Pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, la proposition doit garantir un socle minimal : bilan de santé à l'entrée, réévaluation régulière, carnet vaccinal à jour, santé mentale, santé bucco-dentaire, sommeil, activité physique, nutrition, repérage des violences, accès aux droits et articulation avec le projet pour l'enfant. L'objectif n'est pas d'ajouter une procédure, mais de faire de chaque mesure de protection un point d'entrée effectif vers la santé globale.



Faire du repérage une véritable porte d'entrée vers la prévention

Le continuum 0-25 ans doit **organiser les suites données au repérage** : famille informée pour les enfants, professionnel ou structure identifié, délai suivi, ressource mobilisable, retour d'information et accompagnement si nécessaire. Cette exigence vaut pour la PMI, la santé scolaire, la santé universitaire, l'aide sociale à l'enfance, les établissements, les soins de ville, les collectivités et les associations.

La prévention des jeunes doit être jugée non seulement au nombre de bilans ou d'actions réalisées, mais aussi à la capacité du système à rejoindre les jeunes qui en ont besoin, à réduire les délais d'orientation et à éviter les ruptures entre institutions, âges, territoires et statuts.

- **Établir une contractualisation financière entre l'État, les conseils départementaux, les universités.**

La création d'un service public de santé enfance et jeunesse suppose de dépasser la juxtaposition actuelle des financements : les départements financent la PMI, l'État la santé scolaire, les universités les services de santé étudiante, tandis que d'autres acteurs interviennent sur des programmes ponctuels. Cette organisation entretient une logique de silos et ne permet pas de financer durablement les missions communes du continuum 0-25 ans.

Une contractualisation financière pluriannuelle devrait donc être établie entre l'État, les conseils départementaux, les universités et, selon les territoires, les ARS, l'assurance maladie et les collectivités concernées. Elle aurait pour objet de financer les priorités communes du service public.

Elle devrait comporter une dotation additionnelle destinée à renforcer l'attractivité des métiers socles de la prévention (médecins, infirmiers, psychologues et professionnels de prévention) et à orienter les moyens vers les territoires les plus carencés. Chaque acteur conserverait ses compétences, mais s'engagerait dans un cadre commun d'objectifs, d'indicateurs et de redevabilité partagée.

Proposition n° 3 : Créer un Service public de santé enfance et jeunesse.

- Constituer un continuum de prévention primordiale, de la conception à l'entrée dans la vie active, en formalisant un réseau rassemblant les services de protection maternelle et infantile (PMI), la médecine scolaire et les services de santé étudiante.
- Redéfinir et faire converger les missions des 3 structures : prévention avec les programmes, promoteurs de santé (crèches, écoles, universités), dépistage, vaccinations …
- Développer l'attractivité des médecins, infirmiers, psychologues, au moyen d'un **statut d'emploi** (ex. : praticiens des médecines de prévention, comme il existe des Praticiens Hospitaliers).
- Permettre aux professionnels du service public un accès à Mon Espace Santé pour garantir une continuité des dossiers de santé des enfants et jeunes.
- Structure de coordination type groupement d'intérêt public (GIP).
- Établir une contractualisation financière entre l'État, les conseils départementaux, les universités.
- Orienter les moyens vers les territoires et les publics qui rencontrent le plus de difficultés.

3. Là où l'on travaille

Le travail constitue l'un des principaux lieux de vie de l'âge adulte. Il structure les rythmes de vie, les expositions, les ressources, les contraintes, les relations sociales, l'autonomie, le sentiment d'utilité, la santé mentale et les trajectoires professionnelles. Il expose parfois à des risques, mais il peut aussi protéger, soutenir les capacités d'agir et favoriser l'accès à des actions de prévention. À ce titre, il doit être **reconnu comme un déterminant majeur de santé**.



Cette reconnaissance ne vise pas à substituer la promotion de la santé à la prévention des risques professionnels (accidents du travail et maladies professionnelles). Elle vise au contraire à élargir l'ambition : les lieux de travail ne sont pas seulement des lieux où il faut éviter le dommage, mais des milieux pouvant soutenir activement la santé des actifs, à condition que les obligations de santé-sécurité demeurent pleinement garanties.

- La mission fixe donc un cadre substantiel : **reconnaître le travail comme milieu favorable à la santé, préciser les priorités de prévention en milieu professionnel et poser les garanties d'équité**.

Aujourd'hui, les politiques de santé au travail et de santé publique restent encore trop souvent séparées. Pourtant, les mêmes déterminants traversent les deux champs : activité physique, sédentarité, alimentation, sommeil, santé mentale, addictions,

vaccination, expositions environnementales, maintien dans l'emploi ou prévention de la désinsertion professionnelle.

La proposition consiste à reconnaître explicitement les lieux de travail comme des milieux de prévention primordiale dans l'ensemble des différents secteurs, privé, fonction publique, agricole, indépendants, travailleurs précaires.

Cette évolution permettrait de reconnaître que le travail peut devenir un point de contact privilégié pour atteindre des populations qui ne recourent pas toujours spontanément aux dispositifs de prévention, cela sans ajouter une nouvelle obligation aux employeurs. Elle est déjà esquissée par plusieurs travaux institutionnels : l'IGAS a souligné, à partir de l'exemple des maladies cardiovasculaires, la nécessité de mieux articuler santé au travail et santé publique, notamment parce que l'environnement professionnel contribue aux risques cardiovasculaires et interagit avec les inégalités sociales de santé ;[95] dans le même esprit, la CNAM propose de faire de l'entreprise un lieu de concrétisation de la prévention, notamment à travers des offres associant vaccination, dépistage, repérage de facteurs de risque et orientation vers les prises en charge adaptées[96].

Passer d'une prévention du risque professionnel à une prévention globale de la santé des actifs

Logique actuelle	Logique à construire
Éviter l'accident, l'exposition ou l'inaptitude	Prévenir les risques tout en créant des environnements favorables à la santé
Suivi médical et actions principalement centrées sur les obligations de santé-sécurité	Actions collectives sur activité physique, alimentation, sommeil, santé mentale, addictions, vaccination et maintien en emploi
Initiatives souvent sectorielles : employeur, SPST, branche, complémentaire ou Assurance maladie	Responsabilité partagée avec objectifs communs, garanties éthiques et indicateurs de couverture et d'équité
Indicateurs centrés sur l'activité : visites, actions, participation	Indicateurs de couverture, recours effectif, qualité, impact, équité et soutenabilité
Prévention plus accessible dans les organisations déjà structurées	Universalisme proportionné : socle commun pour tous les actifs, intensité renforcée pour les métiers, statuts et territoires les plus exposés

[95] BENSADON Anne-Carole, BARBEZIEUX Philippe. *Articulation entre santé au travail et santé publique : une illustration au travers des maladies cardiovasculaires*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, rapport n° 2013-127R, avril 2014, 119 p., spéc. p. 3-4, 11, 13, 27, 66, 76, 85 et 87.

[96] Caisse nationale d'assurance maladie. *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2026. Rapport « Charges et produits pour 2026 ».* Paris : CNAM, juin 2025, spéc. p. 12, 14 et 22-24.

En entreprise, cela implique de rapprocher les actions de prévention dispersées entre les services de prévention en santé au travail (SPST), les employeurs, les branches professionnelles et les organismes complémentaires. Cette fragmentation limite leur impact et peut conduire à des interventions parallèles, sans articulation suffisante avec les réalités des métiers et des expositions professionnelles. La mission propose **d'associer les SPST à la définition des contrats collectifs de protection sociale complémentaires conclus par les entreprises ou par les branches**. Leur expertise de terrain permettrait d'identifier les besoins prioritaires des salariés, de mieux cibler les actions de prévention et de garantir leur articulation avec les obligations de santé au travail. Les contrats groupe ne seraient ainsi plus uniquement des outils de couverture du risque, mais deviendraient également des leviers de prévention, construits en cohérence avec les besoins réels des populations actives.

Cette évolution suppose toutefois des garanties fortes. La prévention au travail ne doit pas devenir un outil de surveillance des comportements individuels, de sélection des risques, de tarification individuelle ou de management des comportements. Les actions doivent respecter la confidentialité, la participation des salariés, l'indépendance des professionnels, la finalité de santé publique et l'absence d'usage discriminatoire des données ou des informations de santé.

Proposition n°4 - Faire des lieux de travail des milieux favorables à la santé.

- Reconnaître le travail comme un déterminant de santé.
- Associer les SPST à la définition des contrats collectifs de protection sociale complémentaires conclus par les entreprises ou par les branches pour faire converger leurs actions.

- **Confier aux branches professionnels et aux organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) une mission pour la prévention primordiale**

La mission propose d'**associer les branches professionnelles, les complémentaires santé, les institutions de prévoyance à la politique de prévention primordiale au travail** dans le cadre **des priorités et des objectifs fixées de la SNS nationales de santé publique,** en recourant à des interventions probantes ou prometteuses et en publiant des indicateurs de couverture, d'équité et d'impact, **dans un cadre public, mesurable, éthique et évalué**.

Les branches professionnelles, les complémentaires santé et les institutions de prévoyance occupent une position singulière : elles connaissent les secteurs d'activité, les métiers, les organisations du travail, les arrêts, l'absentéisme, les risques de désinsertion professionnelle et les besoins des entreprises. Elles peuvent donc contribuer au passage à l'échelle d'actions de prévention en milieu professionnel, dès lors que leur intervention est strictement encadrée par une finalité de santé publique. La puissance publique doit fixer les garanties.

Le mission propose d'inscrire la prévention primordiale dans les accords ou appels d'offres de branche. L'objectif est de transformer des initiatives dispersées en engagements réciproques, lisibles et évaluables. Les acteurs complémentaires ou paritaires ne remplacent ni l'État, ni les services de prévention et de santé au travail ; ils deviennent des partenaires d'une stratégie publique de prévention, sous conditions.

Le pacte doit être conçu comme un échange équilibré. Les **branches, complémentaires santé et institutions de prévoyance s'engageraient à augmenter, sécuriser et rendre plus lisible leur contribution à la prévention**, en alignant leurs actions sur les priorités nationales de santé publique, en recourant à des interventions probantes ou prometteuses et en publiant des indicateurs de couverture, d'équité et d'impact.

En contrepartie, **la puissance publique fixerait les priorités, fournirait des référentiels, un appui méthodologique, des indicateurs agrégés utiles au pilotage et, lorsque cela est justifié, un accès proportionné, finalisé et contrôlé à certaines données utiles au ciblage et à l'évaluation**. Cet accès devrait être défini par programme, encadré par l'autorité publique et exclure tout usage de sélection ou de tarification individualisée.

Acteurs	Engagements attendus	Contreparties possibles	Garanties non négociables
Branches professionnelles	Inscrire un volet prévention dans les accords ou appels d'offres collectifs ; adapter les priorités aux risques sectoriels ; suivre les actions.	Appui méthodologique national ; référentiels probants ; indicateurs agrégés utiles au pilotage sectoriel.	Alignement sur la stratégie nationale ; probité des actions menées ; non-substitution aux obligations de santé-sécurité ; indicateurs d'équité.
Complémentaires santé	Déployer des actions utiles : vaccination, activité physique, nutrition, santé mentale, addictions, aidants, repérage et orientation.	Reconnaissance des dépenses de prévention ; accès proportionné à certaines données utiles au ciblage et à l'évaluation.	Pas de sélection des risques ; pas de tarification individualisée ; probité des actions menées ; transparence des programmes et des résultats.
Institutions de prévoyance	Articuler prévention, arrêts longs, invalidité, santé mentale, désinsertion professionnelle et accompagnement des salariés aidants.	Meilleure capacité de gestion préventive du risque ; conventions pluriannuelles avec branches et employeurs.	Finalité exclusivement préventive ; probité des actions menées ; protection des données ; participation des partenaires sociaux.
État	Définir les priorités, valider les référentiels, contrôler les usages de données, consolider les indicateurs et publier les résultats.	Mobilisation de financements complémentaires et paritaires ; meilleure couverture des actifs ; passage à l'échelle plus rapide.	Pilotage public, supervision éthique, auditabilité, publication d'indicateurs de couverture, impact et équité.

Le pacte doit poser des garde-fous explicites. **Les données et actions de prévention ne doivent jamais servir à sélectionner les assurés**, différencier les primes selon le risque individuel, exclure des garanties, organiser une segmentation assurantielle ou produire un contrôle managérial des salariés.

La donnée, lorsqu'elle est mobilisée, doit ouvrir des droits, des parcours et des accompagnements ; elle ne doit pas devenir un instrument de tri. Les usages doivent être finalisés, proportionnés, transparents, auditables, conformes au RGPD et placés sous contrôle public. Les salariés et actifs concernés doivent pouvoir identifier la finalité de l'action, le responsable de traitement, les garanties de confidentialité et les recours possibles.

Le pacte doit donc être assorti d'indicateurs simples : nombre de branches engagées, montants identifiés, part de salariés couverts, accès des TPE/PME, évaluations publiées, audits éthiques et effets sur les écarts de couverture.

Ce pacte devrait également prévoir une **condition scientifique afin d'éviter le déploiement d'actions de prévention sans base scientifique probante suffisante.** Les interventions doivent être pensées avec des données probantes, des indicateurs adaptés et une culture commune de l'évaluation.

L'évaluation doit être prévue dès la conception. Elle ne peut se limiter au nombre d'actions organisées ou au taux de satisfaction : elle doit suivre la couverture réelle, les publics atteints et non atteints, les effets sur les comportements ou les environnements, les conséquences sur les inégalités, la soutenabilité économique et les conditions de transférabilité.

Proposition n°5 - Faire des branches, complémentaires santé et institutions de prévoyance des partenaires encadrés de la prévention.

- Conclure un **pacte de prévention** associant les branches professionnelles, les complémentaires santé, les institutions de prévoyance et l'État.
- Engagements réciproques : mise en place d'actions probantes par les acteurs et référentiels, appuis méthodologiques, indicateurs fixés par l'État.
- Partage des données entre assurance maladie et complémentaires santé.

- **Reconnaître explicitement une compétence des organismes complémentaires en matière de prévention**.

Si les organismes complémentaires d'assurance maladie doivent devenir des partenaires à part entière de la politique de prévention, ils doivent disposer d'un cadre juridique adapté et de moyens d'action à la hauteur de leurs ambitions.

Aujourd'hui, plusieurs freins limitent leur capacité d'intervention. Certaines actions de prévention qu'ils financent ne sont pas reconnues comme des prestations de santé et sont, par conséquent, assimilées à des frais de gestion.

Le haut degré de solidarité se traduit par le financement d'actions dites « à caractère non directement contributif », alimentées par une contribution équivalente à 2 % des cotisations versées aux régimes complémentaires de santé et de prévoyance par les entreprises et les salariés d'une branche. Il est proposé que les organismes complémentaires d'Assurance maladie affectent ces 2% aux politiques de prévention en santé.

Leur accès limité aux données de santé de leurs adhérents et l'impossibilité de les traiter constituent un obstacle au développement d'une prévention plus ciblée et personnalisée, alors même que les outils numériques et l'analyse des données ouvrent de nouvelles perspectives.

Proposition n° 6 - Impliquer les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) aux objectifs de prévention primordiale fixés dans le cadre national.

- Reconnaître une compétence explicite des OCAM en matière de prévention.
- Leur permettre de financer la prévention comme une prestation.
- Affecter les 2% du haut degré de solidarité vers des actions de prévention primordiale.
- Leur permettre le traitement des données à des fins strictement de prévention.

4. Là où l'on est soigné

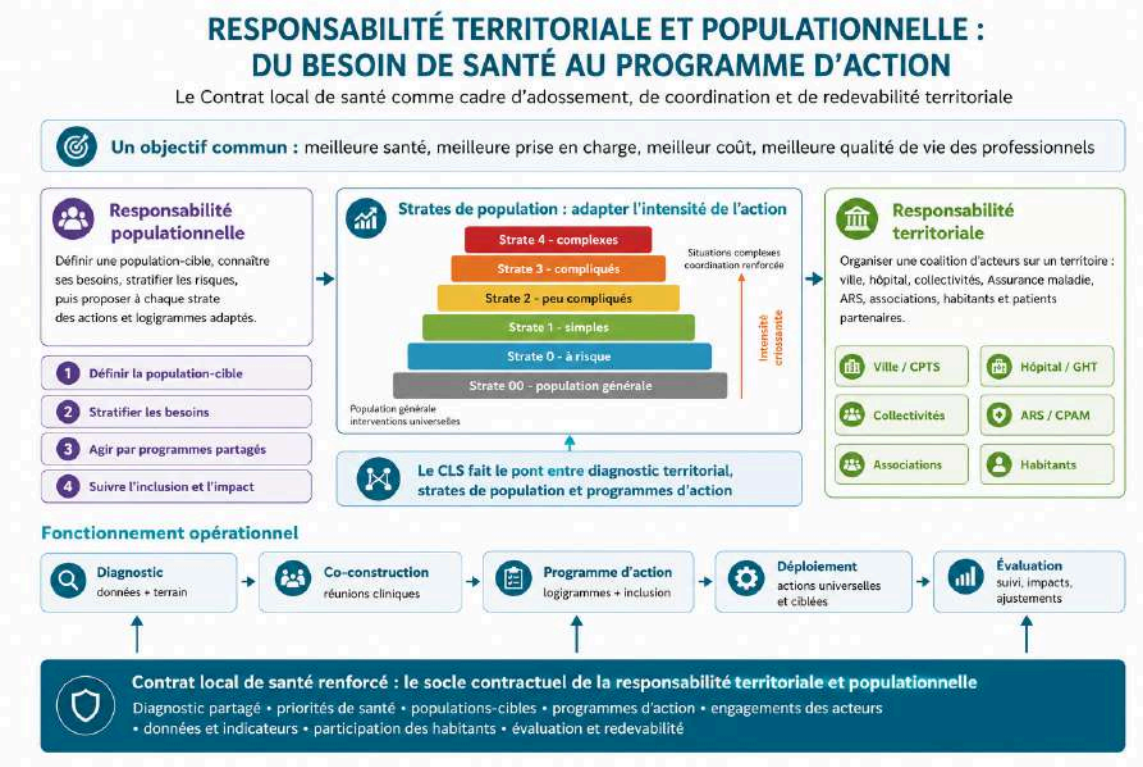
La prévention primordiale doit être organisée autour des moments, des lieux et des professionnels de santé que rencontrent les personnes dans leur vie ordinaire, avec une intensité proportionnée aux besoins et une attention particulière aux publics les plus éloignés de la prévention.

Les lieux de soins et d'accompagnement doivent donc être mobilisés autrement que pour seulement réparer, compenser ou orienter après la maladie ; **ils doivent devenir des points d'appui d'une responsabilité territoriale et populationnelle de prévention**. Cette responsabilité suppose de définir cette population, de connaître ses besoins, de repérer les risques avant la perte de chance, d'organiser l'accès effectif aux ressources locales et de rendre compte des résultats obtenus. Elle ne crée pas un étage supplémentaire de gouvernance : elle met en cohérence les acteurs autour d'objectifs lisibles de santé et d'autonomie.

Cette approche est particulièrement décisive pour le vieillissement et pour le handicap. Dans ces deux champs, la prévention implique des environnements accessibles, des parcours simplifiés, une littératie en santé adaptée, des professionnels formés, des données partagées et une évaluation qui mesure non seulement l'activité produite, mais aussi les capacités maintenues, les ruptures évitées, les hospitalisations prévenues et les inégalités réduites.

Il est proposé de reconnaître, dans chaque territoire de santé, une **responsabilité populationnelle de prévention primordiale**, conformément à l'esprit et la lettre de la loi[97]. Cette responsabilité consisterait à ne plus raisonner uniquement à partir des patients qui se présentent au système, mais à partir d'une population définie, par bassin de vie, territoire de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), contrat local de santé ou périmètre de Groupements hospitaliers de territoire (GHT), dont les besoins de prévention sont connus, suivis et partagés.

Cette responsabilité ne doit pas être conçue comme une nouvelle structure. Il est proposé qu'elle soit portée par une **convention territoriale de prévention populationnelle**, prenant en compte les environnements, les comportements et les facteurs de risque de cette population, nécessairement adossée aux contrats locaux de santé.



Le schéma montre que la responsabilité populationnelle permet d'adapter l'intensité des actions selon les strates de population, tandis que la responsabilité territoriale organise la coalition d'acteurs chargée de les mettre en œuvre. Le contrat local de santé renforcé apparaît comme le cadre d'adossement : il transforme le diagnostic territorial en programmes d'action partagés, suivis, évalués et assumés collectivement.

[97] Art L. 1434-10 I A CSP : *« L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire. »*

Encadré n° 30 - Responsabilité territoriale et populationnelle

La responsabilité territoriale et populationnelle consiste à passer d'un système qui répond principalement aux personnes qui se présentent à lui à un système qui se demande quelles personnes, sur un territoire donné, devraient être rejointes, accompagnées et maintenues en santé. Elle suppose de définir une population, de la stratifier selon ses besoins, de construire des programmes d'action partagés, de mobiliser les acteurs de ville, hospitaliers, médico-sociaux, sociaux et associatifs, et de suivre les résultats.
Elle respecte chaque identité : les groupements hospitaliers de territoire, les dispositifs d'appui à la coordination ou les établissements et services médico-sociaux ; elle les mobilise autour d'objectifs communs de prévention, d'accès effectif et d'équité. Son apport politique est de rendre chaque territoire comptable non seulement de l'offre disponible, mais des publics réellement atteints et des ruptures évitées.

La mesure doit ainsi permettre de passer d'une prévention dispersée à une prévention organisée, mesurable et redevable. Elle donne un cadre commun aux acteurs sans ajouter une couche institutionnelle supplémentaire, en les engageant sur la santé d'une population plutôt que sur la seule production d'actes ou d'actions.

- Les professionnels libéraux

Les professionnels libéraux sont des acteurs de prévention. Il conviendrait d'adapter les modalités de financement. La prévention ne peut en effet reposer exclusivement sur une rémunération à l'acte. À l'exception de certains dispositifs comme la vaccination, les interventions préventives sont aujourd'hui peu valorisées. Il conviendrait d'expérimenter des rémunérations interprofessionnelles fondées sur l'atteinte d'objectifs de prévention, suivis à l'aide de tableaux de bord territoriaux.

- Les établissements médicaux et médico-sociaux

Les fédérations hospitalières proposent un changement de paradigme notamment pour la prise en charge des personnes âgées. Faire santé, ce n'est pas seulement soigner. Il s'agit « de partir du besoin de la population pour déterminer les besoins nécessaires, et non l'inverse ». La Fédération Hospitalière de France propose cinq piliers : la prévention comme socle, l'adaptation de la société, la refonte de l'offre médico-sociale et sanitaire, l'investissement dans les métiers et les ressources humaines, et la clarification de la gouvernance [98].

[98] Fédération hospitalière de France, *Vers une loi de programmation pour bâtir une société de la longévité*, mai 2026.

Proposition n° 7 - Confier aux organisations du soin (GHT et CPTS) une responsabilité populationnelle en lien avec les CLS.

- Elles sont responsables de la santé de la population - convention territoriale de prévention populationnelle nécessairement adossée aux contrats locaux de santé (CLS). Elles sont intéressées aux résultats de la politique.
- Implication des professionnels de santé dans leur cabinet ou laboratoire (médecins, infirmiers, sages-femmes, biologistes, pharmaciens, kinésithérapeutes…), au domicile (infirmiers, aide-soignants, prestataires de santé à domicile (PSAD)...) et dans les établissements médicaux et médico-sociaux.
- Expérimenter des rémunérations interprofessionnelles fondées sur l'atteinte d'objectifs de prévention, suivis à l'aide de tableaux de bord territoriaux.

Dans cette logique, le **« Making every contact count » (MECC) ou « chaque contact compte »**, invite à faire de chaque interaction avec le système de santé ou d'accompagnement une opportunité de prévention. L'IGAS rappelle ainsi que cette approche, pratiquée en routine dans les hôpitaux du Royaume-Uni, vise à saisir *« toutes les occasions de contacts et d'échanges »* pour favoriser des comportements favorables à la santé, par des interventions *très brèves* ou par une orientation vers des professionnels ou structures adaptées. Cette logique peut être transposée à la française sous la forme d'un socle commun : repérer un risque, délivrer une information adaptée, orienter vers une ressource locale et assurer la continuité du parcours de prévention, sans transformer chaque professionnel en spécialiste de prévention.[99].

Proposition n° 8 - Déployer le dispositif « Making every contact count » (MECC) ou « chaque contact compte » pour l'ensemble des professionnels de santé.

- Saisir « toutes les occasions de contacts et d'échanges » pour favoriser des comportements favorables à la santé, grâce à des interventions très brèves ou à une orientation vers les dispositifs adaptés.

La responsabilité populationnelle et territoriale et le « chaque contact compte » n'auront de portée que si chaque territoire définit clairement la population suivie, les besoins prioritaires et les résultats attendus. L'enjeu est de passer d'une coordination d'acteurs à une obligation collective de résultats lisible.

[99] Sur la logique « chaque contact compte », voir Inspection générale des affaires sociales, Anne-Carole Bensadon, Benjamin Maurice et Françoise Turblin, *Le financement de la prévention primordiale dans les établissements de santé,* rapport n° 2023-084R, octobre 2024, spéc. p. 2, 10, 24, 27, 40, 48 et 86 ; Cour des comptes, *La politique de prévention en santé – Les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies,* décembre 2021, spéc. p. 15 et 100 ;

5. Les publics oubliés

La détention est un lieu de vie contraint. Elle n'est pas un lieu de vie ordinaire, mais elle concentre des vulnérabilités sanitaires, sociales, psychiques et addictologiques qui rendent la prévention primordiale plus nécessaire encore. Les personnes détenues doivent donc bénéficier d'un socle de prévention de droit commun, adapté aux contraintes du milieu carcéral.

La mission propose de faire des **lieux de détention des lieux de prévention de droit commun**.

Verbatim – consultation citoyenne du 27 avril 2026
« Si l'on ne prend pas soin de la santé de tout le monde, alors on ne prend soin de la santé de personne. »

Cette proposition vise à organiser, dans un cadre santé-justice clarifié, un continuum de prévention avant, pendant et après la détention, sans faire peser sur l'administration pénitentiaire une responsabilité sanitaire qu'elle ne peut assumer seule.

La prison peut devenir un point de contact avec des publics très éloignés du droit commun. Elle ne peut le devenir qu'à condition que la prévention y soit lisible, confidentielle, reliée aux droits sociaux, aux soins, aux associations et aux acteurs de proximité et organisée jusqu'à la sortie.

Les lieux de détention doivent être intégrés à l'architecture des lieux de vie parce qu'ils concentrent des contraintes et des expositions qui peuvent aggraver les inégalités de santé. L'enfermement, la promiscuité, les rythmes de vie, les conditions matérielles, l'accès limité aux activités, les ruptures familiales et les violences façonnent les déterminants de santé en détention.

Le principe directeur doit être celui du droit commun adapté. La personne détenue ne cesse pas d'être titulaire d'un droit à la prévention. Le milieu contraint appelle des modalités spécifiques, mais non une prévention dégradée ou périphérique.

L'instruction interministérielle du 7 septembre 2023 relative à la mise en place d'une stratégie régionale de promotion de la santé en milieu pénitentiaire et de la feuille de route nationale Santé des personnes placées sous-main de justice 2024-2028[100], demande aux agences régionales de santé (ARS), aux directions interrégionales des services pénitentiaires et aux directions interrégionales de la protection judiciaire de la

[100] Ministère de la Santé et de la Prévention et ministère de la Justice, Instruction interministérielle n° DGS/SP/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2023/97 du 7 septembre 2023 relative à la mise en place d'une stratégie régionale de promotion de la santé en milieu pénitentiaire, NOR : SPRP2316077J, BO Santé - Protection sociale - Solidarité, n° 2023/17, 15 septembre 2023.

jeunesse de mettre en place une stratégie régionale de promotion de la santé en milieu pénitentiaire, comprenant notamment la désignation d'un référent ARS, la mise en place d'un comité régional santé des personnes placées sous-main de justice, l'élaboration d'un programme d'actions régional et un bilan à un an appuyé sur des indicateurs de suivi.

Organiser un continuum de prévention de l'entrée à la sortie du lieu de détention

La prévention en détention doit être pensée comme un parcours. L'entrée, le temps de détention et la sortie sont trois moments distincts, mais interdépendants. À l'entrée, il faut repérer, informer, vacciner, ouvrir ou rétablir les droits et identifier les vulnérabilités. Pendant la détention, il faut maintenir les actions de prévention, accompagner les besoins de santé mentale, addictions et réduction des risques, et préserver la confidentialité. À la sortie, il faut organiser la continuité avec les soins, les droits sociaux, la couverture maladie et les acteurs de proximité.

Moment du parcours	Objectifs de prévention	Garanties à organiser
Entrée	Bilan de santé et de prévention ; vérification du statut vaccinal ; repérage santé mentale, addictions, violences, précarité et droits sociaux.	Information compréhensible ; confidentialité ; orientation vers l'unité sanitaire ; ouverture ou vérification des droits.
Détention	Vaccination, santé mentale, addictions, réduction des risques, santé sexuelle, activité physique, accès aux soins et prévention des violences.	Coordination santé / justice / administration pénitentiaire ; continuité des interventions ; intervention des associations ; respect du secret médical.
Préparation de la sortie	Couverture maladie, droits sociaux, rendez-vous de soins, orientation vers le droit commun, relais associatif et territorial.	Point de contact identifié ; documents administratifs ; continuité de traitement ; orientation effective vers une ressource de santé ou d'accompagnement.

Ce continuum doit être suffisamment simple pour être mis en œuvre dans des établissements sous tension, mais suffisamment robuste pour éviter que la prévention ne se limite à une action ponctuelle ou à un affichage.

La santé mentale, les addictions et la réduction des risques doivent faire l'objet d'une attention particulière. Les interventions ne peuvent être seulement réactives. Elles doivent combiner repérage précoce, orientation, accompagnement, réduction des risques, continuité des traitements et préparation de la sortie.

La prévention en détention suppose enfin la confiance. Sans confidentialité, sans articulation claire entre professionnels de santé, administration pénitentiaire, justice, associations et acteurs de proximité, le repérage peut être perçu comme un contrôle supplémentaire. La prévention doit donc être identifiée comme un droit et non comme un outil disciplinaire.

La sortie de détention est un moment critique. Elle peut concentrer les ruptures de droits, de couverture maladie, de traitement, de logement, d'emploi, de liens familiaux et de suivi sanitaire. Une politique de prévention en détention n'est donc complète que si elle prépare ce moment en amont.

Un **protocole minimal de sortie sanitaire et préventive doit être prévu** : aucune personne identifiée comme vulnérable ne devrait sortir sans un point de contact sanitaire, social et administratif clairement organisé. Les comparaisons internationales mobilisées par la Cour des comptes montrent que la préparation de la sortie peut être intégrée au plan d'exécution de la peine et couvrir santé, emploi et logement[101]. Cette préparation doit être effective avec un minimum de prérequis : couverture maladie vérifiée ou réactivée, droits sociaux instruits, rendez-vous ou orientation organisés, relais avec les soins de ville, les structures addictologiques, les services sociaux, les associations et les acteurs territoriaux. La sortie doit devenir un point de continuité, non une rupture.

Proposition n° 9 - Faire des lieux de détention des lieux de prévention de droit commun.

- Organiser un continuum entrée/détention/sortie, garantir un socle minimal de prévention, préparer la sortie et réduire les ruptures de droits, de soins et de prévention.

C. Se donner des priorités en agissant sur les déterminants de santé

La prévention primordiale suppose de définir un nombre limité de priorités nationales, capables de mobiliser l'ensemble des acteurs et de concentrer les efforts sur les principaux déterminants de santé. Ces priorités ont vocation à constituer le socle de la Stratégie nationale de santé, à guider l'action des ministères, des agences sanitaires, des collectivités territoriales et des professionnels, et à faire l'objet d'un suivi régulier.

[101] Cour des comptes, *Une surpopulation carcérale persistante, une politique d'exécution des peines en question,* rapport public thématique, octobre 2023, p. 145.

Proposition n° 10 - inscrire six priorités dans la stratégie nationale de santé :

- la littératie en santé
- la santé mentale
- la vaccination
- le bien-vieillir
- la santé environnementale
- et l'action pour adopter des comportements favorables à la santé.

1. Une politique de littératie en santé

Pasteur disait que *« la science n'appartient à personne* ». Aujourd'hui, nous pouvons reprendre cette citation en disant que la prévention en santé n'appartient à personne et que nous devons tous nous l'accaparer.

Les transitions épidémiologiques, démographiques et sociétales auxquelles sont confrontés les systèmes de santé conduisent aujourd'hui à reconsidérer les conditions dans lesquelles les individus, les professionnels et les institutions interagissent autour des décisions relatives à la santé. Face à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, le vieillissement de la population, la multiplication des sources d'information, le poids croissant des fausses informations, le développement des outils numériques et l'émergence récurrente de crises sanitaires, **la capacité des personnes à accéder à une information fiable, à la comprendre, à l'évaluer de manière critique et à l'utiliser pour prendre des décisions éclairées apparaît comme une condition essentielle de l'efficacité des politiques de santé**.

Cette capacité est aujourd'hui désignée sous le terme de **littératie en santé** (health literacy). Depuis une vingtaine d'années, ce concept s'est progressivement imposé comme **un déterminant majeur de la santé des populations** et un levier de transformation des systèmes de santé. Les organisations internationales, au premier rang desquelles l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'OCDE et la Commission européenne, considèrent désormais la littératie en santé non plus comme une compétence individuelle relevant exclusivement de l'éducation sanitaire, mais comme une responsabilité collective engageant l'ensemble des acteurs du système de santé et, plus largement, l'ensemble des politiques publiques.

Les travaux contemporains montrent que **la capacité d'une personne à agir sur sa santé dépend autant de ses compétences individuelles que de la manière dont les organisations produisent, diffusent et rendent accessibles les informations et les services de santé**. Ils montrent qu' un faible niveau de littératie est associé à un moindre recours à la prévention, à davantage de difficultés d'accès aux soins, à une moins bonne observance des traitements et à des inégalités de santé accrues. À l'inverse, une meilleure littératie favorise l'autonomie des personnes, leur participation aux décisions qui les concernent et l'efficacité des politiques de prévention.

Malgré de nombreuses initiatives, la France ne dispose pas d'une stratégie nationale structurée en matière de littératie en santé. Celle-ci doit devenir un objectif transversal de la Stratégie nationale de santé et être intégrée à l'ensemble des politiques publiques, en associant notamment les secteurs de l'éducation, du travail, du numérique et de la cohésion sociale, conformément à l'approche « Health in All Policies ».

Proposition n° 11 - Reconnaître la littératie comme un déterminant de santé.
- Intégrer systématiquement la littératie en santé dans les politiques publiques.

- **Un socle de connaissance pour les acteurs qui devraient être reconnus comme des acteurs de santé**

Reconnaître la littératie en santé comme un déterminant de santé ne concerne pas uniquement les citoyens. Cela implique également de donner aux acteurs qui construisent les politiques de logement, d'urbanisme, d'éducation ou de mobilité les connaissances nécessaires pour intégrer les enjeux de santé dans leurs décisions. Cela suppose une transformation des organisations et des politiques publiques afin de rendre le système de santé plus compréhensible, plus accessible et plus facile à utiliser. Il est proposé d'**inscrire la littératie en santé dans le fonctionnement même des institutions**, dans les démarches de qualité et dans les stratégies territoriales, afin qu'elle devienne un levier structurant de réduction des inégalités de santé et d'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins.

Ces décisions sont souvent prises par des acteurs qui peuvent se définir comme n'étant pas des acteurs de santé. Pourtant, leurs choix peuvent favoriser ou limiter l'activité physique, l'exposition aux pollutions, l'isolement social, le recours aux droits, la qualité de l'air intérieur, la santé mentale, la sécurité des parcours ou l'accès aux ressources de prévention. Le rapport du Haut Conseil de la santé publique d'août 2025 sur les politiques publiques intégrées favorables à la qualité de vie et la prévention primordiale invite précisément à agir sur les déterminants sociaux, environnementaux, économiques, comportementaux et culturels de santé, et à intégrer la santé dans les politiques non sanitaires.

Il existe donc un angle mort de la formation : les acteurs qui contribuent à fabriquer les conditions de vie ne disposent pas toujours d'un socle minimal commun leur permettant d'identifier les effets de santé de leurs décisions, d'anticiper les inégalités qu'elles peuvent produire, d'organiser la participation des habitants et d'articuler leur action avec les contrats locaux de santé renforcés, les collectivités territoriales et les agences régionales de santé.

Il s'agit donc ici d'intégrer, dans la formation initiale et continue des acteurs non sanitaires, un **socle minimal de connaissances et de réflexes opérationnels en prévention primordiale, prévention primordiale, déterminants de santé et intersectorialité**. L'objectif n'est pas de transformer ces acteurs en professionnels de santé, mais de leur permettre de reconnaître les effets sanitaires de leurs décisions, de mobiliser les bons partenaires et de contribuer à des politiques publiques intégrées favorables à la qualité de vie.

Le socle devrait viser en priorité les élus locaux, les cadres territoriaux, les urbanistes, les architectes, les professionnels du logement et de l'aménagement, les travailleurs sociaux, les professionnels de la petite enfance, les professionnels de l'éducation populaire, les responsables d'équipements collectifs, les acteurs du sport et de l'activité physique, ainsi que les professionnels de la mobilité, de l'environnement et de la transition écologique.
Il porterait sur un nombre limité de notions et de compétences pratiques : déterminants sociaux, environnementaux, territoriaux et économiques de santé et prévention primordiale, santé dans toutes les politiques, universalisme proportionné, lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, littératie en santé, participation des habitants et des personnes concernées, évaluation d'impact sur la santé, co-bénéfice santé, environnement et cohésion sociale, articulation avec les CLS renforcés, les collectivités territoriales, les ARS et les politiques publiques locales.

La mise en œuvre devrait s'appuyer sur les opérateurs et cursus existants, sans créer de dispositif lourd : Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), Institut national des études territoriales (INET) et Instituts nationaux spécialisés d'études territoriales (INSET) pour les cadres territoriaux, formations des élus locaux, écoles d'urbanisme et d'architecture, Instituts régionaux du travail social (IRTS) et établissements de formation en travail social, Ecole des hautes études en santé publique (EHESP), universités, Instituts nationaux supérieurs du professorat et de l'éducation lorsque les métiers éducatifs sont concernés.



Une décision non sanitaire peut produire un gain — ou une perte — de santé.

Il sera essentiel de maintenir ce socle de compétences à un niveau opérationnel et non académique (ex : savoir lire un projet d'aménagement, un projet d'équipement, un plan de mobilité ou une action sociale à l'aune de ses effets possibles sur les déterminants de santé). Il sera tout aussi essentiel de produire des **modules communs mais adaptables par métier**, afin d'éviter une formation abstraite sans prise sur les décisions réelles. Enfin, il sera essentiel de **relier ces formations aux outils territoriaux existants**, notamment les CLS, les diagnostics locaux, les projets territoriaux de santé, les politiques de la ville, les plans climat-air-énergie territoriaux, les stratégies de mobilité, les programmes locaux de l'habitat et les projets éducatifs locaux.

Il s'agira ici de prévoir une ingénierie légère de diffusion : ressources pédagogiques nationales, cas pratiques, grilles d'aide à la décision, exemples de co-bénéfices, modules en ligne et formations croisées entre collectivités, ARS, IREPS, ORS, universités et associations.

Le principal enjeu associé à la mise en œuvre porte sur le statut de la mesure. Une obligation uniforme serait peu réaliste et pourrait être perçue comme une contrainte supplémentaire pour des formations déjà denses. Une trajectoire plus soutenable consisterait à définir un référentiel national court, puis à l'inscrire progressivement dans les formations initiales et continues existantes, en commençant par les cadres territoriaux, les élus locaux, les formations d'urbanisme, d'architecture, de travail social, de petite enfance et d'éducation populaire.

Former, reconnaître et outiller les effecteurs de la prévention primordiale constitue une condition nécessaire du changement d'échelle. La proposition autonome relative aux acteurs non sanitaires complète cette infrastructure humaine : elle permet d'agir plus en amont, là où se fabriquent les conditions de vie, les expositions, les ressources territoriales et une partie des inégalités sociales et territoriales de santé.

Proposition n° 12 - Garantir un niveau de culture de base aux professions en lien avec la santé globale et la prévention primordiale.

- Intégrer la littératie en santé dans les formations initiales et continues des responsables publics et privés, des travailleurs sociaux, des professionnels de l'éducation, des agents des administrations sanitaires et des cadres des collectivités territoriales.
- Le socle devrait viser en priorité les élus locaux, les cadres territoriaux, les urbanistes, les architectes, les professionnels du logement et de l'aménagement, les travailleurs sociaux, les professionnels de la petite enfance, les professionnels de l'éducation populaire, les responsables d'équipements collectifs, les acteurs du sport et de l'activité physique, ainsi que les professionnels de la mobilité, de l'environnement et de la transition écologique.

- **Un socle national de compétences pour les professionnels de santé**

La prévention primordiale est présente dans les référentiels, mais elle ne dispose pas encore d'une place suffisamment structurante **dans les cursus de santé.** Dans les études de médecine, elle demeure très concentrée en premier cycle et autour du service sanitaire. Cette concentration intervient à un moment où la représentation du métier reste majoritairement construite autour de la prise en charge curative, ce qui limite l'appropriation d'une approche populationnelle et territoriale de la prévention.

En deuxième cycle, la prévention est peu visible dans les épreuves qui orientent les apprentissages. Le faible poids des questions de prévention dans les épreuves dématérialisées nationales (EDN) et des situations de prévention dans les épreuves cliniques objectives et structurées (ECOS) contribue à en faire un objet secondaire pour les étudiants. En troisième cycle, la prévention reste inégalement présente selon les spécialités, avec une place plus explicite en médecine générale, mais beaucoup plus limitée dans la plupart des autres disciplines.

Les stages constituent un autre maillon faible. Les terrains de stage permettant d'exercer la prévention en milieu scolaire, en PMI, en santé au travail, en collectivité, dans les associations, les structures médico-sociales ou les contrats locaux de santé demeurent insuffisants. La prévention reste ainsi davantage abordée comme un savoir que comme une compétence située, exercée avec d'autres acteurs et adaptée à un territoire.

Enfin, la capacité d'enseignement elle-même est fragile. Les effectifs d'enseignants de santé publique orientés vers la prévention restent limités, certaines UFR étant peu ou pas dotées. La santé publique souffre en outre d'une attractivité dégradée, alors qu'elle devrait être l'une des disciplines motrices du virage préventif.

C’est la raison pour laquelle il est proposé de créer un **socle national interprofessionnel de compétences, centré sur les formations de santé afin que la prévention ne soit plus seulement enseignée mais évaluée, stagée, exercée en interprofessionnalité et reprise en formation continue**.

Le socle national de compétences pourrait être défini par voie réglementaire, après concertation avec les universités, les instituts de formation et les ordres professionnels. Il devrait comprendre six blocs :

- ✔ Comprendre la prévention primordiale, la promotion de la santé, la prévention primordiale et les déterminants sociaux, environnementaux, professionnels, commerciaux et territoriaux de santé ;
- ✔ Agir dans les lieux de vie, en articulant approche universelle et intensité renforcée pour les publics les plus exposés ou les plus éloignés des dispositifs de droit commun ;
- ✔ Communiquer en langage clair, être formé aux interventions brèves ou très brèves, renforcer la littératie en santé, lutter contre la désinformation et adapter les messages aux contraintes de vie des personnes ;
- ✔ Savoir évaluer une action de prévention, distinguer les niveaux de preuve, suivre des indicateurs proportionnés et contribuer à la capitalisation des actions prometteuses ou probantes ;
- ✔ Utiliser les données, Mon espace santé et les outils numériques dans un cadre éthique, à la protection des données, aux biais et au maintien d’un accompagnement humain ;
- ✔ Travailler en interprofessionnalité avec les professionnels de santé, les acteurs sociaux, éducatifs, sportifs, associatifs, territoriaux et les personnes concernées.

Pour les études de santé, quatre évolutions devraient être engagées prioritairement : développer les enseignements de prévention en deuxième cycle ; intégrer systématiquement des compétences de prévention dans les EDN et ECOS ; ouvrir des stages de prévention dans des structures hospitalières et extrahospitalières ; renforcer les enseignants orientés vers la prévention, avec l’objectif qu’aucune UFR ou faculté de santé ne reste dépourvue de compétence identifiée dans ce champ.



Visuel 2 – La chaîne de formation à la prévention dans les études de santé

Encadré n° 31 - Ce que tout professionnel de santé devrait savoir faire en prévention primordiale

- ✔ Identifier les principaux déterminants de santé d'une personne, d'un groupe ou d'un territoire ;
- ✔ Repérer les publics exposés au non-recours ;
- ✔ Adapter un message de prévention au niveau de compréhension et aux contraintes de vie ;
- ✔ Orienter vers une ressource locale fiable ;
- ✔ Contribuer à une évaluation simple ;
- ✔ Travailler en équipe ;
- ✔ Considérer chaque contact comme une opportunité de prévention, sans transformer la prévention en injonction individuelle.

La proposition ne produira d'effets que si la prévention est réellement évaluée, mise en stage et exercée en interprofessionnalité. La présence d'un contenu dans une maquette ne suffit pas : les compétences doivent être vérifiées dans les épreuves, éprouvées sur des terrains de stage, reprises en formation continue et soutenues par des enseignants et maîtres de stage identifiés.

Proposition n° 13 - Donner un niveau de culture de base aux professions en lien avec la santé

- Créer un socle national de compétences en prévention primordiale dans les formations des professionnels de santé.
- Faire évoluer progressivement l'ensemble des établissements de santé, des structures médico-sociales, des organismes d'assurance maladie et des administrations sanitaires vers le modèle des organisations favorables à la littératie en santé.
- Intégrer la littératie en santé dans les référentiels de certification de la Haute

Autorité de santé, dans les contrats d'objectifs des caisses de sécurité sociale, des agences sanitaires ainsi que dans les démarches qualité des établissements de santé et médico-sociaux.

- Confier aux Universités et aux Agences régionales de santé l'élaboration de feuilles de route intégrant la littératie en santé dans les Projets régionaux de santé, les établissements de santé, les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les Contrats locaux de santé.

Renforcer la littératie en santé suppose une double transformation : celle des compétences des professionnels et celle des organisations afin de rendre le système de santé plus compréhensible, plus accessible et plus facile à utiliser. Toutefois, cette évolution ne pourra produire pleinement ses effets sans s'appuyer sur les nombreux acteurs qui, au quotidien, rendent la prévention concrètement accessible dans les lieux de vie.

En effet, la prévention repose sur une diversité de fonctions (repérage, médiation, aller-vers, orientation, littératie, coordination, animation territoriale, exploitation des données, évaluation) qui demeurent insuffisamment reconnues, insuffisamment financées et rarement professionnalisées.

- **Les effecteurs de la prévention primordiale**

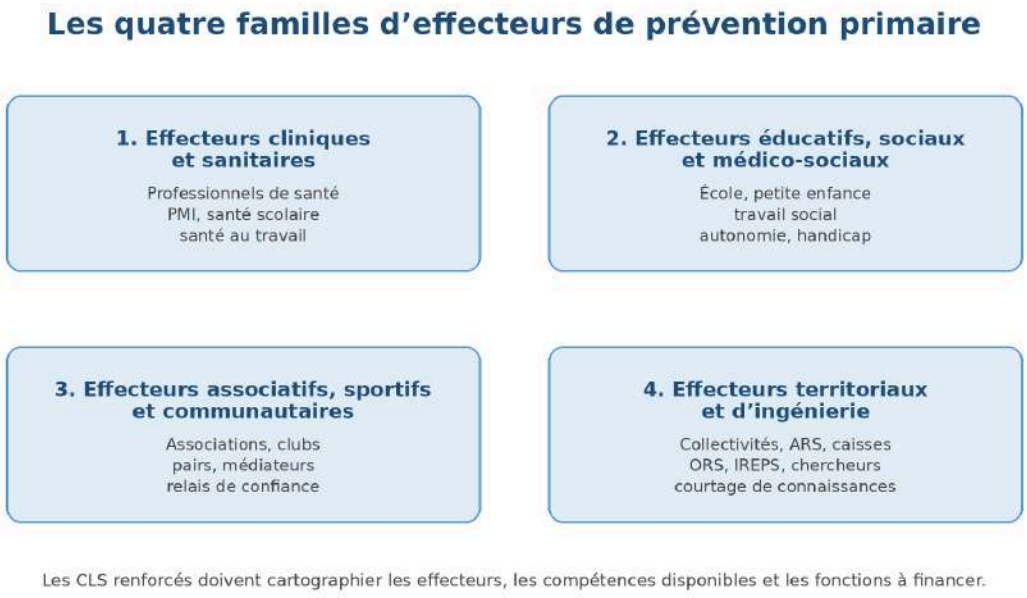
Reconnaître explicitement les effecteurs de prévention primordiale dans les lieux de vie est essentiel, afin de clarifier leur rôle, de sécuriser leur contribution pour diffuser la littératie et de permettre leur mobilisation dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS). Il ne s'agit pas de créer une profession unique de préventeur, mais d'identifier les familles d'acteurs qui rendent la prévention possible et de leur donner un cadre commun.

Concrètement, les contrats locaux de santé renforcés devraient s'appuyer sur quatre familles d'effecteurs :

- Les effecteurs cliniques et sanitaires : professionnels de santé, PMI, santé scolaire, santé universitaire, santé au travail, établissements de santé et structures médico-sociales ;
- Les effecteurs éducatifs, sociaux et médico-sociaux : enseignants, personnels éducatifs, travailleurs sociaux, professionnels de la petite enfance, de la protection de l'enfance, du handicap, de l'autonomie et de l'accompagnement social ;

- Les effecteurs associatifs, sportifs et communautaires : associations de prévention, associations d'usagers, clubs sportifs, acteurs de l'éducation populaire, relais de confiance, pairs et médiateurs ;
- Les effecteurs territoriaux et d'ingénierie : ingénieur de contrat local de santé renforcé, collectivités, ARS, caisses, ORS, IREPS, gérontopôles, structures d'appui, chercheurs et courtiers de connaissances.

Chaque contrat local de santé renforcé devrait cartographier ces effecteurs, identifier les compétences disponibles et manquantes, préciser les besoins de formation, définir les fonctions de coordination et de médiation à financer et organiser, les données territoriales et le registre national des actions probantes.



Visuel 3 – Les quatre familles d'effecteurs de prévention primordiale

Encadré n° 32 - Pourquoi l'interprofessionnalité est indispensable

La prévention primordiale agit sur des déterminants qui ne relèvent jamais d'un seul métier. L'alimentation dépend de l'offre disponible, du revenu, de l'école, de la famille, des messages commerciaux, de l'accès à l'information et parfois d'un accompagnement social. L'activité physique dépend de l'environnement urbain, du temps disponible, des équipements, de l'état de santé, de la confiance en soi et de l'offre sportive locale. La santé mentale dépend de facteurs individuels, sociaux, scolaires, professionnels, numériques et territoriaux.

Aucun professionnel ne peut porter seul ces déterminants. L'interprofessionnalité n'est donc pas un supplément organisationnel : elle est la condition d'une prévention primordiale efficace, équitable et soutenable.

La reconnaissance des effecteurs suppose de ne pas confondre mobilisation et transfert de charge. Les acteurs de l'école, du travail social, du sport, des associations ou des collectivités ne peuvent devenir effecteurs de prévention que si leur contribution est reconnue, accompagnée et financée. Elle suppose également des référentiels simples, précisant ce qui peut être réalisé par chaque famille d'acteurs, ce qui relève d'un professionnel de santé et ce qui nécessite une orientation.

L'enjeu principal associé à la mise en œuvre de cette proposition, consiste à éviter à la fois une reconnaissance trop vague et une nomenclature trop rigide. Une typologie nationale souple, déclinée localement dans les contrats locaux de santé renforcés constituerait un bon équilibre. Elle devra être articulée avec les professions réglementées afin de clarifier les responsabilités sans freiner les coopérations de terrain.

La reconnaissance des effecteurs ne peut toutefois se limiter à une identification des catégories d'acteurs mobilisables. Elle doit également permettre de reconnaître les fonctions qu'ils assurent concrètement au quotidien pour rendre la prévention accessible et effective. Parmi ces fonctions, certaines jouent un rôle déterminant dans la réduction des inégalités : la médiation, l'aller-vers, la pair-aidance, la navigation dans les parcours et le développement de la littératie en santé. La structuration de ces fonctions constitue ainsi le prolongement naturel de la reconnaissance des métiers et des acteurs de la prévention primordiale.

Structurer les fonctions de médiation, d'aller-vers, de pairs, de navigation et de littératie en santé

La prévention primordiale échoue souvent non parce que les messages sont absents, mais parce qu'ils ne se transforment pas en accès effectif, en compréhension, en confiance ou en capacité d'agir. Les publics les plus exposés aux risques sont fréquemment ceux qui accèdent le moins aux campagnes, aux bilans, aux droits, aux dispositifs numériques ou aux offres locales de prévention.

Les démarches d'aller-vers, la médiation, la participation des personnes concernées, les relais de confiance et la littératie en santé sont donc des conditions d'efficacité et d'équité. Pourtant, ces fonctions demeurent fragiles, souvent financées par appels à projets, portées par des personnes ressources isolées ou dépendantes d'initiatives locales insuffisamment sécurisées.

C'est la raison pour laquelle, il est proposé de structurer, reconnaître et financer les fonctions humaines qui permettent à la prévention primordiale d'atteindre réellement les publics : médiation, aller-vers, pairs, navigation, littératie en santé, accompagnement au numérique et orientation vers les ressources locales. Ces fonctions doivent devenir des composantes normales des politiques de prévention primordiale, et non des compléments périphériques.

Un référentiel national devrait préciser les missions, compétences, limites d'intervention et garanties éthiques ; il distinguerait la médiation en santé, l'aller-vers, la pair-aidance, la navigation dans l'offre de prévention, la littératie en santé et l'accompagnement numérique.

Chaque contrat local de santé renforcé devrait comporter un volet « accès effectif et médiation », précisant les publics prioritaires, les lieux d'aller-vers, les relais de confiance mobilisés, les modalités d'articulation avec les dispositifs sociaux, éducatifs, sanitaires et associatifs, les outils de suivi du non-recours et les modalités de participation des habitants.

La médiation doit également être articulée aux outils numériques. Mon espace santé, les rappels vaccinaux, les bilans aux âges clés, les services de prévention fiables et les outils d'IA sous garantie publique ne produiront leurs effets que si les publics éloignés du numérique bénéficient d'un accompagnement humain.

Il convient également d'être vigilant sur le plan éthique : l'aller-vers ne doit pas devenir une surveillance des comportements ni une assignation au risque.

Enfin, la création d'un métier national unique de médiateur de prévention primordiale peut être envisagée, mais elle n'est pas nécessaire à court terme. Une reconnaissance fonctionnelle, appuyée sur un référentiel, des formations et des financements pluriannuels, paraît plus rapide et plus souple. Une part minimale des financements territoriaux de prévention pourrait être fléchée vers la médiation, l'aller-vers et la littératie, notamment dans les territoires les plus vulnérables.

Proposition n° 14 - Effecteurs non soignants

- Renforcer les dispositifs de médiation en santé, d'interprétariat professionnel, de navigation dans le système de santé et d'accompagnement des personnes les plus vulnérables
- Reconnaître les effecteurs de prévention primordiale dans les lieux de vie

- **La population dans son ensemble**

« Porter au maximum la conscience et la responsabilité des citoyens » Marc Sangnier

La structuration des effecteurs, le développement de la médiation et des démarches

d'aller-vers renforcent la capacité du système de santé à rejoindre les personnes les plus éloignées de la prévention. Toutefois, ces actions ne sauraient suffire si elles ne s'inscrivent pas dans une stratégie plus globale visant à développer les compétences de l'ensemble de la population.

La littératie en santé ne se construit pas uniquement au moment du recours aux soins. Elle s'acquiert progressivement, dès le plus jeune âge, puis tout au long de la vie, dans les différents lieux de vie, d'apprentissage, de travail et de participation citoyenne. Elle suppose également de développer une culture scientifique, un usage critique de l'information et une maîtrise des outils numériques permettant à chacun de comprendre les enjeux de santé et d'exercer pleinement son pouvoir d'agir. C'est dans cette perspective qu'il est proposé de construire un véritable parcours de développement de la littératie en santé tout au long de la vie.

Proposition n° 15 - Faire de la littératie en santé un levier d'autonomie tout au long de la vie.

- Construire un parcours de développement de la littératie en santé tout au long de la vie, en n'oubliant pas la littératie numérique.
- Développer les compétences psychosociales et la culture scientifique de la population dans tous les lieux de vie.
- Créer un Observatoire national de la littératie en santé, chargé de mesurer régulièrement le niveau de littératie de la population, de suivre les inégalités sociales et territoriales, d'évaluer les interventions et de publier un rapport annuel remis au Parlement.

Encadré n° 33 - Exemple
L'expérimentation Alliance : développer la littératie en santé dès l'école primaire

Conduite entre 2019 et 2025, l'expérimentation Alliance constitue l'une des plus importantes recherches interventionnelles européennes en promotion de la santé en milieu scolaire. Son objectif est de permettre aux enfants de 3 à 12 ans de développer leur **littératie en santé** et leurs **compétences psychosociales**, en s'appuyant sur les enseignants et les environnements scolaires plutôt que sur des interventions ponctuelles.

Fondée sur une démarche scientifique, Alliance repose sur la **formation des équipes éducatives**, l'identification des besoins des élèves grâce à des questionnaires validés, la mise à disposition d'outils pédagogiques et l'évaluation régulière des résultats. L'expérimentation a concerné plus de 13 000 enfants, plus de 400 enseignants, 140 écoles et 120 communes sur le territoire Auvergne-Rhône-Alpes, et a donné lieu à 17 publications scientifiques.

Les premiers résultats montrent une amélioration des compétences des enseignants en éducation à la santé, un renforcement des compétences psychosociales des élèves, un climat scolaire plus favorable et l'adoption de comportements plus favorables à la santé.

Enseignement : Alliance montre qu'il est possible de construire progressivement la littératie en santé dès le plus jeune âge, au sein des lieux de vie, en développant durablement les compétences des enfants et des professionnels qui les accompagnent, plutôt qu'au travers d'actions de prévention ponctuelles.

2. Une politique de bien-être mental

La santé mentale constitue aujourd'hui l'un des principaux défis sanitaires, sociaux, économiques et démocratiques auxquels notre pays est confronté. Sa reconnaissance comme priorité nationale marque une évolution importante de l'action publique. Les conséquences de la pandémie de Covid-19, l'augmentation des troubles anxieux et dépressifs, les difficultés croissantes rencontrées par les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, les tensions persistantes sur les ressources humaines en psychiatrie ainsi que l'impact majeur des troubles psychiques sur la cohésion sociale et la performance économique ont contribué à faire émerger un consensus sur la nécessité d'une action ambitieuse et à faire de la santé mentale un grande cause nationale pour les années 2025 et 2026.

La santé mentale constitue aujourd'hui l'un des principaux défis de santé de la population en France. Son impact dépasse largement le champ sanitaire et concerne l'ensemble de la société.

- Une **personne sur quatre** sera confrontée à un trouble psychique au cours de sa vie[102].
- **Le gradient social est majeur pour ces pathologies**.
- **Près de 13 millions de personnes** vivent chaque année avec un trouble psychique en France, dont environ **3 millions** présentent des troubles sévères[103].
- Les troubles de mal-être psychique sont responsables de **35 à 45 % de l'absentéisme au travail[104]**.
- Les jeunes apparaissent particulièrement vulnérables : **38 % des 18-24 ans** déclarent ne pas prendre suffisamment soin de leur santé mentale[105].

Ces données rappellent que la santé mentale ne relève pas uniquement d'une prise en charge psychiatrique.

Le bien-être mental est un déterminant majeur de la santé, de la réussite éducative, de l'insertion professionnelle, de la cohésion sociale et du développement économique. Il justifie pleinement la mise en œuvre d'une **stratégie nationale fondée sur la promotion de la santé mentale**, la prévention tout au long de la vie, le repérage précoce.

[102] Sécurité sociale, Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale, 2025.
[103] Chiffres publiés par la Caisse nationale de l'Assurance maladie.
[104]Données des baromètres de Santé Publique France.
[105]Données des baromètres de Santé Publique France.

La prévention constitue le levier le plus efficace pour améliorer durablement la santé mentale de la population. Les connaissances scientifiques montrent que les déterminants et facteurs de risque se construisent dès la grossesse et interagissent ensuite tout au long du parcours de vie. Il est donc nécessaire de renforcer les interventions précoces, fondées sur les données probantes, à chaque étape de la vie : pendant la grossesse grâce au renforcement des actions conduites auprès des femmes enceintes et à l'entretien postnatal précoce, durant les mille premiers jours, l'enfance, l'adolescence, les transitions vers la vie adulte, la vie professionnelle et le vieillissement. Cette approche permet de favoriser le développement du bien-être psychique, de prévenir l'apparition des troubles et de limiter leur aggravation lorsqu'ils surviennent.

Cette stratégie doit également s'appuyer sur la **généralisation du développement des compétences psychosociales** reconnues comme l'une des interventions de prévention les plus efficaces (cf. chapitre sur la littératie en santé) et de la politique de premiers secours en santé mentale (PSSM) aux personnes n’ayant pas la possibilité de le faire financer par l’entreprise ou le compte professionnel de formation.

Enfin, cette ambition suppose d'i**nscrire durablement la santé mentale dans l'ensemble des politiques publiques selon une approche de « santé mentale dans toutes les politiques »**. Les décisions publiques devraient faire l'objet d'une évaluation systématique de leurs effets sur le bien-être psychique de la population.

Cette démarche doit être accompagnée de **tableaux de bord nationaux et territoriaux permettant de suivre l'évolution de la santé mentale à partir d'indicateurs** de bien-être psychique, mais également d'indicateurs de comportements auto-agressifs, notamment les auto-mutilations, afin d'orienter les politiques publiques, d'identifier précocement les évolutions préoccupantes et d'évaluer l'efficacité des actions engagées.

Proposition n° 16 - Construire un parcours de prévention en santé mentale tout au long de la vie.

- Généraliser les interventions de prévention précoces, en renforçant les actions conduites chez les femmes enceintes grâce aux entretiens postnatal précoce, durant les mille premiers jours, l'enfance, l'adolescence, les transitions vers la vie adulte.
- Développer les compétences psychosociales et de la politique de premiers secours en santé mentale (PSSM) aux personnes n'ayant pas la possibilité de le faire financer par l'entreprise ou le compte professionnel de formation, en assurant leur généralisation dans les établissements d'accueil du jeune enfant, les écoles, les collèges, les lycées, les universités en s'appuyant sur le service public de l'enfance (cf. Supra), ainsi que dans les politiques de qualité de vie et des conditions de travail.
- Intégrer systématiquement la santé mentale dans les politiques publiques, en évaluant l'impact des décisions publiques sur le bien-être mental de la population.
- Mettre en place des tableaux de bord nationaux et territoriaux de la santé mentale intégrant des indicateurs, d'une part, de bien-être mental, et d'autre part, d'automutilations.

3. Une politique de vaccination

Le rapport a volontairement hypertrophié ce chapitre car la vaccination, contrairement à d'autres politiques de prévention, repose sur un produit de santé, un modèle industriel et une organisation spécifique.

Cette singularité en fait un exemple éclairant pour l'ensemble des politiques de prévention primordiale, que ce soit pour les enjeux, les données, la science, la bonne information, l'organisation, la gouvernance, le financement.

Elle est capable de mobiliser une pluralité d'acteurs autour d'objectifs communs et de favoriser leur coordination. Elle s'appuie également sur des systèmes de données permettant un suivi fin des actions engagées et la production de résultats rapides, exploitables.

La vaccination est l'un des leviers les plus efficaces de la prévention primordiale. Elle protège les individus contre de nombreuses maladies infectieuses, contribue à réduire la circulation des agents pathogènes et participe à la prévention de pathologies chroniques, de certains cancers, de la perte d'autonomie ou encore des complications liées au vieillissement.

Si la France dispose aujourd'hui d'une offre vaccinale largement accessible, les auditions conduites par la mission mettent en évidence la persistance de fragilités importantes. Les couvertures vaccinales sont insuffisantes pour plusieurs populations, notamment les adolescents pour la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) ou les infections invasives à méningocoques, ainsi que chez les personnes âgées pour les rappels contre la grippe, la Covid-19 ou le pneumocoque. Les inégalités sociales et territoriales restent marquées, les occasions manquées de vaccination sont encore trop nombreuses et les systèmes d'information ne permettent toujours pas un pilotage suffisamment réactif. Les professionnels soulignent également la complexité croissante des calendriers vaccinaux, l'hétérogénéité des messages, les difficultés de coordination entre acteurs et l'insuffisante valorisation de la prévention vaccinale dans les parcours de soins.

Ces constats conduisent à dépasser une approche centrée sur les seules recommandations vaccinales pour construire une **véritable politique publique de la vaccination**. Celle-ci doit fixer des objectifs nationaux clairs, renforcer la coordination entre les acteurs, améliorer les outils numériques, développer une communication publique cohérente, faciliter l'accès à la vaccination tout au long de la vie, lutter contre les inégalités sociales et territoriales, soutenir les professionnels de santé et mieux documenter les bénéfices sanitaires, organisationnels et économiques des stratégies vaccinales. La vaccination ne peut plus être pensée comme une succession de campagnes ; **elle doit s'inscrire dans une politique continue de prévention tout au long de la vie.**

La mission propose ainsi l'élaboration d'une feuille de route nationale de la vaccination pour la période 2025-2030, adossée à la Stratégie nationale de santé. Cette feuille de route définirait des objectifs mesurables de couverture vaccinale et d'équité, organiserait le pilotage national de la politique vaccinale, structurerait les systèmes d'information, renforcerait les compétences des professionnels, développerait les actions d'aller-vers et intégrerait une évaluation régulière des résultats obtenus afin d'adapter les stratégies aux besoins de la population.

Proposition n° 17 - Établir une feuille de route pour la vaccination 2025-2030
La feuille de route nationale poursuivrait onze objectifs complémentaires :

- définir des objectifs nationaux de couverture vaccinale et de réduction des inégalités ;
- mettre en place une instance nationale de pilotage, sans créer de nouvelle agence, afin d'assurer la coordination des acteurs ;
- disposer d'un carnet de vaccination électronique de référence, interopérable avec Mon Espace Santé, le DMP et le SNDS ;
- structurer une politique nationale de communication et de formation des professionnels comme du grand public ;
- mettre en place un registre vaccinal national et des tableaux de bord en temps réel ;
- renforcer la coordination territoriale afin de réduire les occasions manquées de vaccination ;
- développer les dispositifs de proximité, la médiation sanitaire et les actions d'aller-vers auprès des populations les plus éloignées ;
- renforcer les compétences des professionnels et structurer une véritable filière de la vaccination ;
- développer une évaluation robuste des politiques vaccinales, fondée sur des données interopérables et des indicateurs partagés ;
- fluidifier les processus décisionnels et documenter les bénéfices sanitaires et médico-économiques des stratégies vaccinales ;
- soutenir la recherche en vaccinologie et l'innovation afin d'anticiper les évolutions scientifiques et les futurs besoins de santé publique.

Axe 1 - Objectifs nationaux proposés 2025–2030 : L'objectif est de proposer des cibles claires, mesurables et partagées pour la période 2025–2030, afin de renforcer la lisibilité de l'action publique et le pilotage des politiques vaccinales.

- Couverture vaccinale des nourrissons : atteindre un taux de 95 % pour l'ensemble des vaccins inscrits au calendrier vaccinal.
- Occasions manquées chez l'adulte : réduire de 30 % les occasions manquées de vaccination d'ici 2028, en particulier dans les lieux de soins et de contact répétés avec le système de santé.
- Équité territoriale : réduire de 50 % l'écart de couverture vaccinale entre l'Outre-mer et la métropole d'ici 2030.
- Développer la recherche en vaccinologie

Un calendrier opérationnel est parfois proposé déclinant ces objectifs en actions, avec des propositions de potentiels responsables identifiés et des échéances à discuter.

Gouvernance - Un besoin de pilotage centralisé a été souhaité à de multiples reprises. Il ne s'agit en aucun cas de créer une agence spécifique. Les acteurs clés étant multiples, ceux-ci pourraient converger vers un programme national intégrant les différentes structures/entités essentielles existantes. Les thématiques qui pourraient, entre autres, y être traitées en priorité seraient : l'information/communication, l'accès aux vaccins et la couverture vaccinale incluant le carnet de vaccination, l'évaluation des impacts de la vaccination et une thématique autour du modèle médico-économique. La pertinence d'un tel programme doit être discutée en profondeur afin d'éviter de donner l'image d'une « usine à gaz » de plus. Si cela devait être le cas, cette option étant jugée trop lourde, il s'agira, à minima, d'optimiser les interactions entre les acteurs nationaux sur le sujet.

Axe 2 - Instance nationale de pilotage : une instance nationale/consortium dédiée pourrait assurer la définition des orientations, la cohérence des décisions et le suivi global de la stratégie.

Plan numérique et interopérabilité

Axe 3 - L'ambition est de disposer d'un carnet de vaccination électronique de référence, intégré au parcours de soins (DMP) et interopérable avec les principaux systèmes nationaux.
Le schéma cible repose sur l'articulation suivante : MesVaccins.net ↔ Mon Espace Santé/DMP ↔ SNDS. D'autres entités sont aussi des pistes à explorer.
Le déploiement pourrait se faire en plusieurs étapes :
1. Phase pilote sur un périmètre limité, avec un pilote national identifié et des ressources dédiées.
2. Montée en charge régionale, en lien avec les ARS et les éditeurs de logiciels.
3. Généralisation nationale, avec intégration dans les outils de routine des professionnels.

Communication et formation

Les travaux menés mettent en évidence un ensemble de freins structurels et organisationnels affectant la qualité de l'information vaccinale et la capacité des professionnels à s'approprier les recommandations nationales.

- **Besoins d'informations grand-public** validées issues des instances publiques et pas seulement des laboratoires produisant des vaccins. La part de la communication issue des instances de l'État est largement insuffisante. La part de la communication des laboratoires reste un outil utile mais à compléter.
- **Retards dans les retours d'information** — Les données de couverture vaccinale transmises par Santé publique France parviennent tardivement, limitant la réactivité opérationnelle.
- **Fracture numérique et appropriation inégale** — Les publics les plus âgés ou les moins familiers du numérique rencontrent des difficultés d'accès aux outils d'information.
- **Insuffisance de la formation continue** — Les professionnels (AS, IDE, médecins, pharmaciens, sages-femmes) signalent un déficit de formation en vaccinologie, notamment sur les nouveaux vaccins et les enjeux de prévention.
- Hétérogénéité des discours selon les sources créant confusion et suspicion. Parfois controverses au sein même des professionnels de santé.
- **Diffusion de fausses informations** — La circulation de contenus erronés nécessite une stratégie renforcée de lutte contre les fake news.
- **Formation insuffisante des journalistes** — Plusieurs intervenants soulignent que la qualité de l'information diffusée au public est limitée par l'absence de formation spécialisée.
- **Manque de cohérence institutionnelle** — Des divergences ponctuelles entre la Commission de la Transparence (HAS), le CTV (HAS), ou certains textes en lien avec des alertes MISP/DGS créent de la confusion entre recommandations et remboursements.

Axe 4 - Structurer une politique nationale de communication et de formation cohérente, lisible et adaptée aux besoins des professionnels comme du grand public

- Développer une stratégie nationale de communication et d'information grand public issue des instances publiques. Cette production d'information serait complémentaire des campagnes d'information diffusées par les industriels.
- Insister sur le lien protecteur entre vaccination et pathologies chroniques : insuffisance cardiaque, démence, cancers, le « bien vieillir », etc.
- Intégrer la vaccination dans le cadre d'une consultation « Prévention » plus large.
- Développer une stratégie nationale de formation envers les professionnels de santé incluant des modules différenciés par métier, intégrant les nouveaux vaccins et les risques de perte de chance en cas de non-vaccination. Envisager la création d'IPA en vaccinologie.
- Documenter et diffuser l'exemple INCa relatif à la vaccination HPV, en l'intégrant dans des modules d'ETP, tutoriels et outils anti-désinformation.
- Renforcer les campagnes scolaires, notamment pour le HPV, avec un rôle accru de la médecine scolaire et des échanges systématiques avec les parents.
- Produire un livret grippe standardisé, organiser des webinaires ciblés et développer des outils de détection des fake news destinés aux professionnels
- Renforcer la communication positive en valorisant les bénéfices individuels et collectifs, notamment pour les sujets âgés et les personnes atteintes de pathologies chroniques. Importance de souligner l'apport de la vaccination à l'état de santé dans sa globalité.
- Clarifier la distinction obligatoire/recommandé dans tous les supports destinés au public.
- Associer sociétés savantes et associations de patients à la construction et à la diffusion des messages.
- Développer une stratégie nationale anti-fake news incluant la formation des journalistes.
- Diffuser des informations vaccinales en officine lors du retrait de médicaments.
- Envoyer des bons de vaccination personnalisés adaptés au profil du patient.
- Produire davantage de données d'impact pour renforcer la confiance du public.
- Renforcer les argumentaires pour les professionnels hésitants en mobilisant des approches d'ETP inspirées par d'autres champs maitrisant le sujet comme l'endocrinologie (diabète, obésité) ou pneumologie (asthme).
- Passer d'une logique de formation à une logique de conviction pour améliorer l'adhésion des professionnels.
- Déployer un plan national de communication de crise avec messages standardisés, kits régionaux adaptables et supports multicanaux, y compris non numériques.

Traçabilité et système d'informations

L'importance d'une traçabilité individuelle valide du statut vaccinal a été soulevée à de multiples reprises. Mais plusieurs points de blocage existent :

- **Hétérogénéité des systèmes d'information** — Les logiciels utilisés par les professionnels ne sont pas interopérables, ce qui fragilise la qualité des données et complique la traçabilité vaccinale. Le choix des outils varie selon les acteurs, entraînant une fragmentation persistante.
- **Limites d'intégration de MesVaccins.net** — Bien que performant, l'outil n'est pas encore interconnecté avec Mon Espace Santé, ce qui restreint son intégration dans le parcours numérique national.
- **Absence d'un système unifié de traçabilité** — Les acteurs de terrain expriment la nécessité d'un dispositif unique regroupant DMP, MesVaccins.net et les outils des officines.

Axe 5 - Traçabilité et système d'information

- Promouvoir l'utilisation du carnet de vaccination électronique
- Promouvoir l'interopérabilité MesVaccins ↔ Mon Espace Santé et développer des tutoriels pour les patients.
- Explorer un système national unifié de traçabilité regroupant DMP, MesVaccins.net et outils des officines.
- Pilotage par les données : registre vaccinal national et tableaux de bord temps réel
- Développer le carnet de vaccination électronique avec rappels automatisés.
- Anticiper les besoins de l'Espace Européen des données de Santé et l'analyse de ces données dans le champ de la vaccination.

Accès à la vaccination

Les échanges avec les acteurs de terrain mettent en évidence plusieurs obstacles structurels et organisationnels limitant l'accès effectif à la vaccination, en particulier pour les publics les plus vulnérables.

- **Complexité du parcours et du calendrier vaccinal** — Les déterminants liés à l'histoire naturelle de la démarche vaccinale rendent le parcours difficile à comprendre, à expliquer et à suivre, tant pour les professionnels que pour les usagers.
- **Insuffisance des vaccinateurs en milieu scolaire** — La médecine scolaire demeure sous-dimensionnée, malgré l'efficacité démontrée des campagnes en établissements (exemple dans la région Grenobloise).

- **Multiplicité des acteurs territoriaux** — L'exemple d'«Immuniser Lyon» illustre la possibilité de coordonner des acteurs nombreux sur un même territoire. D'autres démarches du même type existent en France et leur maillage serait un atout intéressant.

- **Hétérogénéité géographique et "silence épidémiologique"** — Les données épidémiologiques méritent d'être plus nombreuses afin d'identifier des priorités d'interventions.

- **Complexité des schémas vaccinaux** — Les schémas pneumocoque, grippe, Covid ou VRS sont difficiles à intégrer et à expliquer. Les tentatives de simplification du carnet vaccinal sont à encourager, certaines ont déjà été proposées avec succès. Néanmoins le volume d'information est substantiel. Des avis ou recommandations issues de la CT et de la CTV ne sont pas toujours en adéquation ou en donnent l'impression. Un rapprochement plus efficient ou une fusion de ces 2 instances est une option à encourager concernant spécifiquement la vaccination. En effet, la vaccination ne constitue qu'un des périmètres d'activité de la CT.

- **Traçabilité insuffisante** — La traçabilité doit être renforcée dans tous les lieux de soins.

- **Occasions manquées non documentées** — Différentes études confirment l'existence d'occasions manquées. Le suivi reste insuffisant en hôpital, officine et médecine générale.

- **Déserts médicaux et absence d'actions d'aller vers** — Ces facteurs aggravent les occasions manquées, notamment pour les publics précaires.

- **Accessibilité limitée en médecine libérale** — Disponibilité irrégulière des vaccins, contraintes logistiques et absence de mise à disposition systématique dans les cabinets.

- **Absence de cadre pour la vaccination en laboratoires d'analyses** — Alors qu'ils constituent un point de contact fréquent, les laboratoires ne disposent pas d'autorisation claire pour vacciner.

Axe 6 - Renforcer la coordination territoriale et réduire les occasions manquées

- Identifier les jalons au cours de la vie propices à un bilan de prévention adapté incluant la vaccination (école, université, embauche dans une entreprise, départ à retraite, etc.)
- Amplifier les actions d'aller-vers en déployant des équipes mobiles (camions, stands, etc.) de vaccination intégrant prévention élargie, médiation et repérage des besoins. Il s'agit de se rendre au plus près des populations cibles, centres sociaux, zones sous-médicalisées, etc.
- Développer des outils de repérage des besoins individuels pour faciliter l'identification des patients dont, entre autres, le statut vaccinal doit être rattrapé.
- Encourager et renforcer la vaccination chez les médecins libéraux (généralistes et spécialistes).
- Structurer la consultation vaccinale en officine, en s'appuyant sur les expérimentations régionales (ex. URPS AURA).
- Autoriser la vaccination en laboratoires d'analyses médicales/biologiques après formation adéquate afin d'ajouter un point de contact pertinent supplémentaire.
- Renforcer la vaccination à l'hôpital, en intégrant une approche médico-économique adaptée et en permettant la réalisation de vaccinations lors d'une hospitalisation lorsque l'indication est retenue. La question des coûts et des remboursements doit être traitée. Proposer une structure transversale hospitalière de type CLIN ou CLAN (Comité Local Immunisation et Vaccination ?), ciblée sur la vaccination afin de structurer et d'évaluer les activités de vaccination dans un établissement de soins.
- L'hôpital représente un levier de rattrapage vaccinal pour les populations à risque.
- Simplifier les schémas vaccinaux et produire des supports visuels locaux (calendriers par cohorte de naissance).
- Poursuivre et renforcer les campagnes scolaires, notamment pour le HPV, dont l'efficacité est démontrée (cf projet Grenoble, par exemple).
- Mettre en place un référent territorial unique et mobiliser les URPS pour une coordination renforcée.
- Capitaliser sur les expériences réussies (CH Melun par ex) en créant un inventaire national des pilotes, des critères d'évaluation standardisés et une feuille de route pour leur montée en compétences.
- Renforcer les campagnes scolaires et universitaires — Elles constituent un levier majeur de réduction des inégalités. Un diagnostic des freins et des actions concrètes est nécessaire pour améliorer la couverture dans cette population.
- Rattrapages ciblés en collèges, lycées et universités — Notamment pour le HPV et les méningocoques, avec possibilité de campagnes en entreprise pour les jeunes adultes.
- Amélioration du parcours vaccinal — Le suivi reste insuffisant et nécessite une structuration renforcée.

Inégalités sociales et vaccination

Les retours recueillis soulignent l'existence d'un gradient social marqué dans l'accès à la vaccination, lié à des déterminants socio-économiques, territoriaux et culturels.

- **Gradient social de couverture vaccinale** — Les populations les plus précaires présentent systématiquement des taux de couverture inférieurs, malgré les dispositifs existants.
- **Populations à la marge des remboursements** — Certaines catégories de populations restent insuffisamment couvertes par les dispositifs de prise en charge.
- **Accès limité aux messages de prévention** — Les publics les moins instruits ou les moins connectés accèdent difficilement aux informations vaccinales.
- **Fracture numérique persistante** — L'appropriation des outils numériques reste inégale, notamment chez les personnes âgées ou en situation de précarité.
- **Inégalités territoriales Outre-mer / métropole** — Les DOM-TOM demeurent moins favorisés en termes d'accès et de couverture.
- **Déserts médicaux et absence d'actions d'aller vers** — Ces facteurs aggravent les inégalités d'accès, en particulier pour les publics vulnérables.
- **Insuffisance de coordination entre acteurs sociaux et sanitaires** — Les relais locaux (associations, PMI, centres sociaux) sont insuffisamment intégrés dans les stratégies vaccinales.

Axe 7 - Renforcer les dispositifs de proximité, la médiation et l'adaptation des messages.

- Renforcer le rôle des PMI, particulièrement efficaces dans les quartiers populaires, et étendre ce modèle.
- Proposer systématiquement le Nirsevimab en maternité pour garantir un accès universel aux nouveau-nés.
- Développer des actions communautaires ciblées : médiation sanitaire, interventions associatives, centres sociaux.
- Amplifier les actions d'aller vers auprès des publics précaires via dispositifs mobiles et relais locaux.
- Multiplier les supports non numériques : flyers traduits, affiches, radio locale, interventions en face-à-face.
- Développer des campagnes ciblées pour les sujets âgés, insuffisamment couverts, avec messages adaptés.
- Intégrer la vaccination dans le "bien vieillir" en soulignant son rôle dans le maintien de l'autonomie.
- Valoriser l'impact sur les pathologies chroniques (insuffisance cardiaque, dépendance, démence).
- Renforcer les campagnes scolaires pour améliorer la couverture HPV et réduire les écarts entre établissements.

Aller vers et déterminants socio-démographiques

Les déterminants socio-démographiques restent insuffisamment analysés et intégrés dans les stratégies d'accès.

- **Absence d'analyse fine des déterminants** (âge, CSP, niveau d'éducation, statut migratoire, précarité, langue, accès au numérique).
- **Données agrégées insuffisantes** pour cibler efficacement les actions d'aller vers.
- **Méconnaissance des barrières culturelles et linguistiques.**
- **Coordination insuffisante entre acteurs sociaux et sanitaires**.
- **Supports numériques en grand nombre** excluant les publics non connectés.
- **Coûts indirects non pris en charge** (transport, perte de salaire, temps).
- **Absence d'actions mobiles structurées** limitant l'accès à des publics précaires.
- **Déterminants économiques sous-estimés** alors qu'ils constituent un frein majeur.

Axe 8 - Aller vers et déterminants socio-démographiques

- Réaliser une cartographie territoriale des déterminants à partir des données SNDS/ARS et d'enquêtes locales.
- Déployer des actions d'aller vers : équipes mobiles, permanences en PMI et maternités, interventions en centres sociaux, milieux scolaires et universitaires.
- Renforcer la médiation sanitaire via médiateurs culturels et linguistiques.
- Multiplier les supports non numériques : affiches, flyers traduits, radio locale.
- Mettre en place des aides ciblées : bons de vaccination à la sortie d'une hospitalisation, prise en charge du transport, créneaux sans rendez-vous, horaires décalés, vaccination à domicile.
- Intégrer les variables socio-démographiques dans les tableaux de bord (CSP, zones, taux d'occasions manquées).
- Mettre en place un suivi systématique des inégalités avec indicateurs liés à la CV et l'impact des vaccins et circuits de restitution adaptés aux acteurs locaux.
- Renforcer les actions en milieu scolaire pour améliorer la couverture HPV et les rattrapages.
- Prioriser les territoires et populations vulnérables selon les écarts de couverture et les indicateurs sociaux.
- Associer les acteurs locaux pour co-construire les réponses adaptées.
- Combiner actions universelles et actions ciblées pour maximiser l'impact et réduire durablement les inégalités.

Professionnels et pratique vaccinale

Les professionnels de santé jouent un rôle déterminant dans la mise en œuvre de la politique vaccinale. Les constats de terrain mettent toutefois en évidence plusieurs freins structurels, organisationnels et professionnels.

- **Insuffisance des vaccinateurs en milieu scolaire** — L'organisation et la disponibilité des équipes restent limitées, alors même que les campagnes scolaires ont démontré leur efficacité (ex projet Grenoble).
- **Hétérogénéité des actes et de leur reconnaissance** — Les modalités de prescription, d'administration et de valorisation financière diffèrent selon les professions, créant un manque de cohérence et de lisibilité.
- **Multiplicité des acteurs impliqués** — Pharmaciens, médecins, IDE, sages-femmes et PNM interviennent désormais dans la vaccination, rendant le pilotage plus complexe.
- **Formation continue insuffisante** — Les professionnels signalent un déficit de formation, notamment pour les sages-femmes concernant la vaccination des femmes enceintes. « Par ailleurs, certains professionnels ne sont pas de manière évidente « acquis à la cause ».
- **Manque d'incitation à la vaccination des professionnels eux-mêmes** — L'exemplarité attendue n'est pas suffisamment encouragée.
- **Besoin de clarification institutionnelle** — Les strates décisionnelles (HAS, CTV, CNAM, URPS) sont jugées trop nombreuses, avec un manque de fluidité et de lisibilité.

Axe 9 - Renforcer les compétences, harmoniser les pratiques et structurer une filière professionnelle dédiée à la vaccination.

- Les propositions visent à renforcer les compétences, harmoniser les pratiques et structurer une filière professionnelle dédiée à la vaccination.
- Elargir et structurer les effecteurs — Poursuivre l'intégration des pharmaciens et PNM, et renforcer les campagnes scolaires (HPV, méningocoques).
- Renforcer le rôle de la pharmacie — L'officine doit être reconnue comme acteur proactif : repérage des opportunités vaccinales, consultations dédiées, intégration systématique de MesVaccins.net.
- Formation de "vaccinateur·trice" — Développer un parcours certifiant, professionnalisé, avec reconnaissance financière (forfaits, majorations) et intégration dans les dispositifs existants (IPA, PNM).
- Développer des IPA en vaccinologie — Intervenant à l'hôpital comme en communauté, pour renforcer l'expertise territoriale.
- Renforcer la synergie médecins–pharmaciens–IDE — Déployer des outils d'aide à la décision intégrés et harmoniser les pratiques.
- Développer des formations différenciées par métier — AS, IDE, médecins, pharmaciens, sages-femmes, avec une approche adaptée concernant la vaccination des femmes enceintes.
- Traiter de la vaccination obligatoire contre la grippe pour les professionnels de santé— Compte tenu du risque de transmission aux patients, entre soignants et aux proches.
- Recommander systématiquement la vaccination des professionnels — Pour renforcer l'exemplarité et la protection des patients.
- Promouvoir le consentement partagé — En particulier pour les vaccinations sujettes à hésitation (ex. HPV), afin de renforcer la confiance.
- Développer un programme national global sur la vaccination — Intégrant les approches d'immunisation non vaccinales (anticorps monoclonaux) et une stratégie de formation continue sur les innovations.
- Tester la faisabilité de la vaccination dans les laboratoires d'analyses médicales/biologiques.
- Harmoniser les rôles des différents effecteurs — La multiplicité des acteurs (pharmaciens, médecins, IDE, sages-femmes) constitue une opportunité, mais nécessite une clarification des responsabilités et un renforcement des compétences.
- Simplifier les strates institutionnelles — Une fluidification entre HAS, CTV, CNAM et URPS est souhaitée pour améliorer la lisibilité et l'efficacité du pilotage.

Évaluation de la vaccination

Les acteurs de terrain soulignent plusieurs limites structurelles entravant la capacité du système de santé à produire une évaluation fiable, réactive et utile à la décision publique.

- **Qualité insuffisante des données vaccinales** — Les variables collectées ne permettent pas toujours de produire des résultats rapides et exploitables, notamment pour l'analyse bénéfice/risque (ex. CHICK à La Réunion).
- **Interopérabilité limitée des logiciels** — Les systèmes d'information ne communiquent pas entre eux, entraînant des délais de production de résultats incompatibles avec un pilotage réactif.
- **Manque de données d'impact et d'efficience** — Les stratégies vaccinales sont insuffisamment documentées en termes de bénéfices réels, de coût-efficacité et d'impact organisationnel.
- **Déficit d'études interventionnelles** — Les professionnels soulignent l'absence d'évaluations robustes permettant de mesurer l'effet des interventions dans différentes populations.
- **Traçabilité numérique fragmentée** — Les données sont dispersées entre DMP, MesVaccins.net, officines, laboratoires et dispositifs mobiles, rendant difficile un suivi unifié.
- **Hétérogénéité des pratiques de saisie** — Les écarts de qualité entre structures compliquent la consolidation nationale.

Axe 10 - Structurer une évaluation robuste, harmonisée et intégrée aux outils nationaux de pilotage.

- Renforcer la traçabilité via un carnet électronique interopérable connecté au SNDS et à Mon Espace Santé.
- Explorer un système national unifié de traçabilité regroupant DMP, MesVaccins.net et outils des officines.
- Définir des spécifications techniques communes (API, formats, vocabulaires) et un référentiel minimal de données vaccinales.
- Standardiser les indicateurs d'impact : couverture par âge/territoire/CSP, occasions manquées, délais de remboursement, etc.
- Mettre en place un plan national d'amélioration de la qualité des données incluant validation, formation des saisisseurs et audits réguliers.
- Mobiliser EPI-PHARE, le SNDS et l'IA pour des analyses rapides, modélisations médico-économiques et prédictions opérationnelles.
- Créer un tableau de bord régional AURA avec responsables identifiés et circuits de mise à jour.
- Définir une gouvernance des données : rôles, responsabilités, accès, procédures de partage et protection.
- Intégrer les laboratoires d'analyses médicales dans les dispositifs de traçabilité pour compléter le suivi mais aussi effectuer des vaccinations.
- Instaurer un calendrier national de publication des indicateurs avec diffusion publique et restitution aux ARS.
- Documenter systématiquement les occasions manquées et en faire un axe prioritaire d'amélioration territoriale.
- Développer la recherche sur l'évaluation au sens large de la vaccination incluant les industriels du vaccins (Leem) susceptible de partager leurs données (individuelles ou agrégées) sur une plateforme commune selon des conditions et critères bien établis.
- Encadrer l'usage de l'intelligence artificielle — Les professionnels rappellent que la qualité des données conditionne la pertinence des modèles prédictifs. L'IA doit être utilisée dans un cadre de gouvernance strict, avec exigences de transparence et de protection des données.
- Renforcer l'interopérabilité Mon Espace Santé / SNDS — Ressource stratégique mais chantier technique majeur.

Aspects économiques et remboursements

Les échanges avec les acteurs institutionnels et de terrain mettent en évidence plusieurs obstacles affectant la fluidité du financement, l'accès aux nouveaux produits et l'équité de prise en charge.

- **Incertitudes sur les remboursements des nouveaux produits** — Les modalités de prise en charge, manquent de lisibilité.
- **Complexité des remboursements**
- **Modèle économique hétérogène** — Les prix et niveaux de remboursement varient fortement selon les vaccins (ex. grippe vs zona), créant des inégalités d'accès.
- **Décalage entre recommandations HAS et remboursements** — Les délais entre avis scientifiques et décisions de prise en charge restent trop longs.
- **Multiplicité des strates décisionnelles** — La succession HAS → CTV → CNAM → URPS manque de fluidité, ralentissant l'accès aux innovations.
- Part insuffisante du budget dédiée à la prévention — 2,6 % en 2024, contre 3,5 % en moyenne OCDE.
- **Délais de remboursement trop longs** — Entraînant un accès tardif aux nouveaux vaccins.
- **Prix élevés pour certains vaccins** — Constituent un frein majeur pour les populations vulnérables.
- **Prise en charge insuffisante pour certains vaccins** — Plusieurs acteurs recommandent d'examiner une couverture à 100 % pour réduire les inégalités.
- **Enseignements internationaux** — La stratégie australienne fixe un objectif de 5 % des dépenses de santé consacrées à la prévention d'ici 2030, constituant un repère utile.

Axe 11 - Fluidifier les processus décisionnels, renforcer l'équité financière et documenter les bénéfices économiques des stratégies vaccinales. Un modèle économique adapté à la vaccination est nécessaire.

- Accélérer la chaîne décisionnelle HAS → CTV → CNAM pour réduire les délais de prise en charge. Se poser la question d'une fusion de certaines structures (CT et CTV par exemple)
- Réaliser des évaluations coût-efficacité locales et des modèles médico-économiques régionaux.
- Renforcer les études coût-bénéfice et coût-efficacité, notamment pour documenter l'intérêt de la vaccination en hospitalisation.
- Etudier la prise en charge des coûts indirects (transport, temps, perte de salaire) pour les publics vulnérables.
- Formaliser une stratégie de remboursement pour les nouveaux produits incluant l'analyse de l'impact organisationnel (maternités, rattrapages).
- Explorer le remboursement des vaccinations réalisées à l'hôpital lorsque l'indication est retenue, afin de réduire les occasions manquées.
- Développer une approche médico-économique adaptée pour l'hôpital facilitant la mise en oeuvre des vaccinations intra-hospitalières.
- Documenter l'impact organisationnel des stratégies vaccinales pour éclairer les décisions de financement.
- Basculer l'exception de la vaccination vers une prise en charge 100% serait à la fois un message très fort sur l'engagement et aussi aurait un impact vers des populations plus éloignées du système de soins/défavorisées qui, par exemple, n'ont pas de complémentaires, aussi pour certains vaccins le coût résiduel peut constituer une limite.
- Intégrer la propension à payer pour une année en bonne santé dans les modèles économiques, en cohérence avec les standards internationaux.
- Inclure les coûts indirects dans les analyses économiques — Les professionnels rappellent que ces coûts constituent un frein majeur pour les publics vulnérables et doivent être intégrés dans les modèles.

4. Une politique du bien vieillir

Le vieillissement en santé constitue l'un des principaux défis des prochaines décennies. Dans un contexte marqué par l'allongement de l'espérance de vie et la progression des maladies chroniques, la prévention ne peut plus être pensée uniquement comme une réponse à la perte d'autonomie. Elle doit permettre de préserver durablement les capacités fonctionnelles tout au long de la vie et de retarder l'apparition des fragilités.

L'état des lieux réalisé par la mission met en évidence un paradoxe. D'un côté, notre pays dispose d'une expertise scientifique solide, d'initiatives nombreuses, d'un tissu territorial et associatif riche, et de politiques structurantes dans certains domaines (antichute, accès aux aides auditives, repérage fonctionnel via ICOPE). De l'autre, cette richesse reste trop souvent fragmentée : chaque dispositif répond à une part du problème, mais l'ensemble peine à produire un effet cumulatif, mesurable et équitable sur l'autonomie.

L'analyse par capacités révèle ainsi une tension récurrente : nous savons agir lorsque la fragilité devient visible, lorsque le risque s'impose, lorsque la carence est constituée. Nous savons moins organiser une prévention primaire continue, anticipatrice, inscrite dans le quotidien, avant que les ruptures ne surviennent. Le système semble encore orienté vers la correction, plus que vers la préservation.

La comparaison internationale, quant à elle, confirme un enseignement central : la prévention efficace pour un vieillissement en santé n'est jamais la seule affaire d'un ministère ni d'un dispositif.

Les pays qui parviennent à structurer des trajectoires de vieillissement plus favorables le font à partir d'architectures institutionnelles claires, qu'elles soient fonctionnelles (ICOPE), organisationnelles (MECC), territoriales (Japon) ou interministérielles (Singapour, pays nordiques). Partout, la prévention devient durable lorsqu'elle cesse d'être un « volet » et devient un principe : un réflexe de système, une politique de la vie ordinaire, un projet collectif.

Le vieillissement en santé se présente donc comme une question institutionnelle autant que sanitaire. Il interroge la capacité de l'État à articuler la santé et le social, les infrastructures et les comportements, l'offre de soins et l'environnement bâti, la prévention et l'accès aux droits. Et il pose une question décisive : quelle organisation publique voulons-nous pour accompagner un pays qui vieillit, en maintenant le plus longtemps possible la capacité de choisir, de se déplacer, de comprendre, de voir, d'entendre, de participer ?

Message clé
Le vieillissement en santé ne commence pas au grand âge. Il résulte d'un continuum qui articule prévention primordiale sur les conditions de vie, prévention primaire outillée aux âges-charnières, puis repérage fonctionnel structuré lorsque les premières altérations apparaissent. Il faut agir plus tôt, cibler les publics les plus éloignés du soin et mieux relier les dispositifs existants à une doctrine lisible, territorialisée et évaluée.

Le cadre proposé par l'OMS définit le vieillissement en bonne santé comme le processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui permettent aux personnes âgées d'être et de faire ce qui a de la valeur pour elles. Cette définition déplace le regard : il ne s'agit plus seulement d'éviter ou de traiter des maladies, mais de préserver des capacités – mobilité, cognition, vitalité nutritionnelle, audition, vision, santé mentale – dans des environnements favorables. Ces capacités dépendent de toute la trajectoire de vie et que les inégalités sociales, éducatives et économiques se cumulent dès les premières décennies. La prévention au bénéfice des personnes âgées doit être conçue comme une politique complète de vieillissement en bonne santé, allant des déterminants structurels jusqu'au repérage précoce des fragilités.

1. Une politique du parcours de vie, et non du seul grand âge

On ne devient pas vieux en bonne santé par hasard. Le vieillissement futur se prépare dans l'enfance, se consolide à l'âge adulte et se joue de manière particulièrement décisive à la mi-vie. La prévention primordiale montre que les futurs déclins de mobilité, de cognition, de nutrition ou de santé mentale dépendent largement d'expositions et de conditions de vie antérieures : qualité du logement, environnement alimentaire, mobilités, niveau d'activité physique, santé cardio-métabolique, qualité du travail, sécurité économique, accès aux soins et inclusion sociale. De ce point de vue, la politique du vieillissement en santé déborde nécessairement le seul ministère de la Santé. Elle requiert une lecture interministérielle explicite, conforme à la logique « santé dans toutes les politiques ».

Cette lecture par parcours de vie est cohérente avec les analyses récentes de l'Association internationale de la sécurité sociale (ISSA), qui soulignent qu'un vieillissement en santé ne peut être soutenu que par une approche sur l'ensemble du cycle de vie, articulant prévention des incapacités, accès aux soins, sécurité de revenu, transitions de vie et action sur les déterminants sociaux de santé. Elle conforte l'idée qu'une politique du vieillissement en santé ne relève pas uniquement du soin, mais aussi de la protection sociale, de l'environnement de vie et de la capacité des institutions à intervenir avant la rupture fonctionnelle.

Les données environnementales et comportementales confirment l'ampleur de l'enjeu : environ 40 000 décès prématurés sont attribués chaque année à la pollution de l'air extérieur, près de 20 000 à la pollution de l'air intérieur ; l'inactivité physique touche 47 % des femmes et 29 % des hommes ; l'obésité concerne 18,1 % des adultes. Ces déterminants ne sont pas spécifiques au grand âge, mais ils en conditionnent largement les trajectoires fonctionnelles ultérieures. Le vieillissement en santé doit donc être abordé comme un produit différé des politiques de logement, d'urbanisme, de transport, d'éducation, de travail, d'alimentation et de cohésion sociale.

2. Fresque par âge du vieillir en santé

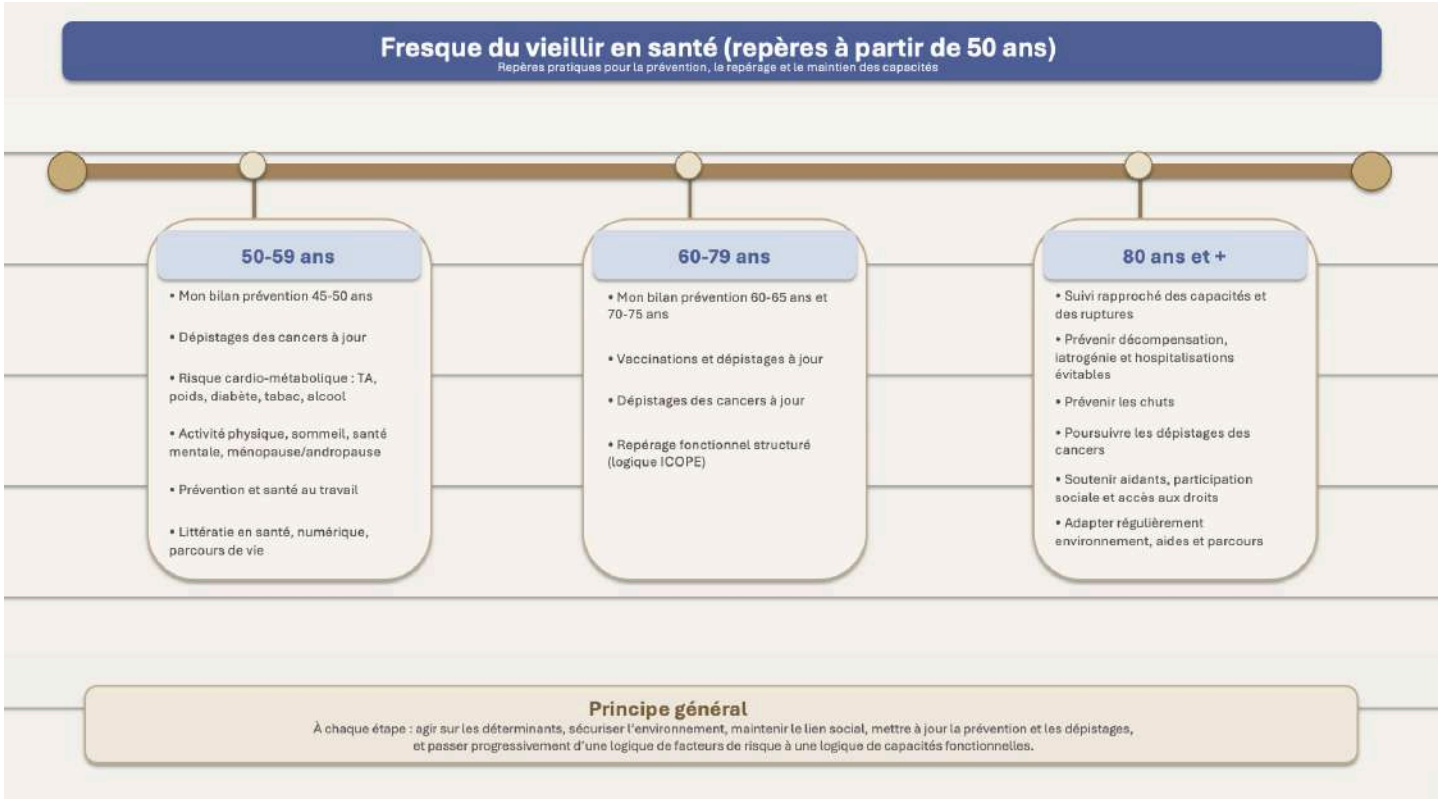


Figure Repères de prévention, de repérage et de maintien des capacités à partir de 50 ans.

La fresque ci-dessus propose une lecture séquencée :

- Entre 50 et 59 ans, l'enjeu est de consolider les réserves fonctionnelles : repérage cardio-métabolique, activité physique, sommeil, santé mentale, ménopause/andropause, dépistage des cancers, littératie en santé et prévention de la sédentarité.

- Entre 60 et 79 ans, au moment de la retraite, la priorité porte sur la prévention de la sarcopénie, de l'isolement, sur la mise à jour vaccinale, le repérage sensoriel, l'équilibre et les premiers ajustements du logement et des mobilités ; c'est là qu'ICOPE prend tout son sens.

- Au-delà de 80 ans, l'objectif devient le maintien de la fonction utile à la vie quotidienne, l'évitement des cascades de décompensation, de la iatrogénie, la prévention des chutes et des hospitalisations évitables.

Cette fresque permet surtout de sortir d'une approche uniforme du vieillissement. Elle montre que la prévention doit évoluer avec l'âge : d'abord construction des réserves, ensuite consolidation et transition, puis repérage fonctionnel, enfin protection rapprochée des capacités et du domicile.

Elle permet également de relier les rendez-vous de prévention existants – notamment les bilans 45-50 ans, 60-65 ans et 70-75 ans – à une logique de capacités plutôt qu'à une juxtaposition de dépistages.

3. Bases de communication simples pour le grand public

Pour une traduction très opérationnelle et facilement mémorisable, la prévention pour un vieillissement en santé peut être résumée à trois mots : manger, bouger, parler.

- « Manger » renvoie à la qualité de l'alimentation, à l'hydratation, au maintien de la masse musculaire et à la prévention de la dénutrition.

- « Bouger » renvoie à l'activité physique régulière, à la lutte contre la sédentarité, au maintien de l'équilibre, de la force et des mobilités.

- « Parler » renvoie à la vie sociale, à la santé mentale, au maintien des liens avec les proches, à la capacité à demander de l'aide et à rester inséré dans les dispositifs de prévention.

Dans le même esprit, un décalogue simple, inspiré des repères du CHU d'Angers et convergent avec plusieurs supports grand public, peut utilement être retenu comme base de communication :

- Ne pas fumer.
- Limiter l'alcool et rester en deçà de 7 verres par semaine.
- Pratiquer une activité physique régulière, idéalement au moins 3 heures par semaine, en intégrant après 65 ans un travail spécifique de l'équilibre.
- Adopter une alimentation de type méditerranéen, riche en fruits, légumes, céréales variées, protéines de qualité et huile d'olive.
- Mettre à jour les vaccinations recommandées, notamment après 65 ans, et ne pas négliger la vaccination antigrippale.
- Consulter régulièrement son médecin traitant à partir de 45 ans et utiliser les bilans de prévention aux âges clés.
- Participer aux dépistages organisés, en particulier pour les cancers.
- En cas de maladie chronique, prendre régulièrement ses traitements et les réévaluer.
- Rester prudent dans la conduite automobile et adapter ses mobilités à son état fonctionnel.
- Préserver des liens réguliers avec la famille, les amis et la vie sociale locale.

4. Les politiques à l'épreuve des capacités intrinsèques

a) PARLER - La capacité cognitive : prévenir l'effacement avant qu'il ne s'installe

La préservation de la capacité cognitive constitue l'un des enjeux centraux du vieillissement en santé. Elle conditionne l'autonomie décisionnelle, la capacité à gérer ses affaires, à maintenir des relations sociales et à participer à la vie collective. Le déclin cognitif, lorsqu'il s'installe, produit des effets en chaîne : fragilisation de la mobilité, isolement social, risque accru d'hospitalisation, entrée précoce dans la dépendance.

Or, à ce stade, la politique française de prévention du déclin cognitif demeure largement structurée autour d'une logique de sensibilisation comportementale. Les messages publics insistent sur les facteurs protecteurs désormais bien documentés : activité physique régulière, alimentation équilibrée, stimulation intellectuelle, maintien du lien social. Cette approche repose sur l'idée, scientifiquement étayée, qu'une hygiène de vie favorable contribue à retarder l'apparition ou l'aggravation des troubles cognitifs.

Toutefois, une première tension apparaît immédiatement : nous disposons d'une doctrine de prévention fondée sur les facteurs protecteurs, mais nous ne disposons pas encore d'un dispositif structuré permettant de transformer ces recommandations en stratégie de repérage et d'intervention précoce à l'échelle populationnelle.

b) BOUGER - La capacité de mobilité : préserver le mouvement pour éviter la rupture

La mobilité ne se résume pas à la capacité de marcher. Elle constitue une condition fondamentale de l'autonomie, de la participation sociale et de l'accès aux droits. Elle conditionne l'accès aux soins, aux commerces, aux activités culturelles, aux relations sociales. Elle structure l'inclusion.

Les travaux académiques soulignent que la mobilité des personnes âgées évolue progressivement vers une restriction fonctionnelle, sous l'effet combiné de facteurs individuels (santé, fragilité), sociaux (revenus, réseau familial) et environnementaux (qualité de l'espace public, accessibilité des transports). Cette restriction n'est pas un phénomène brutal ; elle est progressive, insidieuse, souvent silencieuse. Mais elle peut devenir irréversible lorsqu'un événement déclencheur (chute, hospitalisation, perte de confiance) rompt l'équilibre.

La prévention de la perte de mobilité constitue ainsi un enjeu central de la politique de prévention primaire. Elle est également révélatrice de notre capacité à articuler politiques sanitaires et politiques d'aménagement.

c) MANGER - La nutrition : nourrir la santé plutôt que corriger la carence

La nutrition occupe une place singulière dans les politiques de prévention pour un vieillissement en santé. Elle est à la fois un déterminant biologique majeur, influençant la masse musculaire, l'immunité, la cognition et la santé osseuse et un fait social structurant, lié au revenu, au logement, à l'isolement, à la culture alimentaire et à l'organisation territoriale.

La perte de vitalité nutritionnelle ne se manifeste pas toujours par des signes spectaculaires.

Elle s'installe progressivement : diminution de l'appétit, appauvrissement des repas, isolement, difficultés d'approvisionnement, perte du plaisir alimentaire. À terme, elle peut conduire à la dénutrition, facteur majeur de fragilité, d'hospitalisation et d'entrée en dépendance.

La France dispose d'une doctrine nutritionnelle structurée, historiquement organisée autour du Programme national nutrition santé (PNNS), qui constitue le socle des recommandations en matière d'équilibre alimentaire et d'activité physique. Toutefois, l'articulation entre cette politique généraliste et les enjeux spécifiques du vieillissement mérite une analyse approfondie.

d) VOIR - La vision : prévenir l'isolement visuel avant la perte d'autonomie

La vision n'est pas seulement un sens ; elle est un médiateur entre l'individu et son environnement. Elle conditionne la capacité à se déplacer en sécurité, à lire un courrier administratif, à reconnaître un visage, à traverser une rue, à utiliser un écran. Elle structure la confiance dans le mouvement et dans la relation.

Chez la personne âgée, l'altération visuelle est le plus souvent progressive. Cataracte, dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), glaucome, baisse de l'acuité : ces pathologies ne surviennent pas brutalement. Elles s'installent lentement, modifiant imperceptiblement les habitudes.

La personne sort un peu moins le soir, évite les escaliers, hésite à conduire, renonce à certaines démarches. La restriction d'activité précède souvent le diagnostic formel de fragilité.

La dégradation visuelle n'est donc pas qu'un problème médical. Elle est un facteur d'isolement, un déterminant de renoncement, un accélérateur silencieux de perte d'autonomie.

e) ENTENDRE - L'audition : entendre pour rester en lien

L'audition est souvent considérée comme un sens secondaire. Elle est pourtant l'un des vecteurs fondamentaux de la relation à l'autre. Entendre, c'est comprendre, participer, répondre. C'est entrer dans l'échange sans effort excessif. C'est maintenir une place dans la conversation familiale, dans la réunion associative, dans le débat public.

La presbyacousie, trouble auditif lié à l'âge, est l'un des déficits sensoriels les plus fréquents après 65 ans. Elle s'installe lentement, insidieusement. Les sons deviennent moins distincts, certaines fréquences disparaissent, les conversations dans un environnement bruyant deviennent fatigantes. La personne concernée s'adapte : elle fait répéter, elle évite les réunions nombreuses, elle se retire progressivement.

Ce retrait est rarement perçu comme un symptôme médical. Il est interprété comme une fatigue, un choix personnel, un trait de caractère. La perte auditive est souvent minimisée par ceux qui en souffrent. Elle est socialement banalisée.

Pourtant, les conséquences sont profondes. La littérature scientifique établit un lien entre perte auditive et isolement social, augmentation du risque de dépression, accélération du déclin cognitif, diminution de la participation aux activités collectives.

La perte auditive agit comme un facteur de fragilisation indirect. Elle ne provoque pas immédiatement la dépendance, mais elle affaiblit progressivement les liens sociaux et cognitifs qui protègent contre elle.

f) La santé mentale : prévenir l'isolement avant la souffrance

La santé mentale des personnes âgées ne saurait être réduite à la psychiatrie ni aux troubles sévères. Elle renvoie plus largement à la capacité à maintenir un sentiment d'utilité, de continuité biographique, de lien et de maîtrise sur sa propre trajectoire de vie.

Vieillir confronte à des transitions majeures : retraite, modification du statut social, deuils, fragilités physiques, réduction du périmètre relationnel. Ces transitions ne sont pas en elles-mêmes pathologiques. Elles deviennent problématiques lorsque la personne perd la possibilité d'agir, de choisir, d'être reconnue.

La littérature souligne que la souffrance psychique des personnes âgées est souvent sous-diagnostiquée et banalisée, assimilée à tort à un vieillissement « normal ». Or, dépression, anxiété, sentiment d'inutilité ou de solitude constituent des facteurs puissants de perte d'autonomie, d'hospitalisation et de mortalité.

La prévention en santé mentale ne peut donc être pensée uniquement comme traitement de la pathologie. Elle doit être envisagée comme une politique de maintien du lien, du sens et de la participation.

Chez la personne âgée, la souffrance psychique s'exprime rarement par des symptômes spectaculaires. Elle se traduit par : un repli progressif, une diminution des activités, une perte d'élan, un désengagement relationnel.

Elle est fréquemment masquée par des plaintes somatiques ou attribuées à l'âge. Cette invisibilité rend le repérage complexe.

L'isolement social constitue aujourd'hui l'un des facteurs les plus puissants de fragilisation. Il augmente le risque de dépression, accélère le déclin cognitif et favorise la perte d'autonomie.

Contrairement aux troubles psychiatriques, l'isolement relève directement des politiques sociales, territoriales et associatives. Il met en jeu la cohésion sociale et l'aménagement du territoire.

Proposition n° 18 - Énoncer une doctrine nationale claire, fondée sur les capacités (cadre ICOPE) comme langage commun

- Une architecture fonctionnelle partagée permettrait de fédérer les politiques sectorielles autour d'objectifs lisibles : maintenir cognition, mobilité, nutrition, vision, audition et santé mentale, en interaction avec l'environnement.

Proposition n° 19 - Transformer la prévention en « réflexe de système » dans les pratiques de première ligne

- À l'image de MECC, développer des logiques d'intégration dans les pratiques existantes (soins, social, services publics), avec formation, outils simples, et incitations adaptées, afin d'éviter la multiplication des dispositifs parallèles.

Proposition n° 20 - Réduire les inégalités territoriales par des standards nationaux et des appuis différenciés

- Fixer des exigences minimales (accès, délais, maillage, ressources) et doter prioritairement les territoires cumulant vieillissement et fragilité de l'offre (ophtalmologie, prévention chute, accès activité physique, soutien social).

Proposition n° 21 - Construire une évaluation fonctionnelle et partagée : mesurer ce qui compte

- Définir un socle d'indicateurs orientés vers les capacités (maintien de mobilité, réduction des chutes graves, dénutrition évitée, maintien de participation sociale, repérage précoce) pour objectiver l'impact, guider les arbitrages, et rendre la politique lisible.
- Définir des tableaux de bord pour le suivi des objectifs.

Proposition n° 22 - Faire des gérontopôles des lieux ressources pour les acteurs.

5. Les comportements de santé et les facteurs de risque

a) Sommes-nous réellement maîtres de nos comportements ?

Les comportements individuels forment aujourd'hui l'un des principaux déterminants de l'état de santé des populations. Les consommations de tabac, d'alcool et de substances psychoactives, l'alimentation, l'activité physique, la sédentarité, le sommeil, les usages du numérique ou encore les expositions environnementales contribuent fortement au développement des maladies chroniques, des troubles psychiques et à la diminution de l'espérance de vie en bonne santé. **Une part importante de cette charge de morbidité est évitable**.

Cependant, **les comportements de santé ne relèvent pas de la seule responsabilité individuelle**. Les travaux d'épidémiologie, des sciences comportementales et des neurosciences montrent qu'ils sont **profondément influencés par les environnements dans lesquels les individus évoluent** : disponibilité des produits, prix, publicité, normes sociales, organisation des espaces publics, conditions de travail, offre alimentaire, infrastructures de mobilité ou encore architectures numériques. Nous ne choisissons jamais complètement seuls nos comportements ; ils sont rendus plus ou moins faciles, plus ou moins attractifs ou plus ou moins coûteux par les choix collectifs qui organisent notre quotidien.

À titre d'exemple, la réduction du tabagisme n'a pas reposé sur la seule information des fumeurs. Qui s'imaginerait aujourd'hui fumer dans un restaurant, un train, un avion, un hôpital ? L'interdiction de fumer dans les lieux publics, l'encadrement de la publicité, les campagnes d'information sanitaires, l'augmentation des prix ou encore le paquet neutre ont profondément **transformé les normes sociales** et les comportements. De la même manière, le développement des pistes cyclables à des fins de développement durable favorise *in fine* l'activité physique, tandis que la qualité de la restauration collective influence les habitudes alimentaires. **La prévention la plus efficace est souvent celle qui modifie les environnements avant même de solliciter la volonté individuelle**.

b) Les modes d’actions pour changer durablement les comportements de santé

La mission propose ainsi de dépasser une approche reposant uniquement sur l'information et les campagnes de sensibilisation. Une politique moderne de prévention doit mobiliser l'ensemble des leviers disponibles :

- **L'éducation**, par la littératie en santé (*cf. plan de littératie en santé*).
- **L’information**, en garantissant l'accès à une information fiable et la lutte contre la désinformation. C’est l’exemple du Nutri-Score, un logo « visant à faciliter la compréhension des informations nutritionnelles par les consommateurs et ainsi les aider à faire des choix éclairés ».
- **La contrainte**, par les instruments fiscaux (taxation comportementale) et les interdictions lorsque les enjeux de santé publique le justifient.

L'objectif n'est pas de restreindre les libertés individuelles, mais de faire en sorte que les choix favorables à la santé deviennent les plus simples, les plus accessibles et les plus naturels.

À titre d'exemple, l'aménagement des bâtiments peut lui-même influencer les comportements : dans de nombreux immeubles contemporains, les escaliers sont peu visibles, difficiles d'accès ou relégués derrière les ascenseurs. Concevoir des bâtiments où les escaliers sont immédiatement accessibles inciterait davantage de personnes à les emprunter, favorisant ainsi une activité physique quotidienne. Cet exemple illustre le principe même de la prévention primordiale : **agir sur les environnements pour rendre les comportements favorables à la santé plus spontanés**.

c) Il est possible d’agir rapidement pour obtenir des résultats à court terme

L’article publié dans The Lancet Regional Health-Europe introduit la notion de “quick buys” pour répondre à une difficulté classique des politiques de prévention : la perception selon laquelle leurs bénéfices seraient trop lents pour être visibles dans un cycle politique ou économique.

Les auteurs ont examiné 49 interventions déjà dont le retour sur investissement est favorable, avec un seuil allant jusqu'à 20 000 dollars par DALY[106] évité, et ont identifié 25 interventions susceptibles de produire un effet mesurable dans un délai inférieur ou égal à cinq ans[107].

Les 25 "quick buys" couvrent huit domaines : tabac, alcool, alimentation défavorable, inactivité physique, maladies cardiovasculaires, diabète, bronchopneumopathie chronique obstructive et cancers. Les auteurs insistent toutefois sur un point essentiel : un "quick buy" n'est pas nécessairement un "quick win" ; ces interventions peuvent être efficaces et produire des effets rapides, mais elles ne sont pas toujours faciles à mettre en œuvre, notamment lorsqu'elles se heurtent à des intérêts économiques, à des contraintes administratives ou à des déterminants commerciaux de la santé.

Domaine	Quick buys Lancet/OMS Europe	Délai d'effet identifié	Traduction possible pour la France
Tabac	Taxation, paquet neutre/avertissements, interdiction publicité, lieux sans fumée, traitements pharmacologiques d'aide à l'arrêt	Immédiat à 2 ans selon les mesures	Renforcer simultanément prix, environnement sans tabac et aides à l'arrêt
Alcool	Taxation, restrictions de publicité, restrictions de disponibilité, intervention psychosociale brève	Immédiat à 12 mois	Combiner fiscalité, régulation de l'offre et repérage précoce
Alimentation	Reformulation, étiquetage en face avant, campagnes de communication	Immédiat à 3 ans	Relier Nutri-Score, reformulation, achats publics et messages populationnels
Activité physique	Conseil bref en soins primaires	4 semaines	Former et outiller les professionnels de premier recours
Cardiovasculaire	Traitement hypertension, prise en charge infarctus, thrombolyse AVC	10 jours à 3 mois	Assurer repérage HTA et parcours rapides

[106] Le DALY ou « Disability-Adjusted Life Year » (années de vie ajustées sur l'incapacité) mesure la charge d'une maladie en additionnant les années de vie perdues par décès prématuré et celles vécues avec incapacité ; il exprime ainsi le nombre d'années de vie en bonne santé perdues dans une population.

[107] Galea G., Ekberg A., Ciobanu A., Corbex M., Farrington J., Ferreira-Bores C., Kokole D., Lasierra Losada M., Neufeld M., Rakovac I., Tsoy E., Wickramasinghe K., Williams J., McKee M., Stuckler D. *Quick buys for prevention and control of noncommunicable diseases.* The Lancet Regional Health – Europe, 2025, vol. 52, art. 101281.

Diabète	Contrôle glycémique, pression artérielle, statines, dépistage albuminurie	Immédiat à 4,5 ans	Structurer le suivi des diabétiques en soins primaires
BPCO	Traitement aigu des exacerbations	6 mois	Protocoles de prise en charge et accès aux traitements
Cancer	Vaccination HPV, dépistage HPV, diagnostic précoce cancer du col et du sein	Immédiat pour plusieurs cibles	Accélérer vaccination HPV et dépistage organisé

Source : Quick buys for prevention and control of noncommunicable diseases (Galea et al., 2025).

Les recommandations du Lancet sont directement utiles pour une stratégie française de prévention primordiale. Elles permettent de sélectionner un portefeuille d'interventions à la fois probantes, évaluables et compatibles avec un horizon quinquennal : hausse des prix du tabac, interdiction de l'exposition au tabagisme passif, fiscalité et restrictions de publicité sur l'alcool, reformulation alimentaire, étiquetage en face avant, interventions brèves en soins primaires sur l'activité physique, traitement de l'hypertension, contrôle du diabète, vaccination HPV et dépistage HPV du cancer du col de l'utérus.

Encadré n° 34 – La vaccination, démonstrateur d'une prévention primordiale à impact rapide

La vaccination illustre une forme particulière de prévention primordiale : elle intervient avant la maladie, mais mobilise des produits de santé, des professionnels, des systèmes d'information, des décisions de remboursement et une logistique d'approvisionnement. Elle peut produire des résultats visibles à court terme, tout en contribuant à des effets collectifs de long terme : protection des populations vulnérables, réduction des hospitalisations évitables, limitation de la pression sur le système de soins et bénéfices intergénérationnels.

À ce titre, elle constitue un démonstrateur utile de ce que pourrait être une politique de prévention primordiale structurée : objectifs mesurables, effecteurs identifiés, financement lisible, données de suivi, évaluation d'impact et redevabilité publique.

d) Les objectifs à atteindre

Ces changements de comportements sont particulièrement importants chez les plus jeunes car les habitudes qu'ils acquièrent dès le plus jeune âge conditionnent leur état de santé futur et les habitudes de vie à l'âge adulte. Agir tôt permet de prévenir l'apparition des maladies chroniques, mais également de réduire les inégalités sociales de santé.

Le tabac : il est l'un des principaux facteurs de mortalité évitable en France. Selon Santé Publique France, il est responsable de 68 000 décès chaque année, soit près de 11% de l'ensemble des décès, le cancer constituant la première cause de mortalité qui lui est associée. Les progrès accomplis au cours des dernières décennies démontrent l'efficacité des politiques publiques lorsqu'elles associent éducation, information, contrainte. Ainsi, le tabagisme quotidien chez les jeunes de 18 à 29 ans a diminué de 10% entre 2021 et 2024, selon la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

Cependant, la France reste l'un des pays de l'OCDE où la prévalence tabagique est la plus élevée. En 2023, elle occupe le troisième rang de l'Union européenne pour la part de fumeurs parmi les personnes âgées de 15 ans et plus. Face à ce constat, la mission estime nécessaire de se fixer un objectif plus ambitieux, à l'image de plusieurs pays engagés dans une stratégie de « **génération sans tabac** » pour les personnes nées après 2009.

Proposition n° 23 - Instaurer une génération sans tabac pour les personnes nées après 2009, en combinant plusieurs leviers :

- la prévention et l'intervention précoce avant les premiers usages ou au plus tôt après, pour éviter qu'ils ne s'installent ;
- la réduction des risques, incluant le vapotage ;
- l'accès aux traitements de substitution et à l'accompagnement ;
- la poursuite de l'augmentation des prix ;
- un environnement global défavorable à la consommation (normes sociales, communication, non accessibilité par l'interdiction de vente).

L’alcool : La surconsommation d’alcool est responsable de 41 000 décès évitables par an, et constitue la deuxième cause évitable de mortalité par cancer en France, juste après le tabac. Sa régulation est un enjeu majeur de santé publique. Les politiques publiques menées depuis plusieurs décennies, notamment à travers la loi Évin, ont démontré l’intérêt d’une régulation associant information, prévention et encadrement de la publicité.

Cependant, la France reste l’un des pays les plus consommateurs d’alcool au monde. Selon Santé Publique France, plus d’un cinquième de la population est concerné par une consommation excessive, un problème particulièrement préoccupant chez les jeunes. Certaines pratiquent le « bing drinking » ou « alcoolisation ponctuelle importante », qui consiste à consommer une importante quantité d’alcool sur un temps très court, dans le but d’atteindre l’ivresse.

Face à ce constat, la mission estime nécessaire de renforcer la politique de prévention de l’alcool, en particulier auprès des jeunes. Les réseaux sociaux sont devenus un vecteur majeur de promotion des boissons alcoolisées :

- 79 % des 15-21 ans voient des publicités pour de l’alcool toutes les semaines sur les réseaux sociaux, selon une étude de l’Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.
- Et, selon l’OFDT, 23 % des adolescents déclarent avoir été influencés par une publicité d'alcool.

Les marques d'alcool utilisent les réseaux sociaux pour exploiter la proximité des influenceurs avec leurs « abonnés », et les algorithmes, pour mieux cibler les populations et influencer les comportements. Ces pratiques banalisent la consommation d'alcool, souvent présentée sous un jour festif, occultant les risques associés. La présence de ces publicités dans leur quotidien entrave les efforts de prévention menés par les associations de prévention en santé et les familles. De nombreuses instances nationales et internationales, telles que la Cour des comptes et l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommandent un encadrement plus strict de ces publicités pour limiter les excès, la restriction de la publicité pour l’alcool étant parmi les mesures les plus « coût-efficaces » pour réduire les risques, selon l’OMS.

Dès lors, il est indispensable d'adapter le cadre législatif aux nouvelles pratiques numériques afin de mieux protéger les mineurs et de réduire l'attractivité de l'alcool auprès des jeunes générations. Il est donc proposé **d'interdire la publicité de l'alcool sur les réseaux sociaux par les influenceurs, assortie d'une hausse de la sanction en cas de violation de la loi Évin, qui n'est pas assez dissuasive aujourd'hui, en s'alignant sur celle prévue pour les pratiques commerciales trompeuses**.

Afin de limiter les conséquences en santé publique de cette consommation d'alcool, il est également proposé d'**introduire un prix minimum d'achat du gramme d'alcool au producteur**. Si les boissons alcoolisées sont déjà soumises à une fiscalité spécifique, celle-ci demeure relativement faible et insuffisamment dissuasive. Son rendement est très inférieur aux coûts qu'engendre la consommation d'alcool pour la collectivité : en 2019, les recettes fiscales associées s'élevaient à environ 4 milliards d'euros, tandis que les dépenses de prise en charge des pathologies liées à l'alcool atteignaient 7,8 milliards d'euros. L'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) estime le coût social de l'alcool à 102 milliards d'euros par an.

L'expérience internationale démontre l'intérêt d'un tel dispositif. Depuis 2018, l'Écosse applique un prix minimum de 50 pence par unité d'alcool, soit environ 57 centimes d'euro. Les effets pour la santé publique sont jugés très positifs. L'Écosse a constaté une baisse de 13,4% du nombre de morts attribuables à la consommation d'alcool et de 4,1% du nombre d'hospitalisations, majoritairement chez les personnes les moins favorisées.

En France, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) estime que l'instauration d'un prix minimum de 0,50 euro par unité d'alcool permettrait de réduire de 15 % les volumes achetés par les ménages, de concentrer les bénéfices sur les consommateurs les plus à risque et de diminuer de 22 % la mortalité par cancer attribuable à l'alcool.

Proposition n° 24 - Réduire la consommation d'alcool.

- Interdire la publicité de l'alcool sur les réseaux sociaux par les influenceurs.
- Réhausser la sanction en cas de violation de la loi Évin.
- Introduire un prix minimum d'achat du gramme d'alcool au producteur.

L’alimentation : La part croissante des produits ultra-transformés dans notre alimentation, ainsi que les sucres dissimulés par les industriels se sont traduits par une augmentation des pathologies chroniques et de la prévalence de l’obésité, ces produits étant souvent trop riches en sucre, en sel et en gras. L’obésité est associée à près de vingt pathologies évitables, parmi lesquelles certains cancers, le diabète ou encore les maladies cardiovasculaires, et son coût social est estimé à près de 20 milliards d’euros par an.

Ce que nous consommons durant l’enfance façonne durablement nos habitudes alimentaires à l’âge adulte.

Outre l’éducation, présentée dans le chapitre *littératie en santé*, les pouvoirs publics disposent de deux autres leviers complémentaires pour favoriser une alimentation saine et responsabiliser les industriels :

- L’information, notamment via le Nutri-Score.

Si le nombre d’industriels adhérant au Nutri-score ne cesse d’augmenter depuis son introduction en 2017, le Nutri-score n’était apposé que sur 58% des volumes des ventes en 2022. Il permet, d’une part, l’information des consommateurs d’une manière claire et facilement compréhensible et permet dans de nombreux cas, d’autre part, de faire évoluer des compositions des produits dans une optique d’amélioration de la note affichée, ce qui induit la réduction du taux de sel, sucre et graisse dans les aliments. Il est donc proposé de **rendre obligatoire l’affichage du Nutri-Score sur les emballages alimentaires et les publicités commerciales**.

Cette obligation nationale d'apposer le Nutri-Score est **compatible avec le droit de l'Union européenne**, car le droit européen ne propose pas aujourd'hui de système unique d'étiquetage nutritionnel simplifié. En l'absence d'harmonisation complète sur ce point, un État membre conserve une marge d'appréciation pour rendre le Nutri-Score obligatoire, à condition que cette mesure respecte les règles du marché intérieur, les exigences d'information du consommateur et le principe de proportionnalité.

- La contrainte, via les taxes comportementales et interdictions.

Face à la hausse de la consommation d’aliments ultra-transformés riches en sucre, en sel, en gras, il est proposé de renforcer la fiscalité des produits ultra-transformés et des sucres ajoutés dans les aliments, voire de les interdire dans certaines catégories de

produits ou à destination de certains consommateurs (interdiction des sucres ajoutés dans les aliments infantiles par exemple).

Proposition n°25 - Améliorer la qualité nutritionnelle des aliments

- Rendre le Nutri-Score obligatoire.
- Taxer fortement les sucres ajoutés, voire les interdire dans certaines catégories de produits ou à destination de certains consommateurs (enfants).
- Taxer fortement ou interdire les produits ultra-transformés.

Sédentarité : en France, plus d'un tiers des adultes cumulent un niveau de sédentarité élevé et une activité physique insuffisante. Il faudrait agir sur les environnements afin de rendre l'activité physique plus accessible et naturelle dans les gestes du quotidien, tout au long de la vie : dès le plus jeune âge, en favorisant les trajets à pieds et les dispositifs de type « pédibus », et en poursuivant le développement des « 30 minutes d'activité physique quotidienne » dans les écoles et des « 2h supplémentaires d'activité physique et sportive » au collège. Les associations et clubs sportifs doivent être mobilisés pour faciliter la pratique régulière d'une activité physique en dehors du temps scolaire ; cette démarche doit se poursuivre tout au long de la vie, notamment par le développement d'équipements sportifs en entreprise et d'actions permettant de réduire les temps prolongés en position assise. Elle doit également accompagner l'avancée en âge, en développant une offre d'activités physiques adaptées aux personnes âgées, (randonnée, activités aquatiques, gymnastique, etc), favorisant le maintien de la mobilité, de l'autonomie et du lien social.

L'urbanisme doit également devenir un outil de prévention. Il doit faciliter et sécuriser les mobilités actives, notamment la vie du piéton en ville, en développant des trottoirs accessibles, des pistes cyclables protégées, des espaces verts. Le concept d'Active Design (« conception active ») doit être davantage intégrée aux projets d'aménagement et de construction. Il vise à intégrer l'activité physique dans les bâtiments : incitation à emprunter des escaliers visibles et accessibles plutôt que les ascenseurs, messages incitatifs placés aux points de décisions pour que l'activité physique devienne le choix le plus facile au quotidien.

Consommation de stupéfiants : Le cannabis est aujourd'hui la drogue illicite la plus consommée en France. Mais, ces dernières années, les autorités ont constaté une progression préoccupante de la consommation de cocaïne (en 2023, plus d'un million

de Français ont déclaré avoir consommé de la cocaïne au cours de l'année, contre environ 600 000 en 2022).

Les premières expérimentations surviennent majoritairement à l'adolescence. Les données de l'enquête ESCAPAD de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) montrent qu'à 17 ans, près de 30 % des jeunes ont déjà expérimenté le cannabis, 2 % la MDMA/ecstasy et 1,4 % la cocaïne. Plus la consommation débute précocement, plus le risque de développer une dépendance, des troubles psychiatriques, des difficultés scolaires ou d'insertion sociale est élevé.

Les addictions sont étroitement liées au mal-être mental. Les personnes souffrant d'anxiété, de dépression, de traumatismes ou d'un profond mal-être présentent un risque accru de dépendance aux substances psychoactives.

Ces consommations exposent à des risques sanitaires majeurs, plus particulièrement chez les jeunes : troubles du développement psychique, maladies cardiovasculaires, conduites accidentogènes, overdoses et décès prématurés.

Il est aujourd'hui nécessaire de renforcer la politique de prévention des addictions aux drogues, en particulier auprès des jeunes avant que les addictions ne s'installent. Les stratégies les plus efficaces reposent sur des interventions précoces, le développement des compétences psychosociales, le repérage des consommations à risque et un accès facilité à une prise en charge spécialisée. Il est donc proposé de compléter la lutte contre le narcotrafic par un **renforcement de l'éducation et des actions en faveur du bien-être mental afin d'éviter l'entrée en addiction pour l'ensemble des conduites addictives (avec ou sans substances, légales ou illicites)**.

Proposition n° 26 - Prévenir les addictions avant qu'elles ne s'installent.

- Éducation et actions en faveur du bien-être mental pour éviter l'entrée en addiction et compléter la lutte contre le narcotrafic.

Risques émergents : Le temps passé devant les écrans a fortement augmenté au cours des dernières années, en particulier chez les enfants et les adolescents. Selon Santé publique France, les adolescents passent en moyenne plus de **cinq heures par jour devant un écran** en dehors du temps scolaire, une durée largement supérieure aux recommandations de santé publique. Dans le même temps, la durée de sommeil des jeunes diminue régulièrement : près d'un adolescent sur deux dort moins de huit heures par nuit, alors que les besoins physiologiques sont compris entre huit et dix heures.
Les données scientifiques établissent un lien entre l'exposition prolongée aux écrans, en particulier en soirée, et les troubles du sommeil. L'utilisation des réseaux sociaux avant le coucher retarde l'endormissement, réduit la durée et la qualité du sommeil et favorise la somnolence diurne. De nombreuses études mettent également en évidence une association entre un usage intensif des réseaux sociaux et une augmentation des symptômes anxieux et dépressifs, des difficultés de concentration, du cyberharcèlement et d'une exposition accrue à des contenus violents ou inadaptés.

La mission soutient la loi visant à **interdire l'accès aux réseaux sociaux avant l'âge de 15 ans**, issue du rapport de la commission d'experts présidée par les professeurs Amine Benyamina et Servane Mouton de 2024, pour agir à la fois sur le temps d'écran, le bien-être mental et le temps de sommeil. Nous proposons également de **renforcer l'information des parents sur les effets des écrans, notamment dans les services de protection maternelle et infantile (PMI), les établissements scolaires et les cabinets des professionnels de santé**, afin de favoriser des usages compatibles avec le développement de l'enfant.

Proposition n° 27 - Objectif risques émergents :
- Interdiction des réseaux sociaux au moins de 15 ans
- Diminution du temps d'écran pour améliorer le sommeil des jeunes.
- Renforcer l'information des parents sur les effets des écrans, notamment dans les services de protection maternelle et infantile (PMI), les creches, les établissements scolaires et les cabinets des professionnels de santé.

Santé environnementale : Le développement des maladies chroniques, l'émergence de nouveaux agents infectieux et les effets du changement climatique rappellent que la santé est étroitement liée à notre environnement. Pollution de l'air, contaminants chimiques, perturbateurs endocriniens, substances perfluoroalkyliques et polyfluoroalkyliques (PFAS), pesticides, microplastiques, … : tout au long de leur vie, les populations sont exposées à de multiples facteurs environnementaux, regroupés sous le concept d'« exposome ». Ces expositions peuvent agir seules ou en interaction et contribuer à l'apparition ou à l'aggravation de nombreuses pathologies.

Chaque année, de nouvelles données sont publiées sur les effets de certains contaminants, l'émergence de nouveaux agents pathogènes ou les conséquences sanitaires du changement climatique. Toutefois, ces connaissances sont dispersées entre de nombreuses agences, institutions de recherche et publications scientifiques, **ce qui ne permet pas toujours d'identifier rapidement les risques prioritaires pour la population ni d'orienter les politiques publiques**. Cela a par exemple été le cas avec les PFAS, dont le risque a été identifié dans les années 1970 aux Etats-Unis et en 2009 en France, alors qu'il a fallu attendre 2023 pour découvrir l'ampleur de la contamination et prendre des mesures pour protéger la santé des Français. Il en est de même avec le cadmium.

La mission estime nécessaire de **renforcer la capacité d'anticipation de notre système de santé**. Elle propose que le Comité d'animation du système d'agence (CASA), réunissant les principales institutions scientifiques compétentes, **élabore chaque année un document de synthèse hiérarchisant les risques émergents en santé environnementale**. Ce document, présenté lors du comité interministériel pour la santé, aurait vocation à éclairer les pouvoirs publics, à orienter les priorités de recherche, de prévention et de surveillance, et à permettre une adaptation plus rapide des politiques de santé aux connaissances scientifiques.

Proposition n° 28 - Objectif santé environnementale :

- Le Comité d'animation du système d'agence (CASA), réunissant les principales institutions scientifiques compétentes, **produit annuellement un document de synthèse hiérarchisant les risques émergents en santé environnementale**. Ce document est présenté chaque année lors de la réunion du comité interministériel pour la santé.

D. Le pilotage de la politique de prévention primordiale

1. Pilotée par la donnée

La prévention primordiale ne peut être pilotée sans une connaissance fine des facteurs qui influencent l'état de santé des populations. Or, **les données utiles à la prévention primordiale existent déjà mais sont dispersées**, hétérogènes, inégalement accessibles et rarement organisées autour d'un usage public de prévention.

Il convient donc de créer un **espace public de prévention primordiale**. Il doit être une architecture de finalités, de garanties et d'usages : mieux connaître les besoins de santé, orienter les politiques, évaluer les actions et rendre compte devant le Parlement et les citoyens, appuyer les contrats locaux de santé (CLS), documenter et suivre les publics les plus éloignés de leur santé.

Cette donnée doit être robuste, documentée, interopérable, interprétable et accessible aux acteurs. Pour agir, les acteurs de la prévention primordiale doivent disposer de tableaux de bord et d'indicateurs lisibles. Cette exigence prolonge la chaîne publique de la preuve pour décider, financer ou généraliser.

Il est important de disposer et de pouvoir croiser les différentes données, qu'elles soient sanitaires, sociales ou environnementales. Ces informations ne forment pas encore un système national d'observation de la prévention primordiale.

Encadré n° 35 — Quatre types de données à ne pas confondre

Une politique de prévention primordiale mobilise plusieurs familles de données, qui n'ont ni les mêmes sources, ni les mêmes usages, ni les mêmes garanties.
La donnée de santé renseigne l'état de santé, les pathologies, les soins, les examens ou les parcours.
La **donnée médico-administrative** provient notamment des remboursements, séjours, actes, prescriptions ou consommations de soins ; elle éclaire les recours au système de santé, mais documente imparfaitement ce qui se joue avant la maladie (données de l'Assurance maladie et du Système National des Données de Santé – SNDS).
La **donnée territoriale** décrit les conditions de vie : logement, mobilité, environnement, offre alimentaire, équipements sportifs, PMI, école, travail, précarité, isolement, accès aux services.
La **donnée probante** résulte d'une démarche d'évaluation ou de recherche permettant d'apprécier l'efficacité, les conditions de mise en œuvre, les coûts, les effets indésirables et la transférabilité d'une action.

L'objectif du commun public n'est pas de tout fusionner, mais d'**organiser les liens utiles entre ces données pour éclairer la décision publique**, sans surveillance individuelle ni responsabilisation culpabilisante.

L'enjeu politique est de changer de doctrine : **les données de prévention doivent être pensées comme un commun public de confiance, au service de la connaissance des besoins, de l'orientation des ressources, de l'évaluation des interventions, de la réduction des inégalités et de la redevabilité démocratique**. Elles ne doivent pas être conçues comme un outil de surveillance individuelle, de ciblage comportemental ou de responsabilisation des personnes.

Cette doctrine est essentielle pour éviter deux impasses. La première serait une prévention aveugle, qui financerait des actions sans savoir si elles atteignent les publics concernés ni si elles réduisent les écarts sociaux et territoriaux. La seconde serait une prévention intrusive, individualisante ou culpabilisante, qui ferait peser sur les personnes la responsabilité de risques largement produits par leurs environnements de vie.

Le commun public de données de prévention primordiale doit poursuivre six objectifs :

- **Observer** les déterminants de santé, les besoins des populations et les inégalités sociales, territoriales et environnementales.
- **Orienter** les financements, l'ingénierie et les ressources humaines vers les territoires et populations les plus exposés.
- **Évaluer** les actions de prévention selon une doctrine proportionnée, adaptée à leur maturité, à leur coût et à leur potentiel de généralisation.
- **Capitaliser** les connaissances issues des interventions, des recherches, des diagnostics locaux et des expériences territoriales.
- **Rendre compte** publiquement des résultats, y compris des écarts persistants, du non-recours et des effets distributifs.
- **Garantir** la confiance, en encadrant strictement les finalités, les accès, la minimisation, les usages secondaires, et la participation des personnes concernées.

La proposition repose sur une architecture fédérée, et non sur une base unique centralisatrice.

Première brique : un référentiel national d'indicateurs. Un nombre limité d'indicateurs doit être stabilisé au niveau national : déterminants de santé, comportements à risque, expositions, accès à la prévention, non-recours, couverture territoriale, participation, effets distributifs, résultats intermédiaires et, lorsque cela est possible, résultats sanitaires différés. Ces indicateurs doivent pouvoir être territorialisés et publiquement documentés.

Deuxième brique : une doctrine d'interopérabilité. Elle doit permettre de relier, dans des conditions juridiquement sécurisées, les données issues du SNDS, de l'Assurance maladie et plus largement des caisses nationales de sécurité sociale, de Santé publique France, de l'INSEE, de la DREES, des ORS, des ARS, des collectivités, des CLS renforcés, des registres, cohortes, données environnementales, sociales, scolaires, universitaires, professionnelles, territoriales et de la protection maternelle et infantile. La finalité n'est pas de tout chaîner systématiquement, mais de rendre possibles les appariements utiles, proportionnés et justifiés par un objectif d'intérêt public.

Troisième brique : une charte de qualité et de lisibilité. Chaque indicateur doit être accompagné d'une définition, d'une source, d'une périodicité, d'une maille territoriale, d'une limite d'interprétation et d'une mention des biais possibles. La qualité d'une donnée de prévention ne se mesure pas seulement à son exactitude statistique, mais aussi à sa capacité à éclairer une décision, à être comprise et à ne pas produire d'interprétations erronées.

Quatrième brique : un tableau de bord public national et territorialisé. Ce tableau de bord doit être articulé avec la proposition relative au tableau de bord public des déterminants de santé et les propositions relatives aux CLS renforcés. Il doit éclairer les diagnostics territoriaux, les CPOM territoriaux de prévention, les arbitrages de financement, les évaluations d'impact et la redevabilité annuelle devant le Parlement.

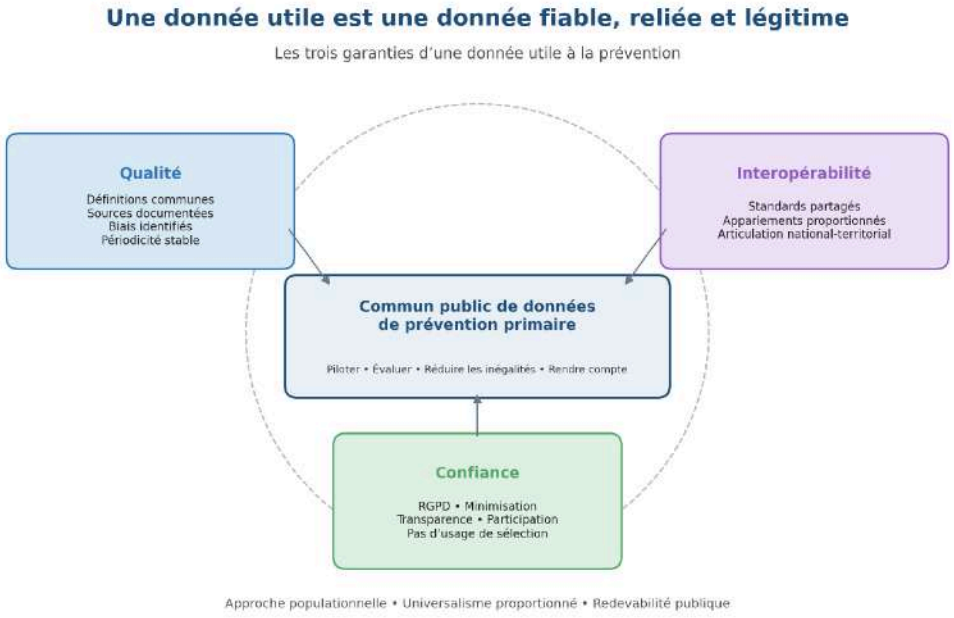
Cinquième brique : une doctrine d'accès et de partage. L'accès aux données doit être gradué selon les usages : information publique agrégée, accès sécurisé pour les acteurs publics, accès encadré pour la recherche, accès spécifique pour l'évaluation, accès strictement limité et justifié pour les opérateurs. Les organismes privés ou complémentaires ne doivent pas pouvoir utiliser ces données à des fins de sélection, segmentation assurantielle, prospection commerciale ou tarification individualisée.

S'agissant de la gouvernance de cet espace commun, la France dispose déjà d'une gouvernance des données de santé structurée autour du SNDS, de la CNAM, de la Plateforme des données de santé, de la CNIL, du Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (CESREES) et du Comité stratégique des données de santé. Cette gouvernance permet la mise à disposition sécurisée de données à des fins d'intérêt public, de recherche, d'évaluation et de pilotage. Toutefois, elle reste encore principalement organisée autour des données sanitaires, médico-administratives et de recherche. La prévention primordiale appelle une étape supplémentaire : articuler ces données avec les données sociales, environnementales, territoriales et relatives aux lieux de vie, afin de rendre les déterminants de santé observables, les écarts d'accès mesurables et l'action publique redevable.

La gouvernance de l'ensemble de ces données doit être publique, interinstitutionnelle et ouverte à la société civile. Elle rassemblerait, sous l'autorité de la Direction générale de la santé (DGS) :

- La DREES, déjà chargée de dresser l'état de santé des populations : pilotage statistique national, doctrine d'indicateurs, cohérence des séries et comparabilité.
- Santé publique France : surveillance épidémiologique, indicateurs populationnels, baromètres et appui méthodologique.
- L'ensemble des données de la recherche, cohortes, expérimentations.
- Les caisses nationales de sécurité sociale : données médico-administratives, données sociales, accident du travail et maladie professionnelle, vieillesse/autonomie, recours, non-recours, parcours et actions de prévention financées.

- La Fédération nationale des observatoires régionaux de santé : territorialisation, diagnostics régionaux et infra-régionaux, appui aux ARS et collectivités.
- Collectivités : remontée des données territoriales (PMI, médecine scolaire, médecine du travail, mobilité, logement…).
- Plateforme des données de santé : fonctions d'infrastructure, catalogue, accès sécurisé et appui aux projets autorisés.
- CNIL : garanties relatives aux données personnelles, finalités, minimisation, transparence et droits des personnes.
- HAS, IGAS, HCSP, recherche et universités : doctrine d'évaluation, niveaux de preuve, données probantes, transférabilité.
- Associations et représentants d'usagers : participation à la gouvernance, vigilance sur l'acceptabilité, la lisibilité et les risques de stigmatisation.



Lecture : une donnée de prévention n'est utile que si elle est techniquement fiable, interopérable et démocratiquement légitime.

L'exploitation de ces données permettrait l'établissement de tableaux de bord analysant l'état de santé de la population, l'ensemble des déterminants de santé. Ils doivent suivre la chaîne de l'action publique : exposition, action, couverture, équité, ressources, résultats intermédiaires et effets observés. Leur finalité est technique et démocratique : rendre visible et lisible l'action et les résultats de la politique de prévention primordiale.

Ces tableaux de bord devraient articuler trois niveaux : au niveau national, régional et territorial. La donnée doit devenir un outil de confiance et de redevabilité.

Ils reposent sur trois niveaux complémentaires d'indicateurs :

- Le premier niveau porte sur les **indicateurs d'environnements**, souvent insuffisamment pris en compte alors qu'ils conditionnent largement les comportements individuels. Ils concernent notamment l'accessibilité à une alimentation favorable à la santé, les infrastructures favorisant l'activité physique, la qualité des environnements scolaires et professionnels, l'exposition au marketing des produits nocifs, les conditions de logement, les mobilités, les espaces verts ou encore les déterminants socio-économiques.

- Le deuxième concerne les **indicateurs de comportements**, qui permettent de mesurer l'évolution des habitudes de vie de la population : consommation de tabac, d'alcool et de substances psychoactives, activité physique, sédentarité, alimentation, sommeil, vaccination, participation aux dépistages, santé sexuelle ou encore usages du numérique.
- Enfin, un troisième niveau regroupe les **indicateurs d'impact**, permettant d'évaluer les effets de la stratégie sur l'espérance de vie en bonne santé, les maladies chroniques, la santé mentale, les hospitalisations évitables, les incapacités, les inégalités sociales et territoriales de santé ainsi que les dépenses évitées pour le système de santé.

Cette architecture permettrait de passer d'une politique de prévention fondée principalement sur la mesure des résultats sanitaires à une politique capable d'agir sur les causes en amont de la maladie. Elle ferait de la donnée un outil de connaissance, d'action et de redevabilité démocratique, et non un instrument de surveillance individuelle ou de responsabilisation des personnes.

Le tableau de bord des déterminants doit rendre gouvernable ce qui reste aujourd'hui dispersé. Sa réussite dépend d'un noyau national d'indicateurs, d'une déclinaison territoriale robuste et d'une publication lisible pour le Parlement, les élus et les citoyens.

Proposition n° 29 - Créer un espace public rassemblant toutes les données sanitaires, sociales, environnementales, pour piloter une politique de prévention primordiale, avec :

- Une gouvernance de la donnée placée sous l'autorité de la Direction générale de la santé (DGS), associant les producteurs de données, les opérateurs publics, les territoires, la recherche, les associations et les représentants d'usagers.

- Une doctrine d'interopérabilité permettant de rendre compatibles les différentes sources de données.
- Une charte de qualité, de lisibilité et de transparence garantissant que chaque indicateur soit documenté.
- Une doctrine d'accès et de partage distinguant les usages selon les finalités : information publique, pilotage des politiques publiques, recherche, évaluation…
- Un référentiel national d'indicateurs nationaux et territoriaux.
- Un tableau de bord public, à articuler avec le tableau de bord des déterminants de santé pour les CLS renforcés, pour éclairer la décision publique.

2. Accompagnée par la science

La politique de prévention primordiale souffre aujourd'hui d'une **rupture entre la production de connaissances, la décision publique et le droit commun**.

- **Confier au Comité d'animation du système d'agences (CASA) la gouvernance de la science**

Encadré n° 36 - Qu'est-ce que le Comité d'animation du système d'agences ?

Présidé par le Directeur général de la santé, le Comité d'animation du système d'agences regroupe l'ensemble des expertises sanitaires, sociales et environnementales, afin d'émettre des avis sur les domaines dans lesquels il est nécessaire d'assurer le bon fonctionnement de leurs interactions ou l'harmonisation de leurs pratiques, dans l'intérêt de la santé publique et de la sécurité sanitaire[108].

La mission propose de confier cette gouvernance au Comité d'animation du système d'agences (CASA). Cette solution présente également l'avantage de s'appuyer sur une instance existante, sans créer une nouvelle structure administrative, tout en renforçant les interactions entre les agences, les décideurs publics et les acteurs territoriaux.

La répartition fonctionnelle devrait être clarifiée : la DGS porterait les priorités nationales et l'arbitrage stratégique ; la HAS contribuerait à la doctrine de preuve et aux outils méthodologiques ; Santé publique France animerait le registre et la capitalisation.

- **Faire de ReperPrev et des outils existants le socle d'un registre national des actions probantes, prometteuses et transférables de prévention primordiale.**

[108] Article R. 1411-58-1 du code de la santé publique.

La mission propose donc de structurer un **registre national évolutif vivant des actions probantes, prometteuses et transférables** de prévention primordiale, en s'appuyant sur les outils existants, notamment le registre de Santé Publique France ReperPrev, les travaux de capitalisation, les registres thématiques, les données territoriales et les ressources produites par les agences, caisses, collectivités, associations et équipes de recherche.

Ce registre devrait intégrer un repérage spécifique des actions relevant ou susceptibles de relever de l'article 51 : expérimentations en cours, actions en période transitoire, expérimentations achevées, projets transposés et décisions de non-transposition. Il permettrait ainsi de relier l'information disponible sur les expérimentations à la décision de passage à l'échelle.

Encadré n° 37 - ReperPrev et article 51 doivent dialoguer

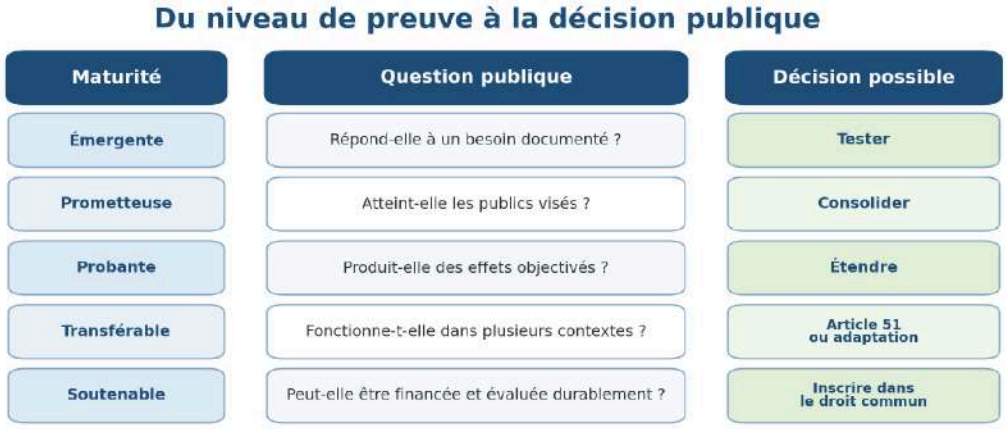
ReperPrev et les dispositifs de capitalisation servent à savoir ce qui fonctionne ou pourrait fonctionner. L'article 51 sert, lorsque c'est nécessaire, à tester une organisation ou un financement dérogatoire. Les deux logiques doivent donc être articulées : connaissance, expérimentation, évaluation, décision, financement et droit commun.

- **Mise en place d'un consortium scientifique régional pour éclairer et aider les porteurs des contrats locaux de santé.**

Cette gouvernance doit être reliée aux territoires. Elle doit s'appuyer sur un consortium scientifique régional regroupant les expertises des universités de la région (*cf. proposition n°2*).

Proposition n° 30 - Organiser une chaîne publique de la preuve en prévention primordiale

- Confier la gouvernance nationale de la preuve en prévention primordiale au Comité d'animation du système d'agences (CASA).
- Faire de ReperPrev et des outils existants le socle d'un registre national vivant des actions probantes, prometteuses et transférables de prévention primordiale.
- Reprise de la proposition n°2 - Mettre en place un consortium scientifique régional pour éclairer et aider les porteurs des contrats locaux de santé.



L'article 51 peut sécuriser le sas entre action transférable, financement dérogatoire et décision de droit commun

Tant que les preuves ne débouchent pas sur des décisions explicites (consolider, généraliser, adapter ou arrêter), la France restera exposée à une expérimentation permanente : des initiatives nombreuses, parfois prometteuses, mais rarement stabilisées, financées et déployées dans des conditions permettant d'en garantir l'équité et l'efficacité.

La mission propose donc d'**organiser une chaîne publique de la preuve en prévention primordiale**. Cette chaîne doit relier l'identification des actions probantes, leur évaluation proportionnée, l'article 51 lorsqu'une dérogation organisationnelle ou financière est nécessaire, leur adaptation aux contextes, leur déploiement et implémentation territoriaux.

1. Sortir de l'expérimentation permanente

L'expérimentation est nécessaire en prévention primordiale car les interventions doivent être adaptées aux publics, aux territoires, aux conditions de vie et aux déterminants qu'elles visent. L'expérimentation devient néanmoins problématique lorsqu'elle se substitue durablement à l'absence de décision publique de généralisation. **Une action évaluée positivement ne doit pas être reconduite indéfiniment comme projet expérimental** : elle doit pouvoir être consolidée, adaptée, étendue ou intégrée au droit commun.

L'article 51 permet précisément de structurer certaines expérimentations lorsque les règles de droit commun ne permettent pas de tester un parcours, une organisation ou un mode de financement adapté. Il peut être utilisé comme un sas de décision et non comme une zone d'attente : toute expérimentation significative doit déboucher sur une décision explicite, motivée et rendue publique.

2. Décider ce qui doit être consolidé, généralisé, adapté ou arrêté

La mission propose donc de lier chaque niveau de maturité de l'action à une décision publique possible. Une action émergente doit être testée, une action prometteuse consolidée, une action probante étendue, une action transférable peut, lorsque nécessaire, passer par l'article 51 ou par une adaptation territoriale et une action soutenable doit pouvoir être inscrite dans le droit commun.

Le financement reste strictement limité aux actions probantes ou prometteuses, à leur évaluation, à leur implémentation, à leur capitalisation et à leur passage à l'échelle.

Proposition n° 31 - Conditionner le passage à l'échelle et son financement à une décision explicite fondée sur la preuve, l'équité, la transférabilité et la soutenabilité.

3. Évaluée par des études d'impact en santé

Si les politiques publiques de prévention primordiale doivent être pilotées par la donnée et éclairées par les connaissances scientifiques, elles doivent également être en mesure d'anticiper leurs effets sur la santé des populations.

La mission propose à ce que les grandes décisions publiques (projets de loi, stratégies nationales, documents de planification, projets d'aménagement, politiques de mobilité, de logement, d'urbanisme, d'environnement, d'éducation, de travail ou d'inclusion sociale etc.) puissent être systématiquement **examinées au regard de leurs conséquences prévisibles sur la santé des populations et sur les inégalités sociales et territoriales de santé par des évaluations d'impact en santé (EIS)**[109]. Elle recommande également de **réactiver les commissions de coordination des politiques publiques**, afin d'en faire les instances de dialogue interministériel et territorial chargées d'accompagner ces évaluations et de favoriser l'intégration de la santé dans l'ensemble des politiques publiques.

[109] Masters R, Anwar E, Collins B, et al. *Return on investment of public health interventions: a systematic review.* Journal of Epidemiology and Community Health. 2017;71:827-834. Voir aussi : France Stratégie. *L'évaluation socioéconomique des effets de santé des projets d'investissement public*. Paris : France Stratégie ; 2022. Voir aussi : Haut Conseil de la santé publique. *Mettre en œuvre en contexte français des politiques publiques intégrées favorables à la qualité de vie : pistes pour une prévention primordiale des fardeaux de santé.* Paris : HCSP ; 2025.

Qu’est-ce qu’une étude d’impact en santé (EIS) ?

Une étude d’impact en santé est une démarche d’aide à la décision qui vise à apprécier, avant l’adoption d’une politique, d’un programme ou d’un projet, ses effets possibles sur la santé de la population et sur les inégalités de santé.

Elle repose généralement sur cinq étapes :

1. Sélectionner les décisions à examiner.
2. Définir le périmètre de l’analyse.
3. Analyser les effets potentiels sur les déterminants de santé.
4. Formuler des recommandations.
5. Suivre les effets dans le temps.

L’EIS ne constitue donc pas un avis sanitaire isolé. Elle est un outil de dialogue entre décideurs, experts, collectivités et habitants, permettant de rendre visibles les effets sanitaires de décisions qui, à première vue, ne relèvent pas du champ de la santé.

L’enjeu n’est pas de créer une procédure supplémentaire lourde et uniforme, mais de diffuser un réflexe santé dans la décision publique. Une EIS peut prendre des formes graduées : analyse rapide pour les décisions courantes, grille d’examen pour les documents de planification, étude approfondie pour les projets majeurs ou controversés. Cette logique de proportionnalité est indispensable pour éviter que l’outil ne soit perçu comme une contrainte administrative supplémentaire.

L’évaluation d’impact en santé repose sur cinq leviers :

- Inscrire progressivement l’étude d’impact en santé et en équité dans les procédures de décision publique, en priorité pour les projets ayant un effet significatif sur les déterminants de santé : urbanisme, mobilités, logement, environnement, alimentation, travail, politiques éducatives et sociales.

- Créer un cadre méthodologique national, élaboré avec le Haut Conseil de la santé publique, Santé publique France, les agences sanitaires, les associations d’élus, les universités, les observatoires régionaux de santé et les représentants des usagers.

- S’appuyer sur les consortiums nationaux et régionaux afin d’accompagner les administrations centrales, les collectivités territoriales, les ARS, les porteurs de projets et les acteurs des contrats locaux de santé dans la conduite d’EIS proportionnées, opérationnelles et compréhensibles.

- Articuler les EIS avec les procédures existantes, notamment les évaluations environnementales, les études socio-économiques, les études d'impact législatives, les documents de planification territoriale et les démarches de participation citoyenne.

- Rendre publics les résultats des EIS pour les projets les plus structurants, afin de renforcer la transparence, la redevabilité et la capacité des citoyens à comprendre les arbitrages rendus entre objectifs économiques, sociaux, environnementaux et sanitaires.

Relier ces évaluations aux commissions de coordination des politiques publiques

La **réactivation des commissions de coordination des politiques publiques** prévues par le Code de la santé publique[110] constituerait un levier pertinent pour renforcer l'intégration de la santé dans l'ensemble des politiques publiques territoriales. Réunissant l'Agence régionale de santé, les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale et les services de l'État, ces instances offrent un cadre institutionnel de dialogue intersectoriel, aujourd'hui insuffisamment mobilisé. Or, la conduite d'évaluations d'impact en santé (EIS) suppose précisément une capacité à croiser les expertises et les responsabilités de secteurs aussi divers que l'urbanisme, les transports, l'environnement, le logement, l'éducation ou l'action sociale. Les commissions de coordination pourraient ainsi devenir le lieu privilégié d'identification des projets justifiant une EIS, de partage des données nécessaires à leur réalisation et de suivi de la mise en œuvre des recommandations formulées. Leur revitalisation contribuerait également à diffuser une culture de la prévention et de la promotion de la santé auprès de l'ensemble des décideurs publics, conformément à l'approche internationale dite « Health in All Policies ».

En s'appuyant sur une gouvernance existante plutôt que sur la création de nouvelles structures, cette orientation présenterait en outre l'avantage de renforcer l'efficacité et la cohérence de l'action publique à coût institutionnel limité.

Proposition n° 32 - Promouvoir la « Santé dans toutes les politiques » avec les évaluations d'impact en santé et les commissions de coordination des politiques publiques.

- Inscrire progressivement les EIS dans les procédures de décision publique ;
- Élaborer un cadre méthodologique national ;
- Mobiliser les consortiums nationaux et régionaux ;
- Articuler les EIS avec les procédures existantes ;
- Rendre publics les résultats des EIS.

[110] Article L. 1432-1 du Code de la santé publique

La santé dans toutes les politiques ne sera effective que si les évaluations d'impact en santé deviennent un outil ordinaire d'arbitrage public. Le verrou principal est de relier ces évaluations aux commissions de coordination et aux décisions sectorielles.

E. Changer de gouvernance

1. La gouvernance nationale

La prévention primordiale ne manque pas seulement d'outils, de compétences ou de crédits. **Elle manque d'une colonne vertébrale politique capable de relier les objectifs, les moyens, les territoires et les résultats**. Le paradoxe français est connu : les plans existent, les dispositifs s'empilent, les acteurs agissent, mais la responsabilité demeure trop dispersée. On peine à identifier qui décide, qui finance, qui met en œuvre et qui répond des résultats. Dans ces conditions, la prévention reste une priorité proclamée plus qu'une politique de droit commun.

Une politique de prévention primordiale nécessite qu'elle soit la priorité de la **stratégie nationale de santé, qu'elle fasse l'objet d'un suivi interministériel régulier, qu'elle repose sur une chaîne de responsabilité territoriale et une redevabilité annuelle devant le Parlement et les citoyens**.

La Stratégie nationale de santé doit ainsi devenir le document de référence de la politique de santé publique. Élaborée au début de chaque quinquennat, rendue obligatoirement publique, elle constituerait le cadre stratégique unique de l'action de l'ensemble des ministères en matière de santé. Elle fixerait les grandes orientations de la politique de santé, hiérarchiserait les priorités nationales et assurerait l'alignement des politiques sectorielles, orienterait les projets régionaux de santé et structurerait les contrats locaux de santé renforcés, pour qu'ils ne fonctionnent plus de manière cloisonnée. Elle **serait recentrée sur un nombre limité de priorités structurantes**, communes à l'ensemble des ministères et déclinées dans les territoires. Elle inscrirait notamment six priorités : la littératie en santé, la santé mentale, la vaccination, le bien vieillir, la santé environnementale et les comportements favorables à la santé. Ces priorités guideraient l'action publique et serviraient de référence à l'évaluation des politiques menées.

Le pilotage de cette stratégie reposerait sur une gouvernance clairement identifiée.

Reprise de la proposition n° 10 - 33 : inscrire six priorités dans la stratégie nationale de santé :

- La littératie en santé.
- La santé mentale.
- La vaccination.
- Le bien-vieillir.
- La santé environnementale.
- L'action pour de bons comportements de santé.

a) La Conférence nationale de santé

La **Conférence nationale de santé** serait réunie tous les cinq ans, en début de quinquennat, sous la présidence du Président de la République pour **débattre du diagnostic, des priorités et de la stratégie nationale de santé**. Cette solennisation démocratique donnerait à la prévention un statut comparable à celui des grandes politiques transversales qui requièrent un portage au plus haut niveau de l'État.

Elle adopterait des objectifs clairs et chiffrés relevant de chaque ministère. **A titre d'illustration**:

- **Santé** : renforcer la littératie en santé des professionnels de santé en l'intégrant dans leurs formations initiales et continues, déployer une politique de vaccination, une politique en faveur de la santé mentale, du bien-vieillir, des bons comportements en santé, et impliquer les professionnels de santé via le dispositif « chaque contact compte », à l'hôpital comme en ville.

- **Urbanisme et transport** : intégrer des critères de santé et de climat dans les Plans locaux d'urbanisme (PLU). Exemples : multiplier les zones à faibles émissions, créer des réseaux cyclables et piétons, végétaliser les quartiers pour limiter les îlots de chaleur et favoriser l'activité physique. Le PNSE 4 met déjà en avant la lutte contre la pollution de l'air et les perturbateurs endocriniens.

- **Logement** : imposer des normes de ventilation et de matériaux faiblement émissifs afin de diminuer la pollution intérieure, à l'image des recommandations de l'Observatoire de la Qualité de l'air intérieur (OQAI) ; développer des programmes de rénovation énergétique intégrant la qualité de l'air et l'accessibilité.

– **Travail** : élaborer un plan de bien-être : mesures concrètes sur l'activité physique, le management au service de la prévention des risques psychosociaux, une alimentation ayant une bonne qualité nutritionnelle accessible, la conciliation vie familiale-professionnelle, les congés parentaux, la lutte contre les discriminations. Les politiques de bien-être au travail, recommandées par l'OCDE, montrent qu'un environnement professionnel favorable réduit les coûts de santé mentale et augmente la productivité (24).

– **Éducation et accueil de l'enfant** : repositionner le bien-être au cœur des projets éducatifs et socio-éducatifs qui valorisent un climat positif, des approches participatives et des environnements sûrs propices aussi bien à l'inclusion qu'à la santé et à la performance scolaire. Les objectifs sont sur la formation des enseignants aux compétences socio-émotionnelles et à la nécessité de réflexion créative, les pratiques pédagogiques actives et ludiques, en privilégiant les projets interdisciplinaires, l'éducation socio-émotionnelle et des évaluations formatives, l'implication des élèves dans la vie de l'établissement, les environnements sains et inclusifs, avec des espaces verts et de détente, une alimentation équilibrée, des dispositifs de lutte contre le harcèlement et des indicateurs de climat scolaire, l'ouverture de l'école aux arts pour intégrer la culture dans l'apprentissage.

– **Politiques sociales et d'inclusion** : favoriser les services publics de mobilité dans les zones rurales afin de lutter contre l'isolement, développer et évaluer des indicateurs d'exposition aux adversités (=violence, négligence, insécurité) dans les dispositifs prenant en charge les publics vulnérables (personnes dépendantes, en situation de handicap, enfants) du type (ASE, PJJ, EPHAD) intégrer systématiquement un objectif de santé dans les politiques de lutte contre la pauvreté.

– **Territoires outre-mer :** Dans les outre-mer, une politique de santé dans toutes les politiques pourrait viser à réduire l'habitat insalubre et améliorer la ventilation des logements pour limiter l'humidité et les maladies respiratoires, lutter contre les maladies vectorielles (dengue, chikungunya) et les îlots de chaleur, sécuriser l'alimentation issue de l'agriculture locale, la réduction des pollutions environnementales héritées.

b) Le Comité interministériel pour la santé

Le **Comité interministériel pour la santé** (CIS), réuni chaque année, assurerait le suivi de cette stratégie (suivis des objectifs, inégalités persistantes, corrections à opérer), arbitrerait les décisions interministérielles et adopterait un relevé de décisions public assorti d'objectifs, de pilotes, d'échéances et d'indicateurs.

Enfin, le **Gouvernement présenterait chaque année, par un débat sans vote devant le Parlement, en amont l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale,** un rapport sur l'état de santé des populations en s'appuyant sur les tableaux de bord établis par la DREES et sur un document de veille sanitaire élaboré par le Comité d'animation du système d'agences (CASA), sur son action, les résultats obtenus au regard des objectifs fixés et les évolutions à apporter aux actions qui découlent de la SNS.

Proposition n° 34 - La conférence nationale de santé des populations, réunie tous les cinq ans, propose une vision, affiche ses priorités, fixe l'action des ministères, donne ses objectifs, valide et publie la Stratégie nationale de santé.

- Adopter une politique et des objectifs clairs et chiffrés relevant de chaque ministère.
- Un comité interministériel de la santé (CIS) tous les ans permettant de suivre la stratégie nationale de santé.
- Le Gouvernement rend compte de son action, tous les ans en amont de l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale, de la santé des populations en s'appuyant sur les tableaux de bord établis par la DREES et sur un document de veille sanitaire fourni par le Comité d'animation du système d'agences (CASA).

c) Un ministère « Une Seule Santé »

Afin de garantir la cohérence de cette gouvernance, la mission propose la **création d'un ministère « Une Seule Santé »**, chargé du suivi des politiques ministérielles, selon les objectifs validés par la Conférence de santé et selon les travaux du Comité interministériel pour la santé. Il ne se substituerait pas aux ministères sectoriels, mais organiserait le passage d'une prévention fondée sur une juxtaposition de plans à une prévention pilotée par des objectifs nationaux, des déterminants de santé et des résultats mesurables.

Proposition n° 35 - Créer un ministère "Une Seule Santé."

- Il est chargé du suivi des politiques ministérielles, selon les objectifs validés par la Conférence de santé.

Il s'appuierait sur une **Direction générale de la santé réarmée**. Celle-ci serait en charge de proposer la Stategie nationale de santé, assurerait le secrétariat politique et administratif du CIS, centraliserait les données, piloterait les tableaux de bord élaborés par la DREES et assurerait le suivi des objectifs de la Stratégie nationale de santé et serait chargé de déployer les actions probantes sur les territoires.

Proposition n° 36 - Redéfinir les missions de la Direction générale de la santé (DGS) pour en faire le responsable de la santé globale et de la prévention primordiale.

- Elle assure le suivi des objectifs validés par la Conference de santé et l'évaluation des politiques fixées par le CIS.
- Elle est le réceptacle de l'ensemble des données.
- Elle est responsable des tableaux de bord et de leur suivi, élaborés par la Drees.
- Et est chargée de déployer les actions probantes sur les territoires

Niveau	Instance / acteur	Fonction principale	Livrable ou décision attendue
Solennisation démocratique	Président de la République + Conférence nationale de santé	Donner une visibilité politique et démocratique à la prévention ; ouvrir un débat national sur les résultats et priorités	Une réunions en début de mandature
Arbitrage gouvernemental	Premier ministre + coordination par le ministère « Une seule santé »	Arbitrer les déterminants qui relèvent de plusieurs ministères ; décider des priorités et de leur financement	CIS annuel ; débat sans vote devant le parlement avant le PLFSS
Secrétariat stratégique	DGS à vocation interministérielle	Préparer le CIS ; consolider l'expertise, les données et le tableau de bord ; suivre l'exécution	Dossier CIS ; tableau de bord SNS ; rapport annuel de prévention ; doctrine d'évaluation
Expertise scientifique	Le CASA (SPF, HCSP, HAS, ANSES, INCa, DREES, INSERM et CNRS)	Garantir la norme scientifique, les référentiels, l'évaluation et l'intégrité des indicateurs	Avis, référentiels, études d'impact santé, indicateurs et évaluation pluriannuelle
Déploiement territorial	CLS entre État (ARS, EN, services déconcentrés) collectivités, assurance maladie	Territorialiser les priorités ; contractualiser ; adapter aux besoins locaux ; rendre compte	PRS alignés ; CLS renforcés ; tableaux de bord territorialisés ; restitution locale

2. Le déploiement territorial

La prévention primordiale ne relève pas d'un bloc de compétences unique. Elle se construit à l'intersection de la santé publique, de l'éducation, du travail, du logement, de l'urbanisme, de l'alimentation, du sport, de l'environnement, de l'action sociale et de l'autonomie.

1. - L'État assume la responsabilité de définir la stratégie nationale, de garantir l'égalité devant la prévention, d'apporter les financements structurants et de rendre compte des résultats.

2 - Le contrat de santé (CLS) constitue le document pivot de la politique territoriale de prévention primordiale pour mettre en application les priorités fixées la stratégie nationale de santé.

Ce document de démocratie sanitaire est public et les tableaux de bord associés sont consultables.

Il constitue un document de référence pour les autres contrats, schémas et projets du territoire, qui sont appelés à intégrer, lors de leur élaboration, les objectifs définis par le contrat local de santé.

Il est conclu à la maille pertinente, de l'EPCI ou du bassin de vie, avec association de l'État territorial, de l'assurance maladie, des départements, des communes, des CPTS, des établissements, des ESMS, des associations, des acteurs sportifs, sociaux et environnementaux.

3 - L'Etat via les agences régionales de santé et ses services déconcentrés accompagnent et apportent son soutien financier à cette déclinaison territoriale de la politique de prévention primordiale.

4 - Les collectivités territoriales détiennent des leviers majeurs sur les déterminants de santé :

- Les **communes et intercommunalités** par les écoles, l'urbanisme, les mobilités, le logement, les équipements sportifs, la restauration collective, la politique de la ville et la vie associative.
- Les **départements par la PMI**, la protection de l'enfance, l'autonomie, le handicap et l'action sociale ;
- Les **régions** interviennent par les formations, les lycées, les transports, l'aménagement et la santé-environnement.

Cette répartition des compétences constitue une richesse, mais elle rend également indispensable un cadre commun capable de coordonner l'action des différents acteurs autour d'objectifs partagés.

Proposition n° 37 - Faire des contrats locaux de santé (CLS) le cadre territorial de mise en œuvre de la stratégie nationale de santé.

La chaîne de responsabilité doit être clairement définie : qui fixe les priorités, qui finance, qui contractualise, qui met en œuvre et qui rend compte. Dans ce cadre, **le directeur général de la santé au niveau national et les directeurs généraux des agences régionales de santé seraient responsables de l'atteinte des objectifs de santé de la population relevant de leur périmètre d'action**. **Leur évaluation reposerait sur les résultats obtenus au regard des objectifs fixés par la Stratégie nationale de santé et des indicateurs nationaux et territoriaux de santé.**

Proposition n° 38 - Les directeurs généraux des agences régionales de santé sont évalués en fonction de l'état de santé de la population.

F. Financer la prévention primordiale : construire un modèle économique lisible, durable, orienté vers les résultats

La prévention primaire ne peut pas changer d'échelle si elle demeure financée par une addition de crédits ponctuels, d'appels à projets discontinus, de fonds sectoriels et de lignes budgétaires peu lisibles. Le sujet n'est pas seulement le niveau des moyens ; il est aussi celui de leur architecture, de leur stabilité, de leur visibilité et de leur capacité à financer ce qui rend les actions effectives.

Cette ambition suppose de doter la prévention primordiale d'un véritable modèle économique. Celui-ci doit permettre de rendre l'effort national plus visible et lisible, de programmer les financements dans la durée, de dégager progressivement de nouvelles marges de manœuvre et de mieux articuler les financements nationaux et territoriaux. Il doit également garantir que les ressources mobilisées soient prioritairement orientées vers les actions probantes, la réduction des inégalités, l'ingénierie territoriale, l'évaluation et le passage à l'échelle.

À cette fin, la mission distingue les leviers relevant de la programmation budgétaire nationale de ceux destinés à soutenir la mise en œuvre territoriale de la stratégie nationale de santé.

1. Au niveau national

La prévention primaire reste insuffisamment visible dans les documents budgétaires et de pilotage. Le jaune budgétaire consacré à la prévention constitue un progrès de transparence, mais l'état des lieux du rapport en montre les limites : il ne consolide pas suffisamment l'ensemble de l'effort national, n'identifie pas précisément les financeurs, distingue imparfaitement prévention primaire, secondaire et tertiaire, et ne permet pas de suivre les crédits par objectifs, publics, territoires ou déterminants.

Il rend également imparfaitement compte des financements relevant de l'assurance maladie, des opérateurs, des collectivités territoriales, des fonds territorialisés et des cofinancements. Le Parlement ne dispose donc pas encore d'une vision suffisamment exhaustive de l'effort de la Nation en faveur de la prévention, ni de sa répartition entre expérimentation, droit commun, ingénierie, équité, données, évaluation et passage à l'échelle. Cette insuffisante lisibilité nuit au pilotage de la politique de prévention.

La mission propose, d'une part, qu'un **sous-objectif de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) soit dédié à la prévention** ; d'autre part, un **jaune budgétaire prévention et un orange budgétaire substantiellement améliorés** présenteraient de manière plus exhaustive l'effort national et les efforts territoriaux, tous financeurs confondus, selon des catégories permettant d'éclairer la décision publique.

Proposition n° 39 - Afficher la prévention primordiale dans le budget.

- **Renommer le sixième sous-objectif** « autres » en sous-objectif « prévention et autres » ou créer un septième sous-objectif de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) dédié à la prévention.
- Les jaunes et oranges budgétaires devraient présenter une vision consolidée de l'effort national consacré à la prévention, à la recherche et aux données, en distinguant notamment les différents financeurs, les objectifs poursuivis, les publics concernés.

Dégager progressivement de nouvelles marges de financement

Une meilleure lisibilité des financements constitue une condition nécessaire, mais elle ne suffira pas à assurer le développement de la prévention primordiale. Celle-ci doit également pouvoir bénéficier de ressources nouvelles.

Deux leviers apparaissent particulièrement pertinents.

Un premier levier consisterait à **affecter une fraction des recettes issues des taxes comportementales à la prévention primaire**. Cette orientation pourrait concerner, avec prudence et sans chiffrage non étayé, la fiscalité sur le tabac, l'alcool, les boissons sucrées ou d'autres taxes comportementales pertinentes. L'affectation devrait être partielle, traçable et débattue, afin d'éviter l'éparpillement des ressources comme leur captation par des dispositifs non évalués. Elle ne saurait toutefois constituer un mode de financement pérenne de la prévention : ces recettes ont vocation à diminuer à mesure que les comportements à risque reculent, ce qui constitue précisément l'objectif recherché par ces politiques publiques. Elles doivent donc être envisagées comme un levier de transition permettant d'accompagner le développement de la prévention primordiale, et non comme une ressource appelée à croître durablement.

Un second levier consisterait à **réinvestir une partie des gains objectivés par des politiques de prévention au retour sur investissement positif**. Ces gains peuvent prendre la forme de coûts évités, d'une réduction de soins évitables, d'une moindre perte d'autonomie, d'une baisse de certains recours, d'un maintien en emploi ou d'une réduction d'événements évitables. Ils devraient être établis par une évaluation rigoureuse, distinguant les gains budgétaires directement observables et les bénéfices sanitaires, sociaux ou médico-économiques plus larges.

Cette proposition est indissociable de la trajectoire budgétaire. Le sous-objectif ONDAM prévention et le jaune budgétaire amélioré doivent permettre de suivre ces ressources et leur usage. Le débat annuel devant le Parlement doit apprécier leur affectation prioritaire aux actions probantes, à l'équité, à l'ingénierie, à l'évaluation et au passage à l'échelle.

Proposition n° 40 - Affecter à la prévention primaire une part des recettes comportementales et des gains liés aux retours sur investissement positifs

- Affecter une fraction des recettes issues des taxes comportementales à la prévention primaire.
- Réinvestir une partie des gains objectivés par des politiques de prévention au retour sur investissement positif.

La mission considère que le financement du service public de l'enfance et de la jeunesse constitue un investissement prioritaire pour la Nation, afin d'agir précocement sur les déterminants de santé. Si ces investissements ne produisent pas tous des économies budgétaires immédiates, ils contribuent, à moyen et long terme, à réduire la survenue de maladies évitables, à améliorer la réussite éducative et l'insertion professionnelle, ainsi qu'à diminuer certains recours aux soins et aux dispositifs sociaux. Ils génèrent ainsi des **bénéfices sanitaires, sociaux et économiques durables**

Proposition n° 41 - Financer le service public enfance et jeunesse.

La consolidation des financements nationaux ne saurait toutefois reposer sur les seuls crédits de l'État et de l'assurance maladie obligatoire. Elle suppose également de mobiliser l'ensemble des acteurs qui concourent au financement de la santé et qui bénéficient des effets de la prévention primordiale. Les organismes complémentaires d'assurance maladie ont, à cet égard, un rôle croissant à jouer.

La mission propose de mobiliser les capacités d'intervention des organismes complémentaires au service de priorités nationales partagées, dans le respect des principes d'équité, de solidarité et de cohérence de l'action publique (*cf. proposition n°5*).

Proposition n° 6 - 42 - Impliquer les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) aux objectifs de prévention primordiale fixés dans le cadre national.

- Leur permettre de financer la prévention comme une prestation.

Accompagner le passage à l'échelle des actions probantes

Les expérimentations jouent un rôle essentiel pour faire émerger de nouvelles interventions et documenter leur efficacité. En revanche, leur succès ne garantit pas leur diffusion. De nombreuses actions évaluées positivement demeurent limitées à quelques territoires faute d'un financement spécifique permettant leur déploiement.

Afin d'éviter que les interventions probantes restent durablement confinées au stade expérimental, la mission propose de créer un **guichet national dédié au financement du passage à l'échelle**, chargé d'accompagner les actions ayant démontré leur efficacité et présentant un potentiel de diffusion. Ce guichet aurait vocation à financer la phase de déploiement jusqu'à leur intégration dans les financements de droit commun.

Proposition n° 43 - Créer un guichet national de financement du passage à l'échelle des actions probantes.

2. Au niveau territorial

La programmation nationale ne produira d'effets que si elle est relayée par des modalités de financement territoriales cohérentes, stables et adaptées aux réalités locales. Aujourd'hui, les collectivités, les agences régionales de santé et les porteurs de projets mobilisent une multiplicité de dispositifs dont les temporalités, les critères et les objectifs sont souvent hétérogènes. Cette fragmentation fragilise les acteurs, ralentit le passage à l'échelle des interventions efficaces et entretient une logique d'expérimentation permanente.

La mission propose ainsi de construire un modèle territorial de financement reposant sur cinq principes complémentaires : accompagner le passage à l'échelle des actions probantes, donner aux contrats locaux de santé les moyens d'assurer leur rôle de coordination, réserver les appels à projets à l'innovation, reconnaître les fonctions indispensables au déploiement des actions et expérimenter de nouveaux outils de financement.

Donner aux contrats locaux de santé les moyens d'agir

Les contrats locaux de santé constituent désormais le cadre territorial de mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé. Ils ne pourront toutefois remplir pleinement cette mission sans disposer de financements pérennes leur permettant d'assurer la coordination des acteurs, l'ingénierie des projets, le suivi des actions et leur évaluation.

La mission propose que ces contrats soient prioritairement **financés par** l'enveloppe consacrée à la prévention au sein du **Fonds d'intervention régional (FIR)**, afin de garantir leur stabilité, leur articulation avec les priorités régionales de santé et leur capacité à conduire des actions de long terme.

Proposition n°44 - Financer les contrats locaux de santé avec le Fonds d'Intervention Régional (FIR).

Se service des appels à manifestation d'intérêt (AMI) pour les territoires représentés par des CLS

Les appels à projets et appels à manifestation d'intérêt ont permis de faire émerger des initiatives, de tester des interventions et de mobiliser des coalitions d'acteurs. Ils doivent rester des instruments d'innovation, d'amorçage et d'expérimentation. Ils ne peuvent cependant constituer l'ossature ordinaire du financement de la prévention primaire.

Lorsqu'ils se substituent au droit commun, ils fragilisent les porteurs, dispersent les initiatives, accroissent la charge administrative et entretiennent des expérimentations sans débouché. Les actions probantes, transférables et utiles doivent sortir de cette précarité expérimentale pour rejoindre des conventions pluriannuelles, des financements socles ou des crédits de droit commun. Les actions non concluantes doivent être réorientées, reconfigurées ou arrêtées.

Pour les expérimentations, les ARS pourraient lancer des appels à manifestation d'intérêt régionaux dirigés vers les territoires représentés par les contrats locaux de santé. Les CLS pourraient ensuite lancer ou soutenir des appels à projets territoriaux ciblés, permettant de sélectionner ou d'accompagner des expérimentations locales. Chaque expérimentation serait assortie dès l'origine d'une évaluation proportionnée et d'une issue explicite : droit commun, pérennisation, mutualisation, réorientation ou arrêt.

Proposition n° 45 - Lancer des appels à manifestations d'intérêt (AMI) pour les actions portées par les Contrats locaux de santé (CLS).

- Les appels à projets et appels à manifestation d'intérêt seraient réservés à l'innovation, à l'amorçage et à l'expérimentation, et ne constitueraient plus le modèle ordinaire de financement de la prévention primaire.
- Les ARS lanceraient, dans un cadre stratégique régional, des AMI orientés vers les territoires représentés par des CLS. Ces derniers pourraient lancer ou soutenir des appels à projets territoriaux ciblés, permettant de sélectionner ou d'accompagner des expérimentations locales. Chaque expérimentation serait assortie d'une évaluation proportionnée et d'une décision explicite : droit commun, pérennisation, mutualisation, réorientation ou arrêt.

Reconnaître les fonctions qui rendent les actions efficaces

La prévention primaire ne se résume pas aux actions visibles : campagnes, ateliers, programmes, bilans, outils numériques ou interventions dans les lieux de vie. Leur effectivité dépend de fonctions moins visibles mais décisives : diagnostic territorial, ingénierie, coordination, animation partenariale, médiation, aller-vers, littératie, adaptation culturelle et linguistique, adaptation territoriale, participation citoyenne, suivi des données, évaluation et capitalisation.

Ces fonctions sont trop souvent traitées comme des frais accessoires. Elles conditionnent pourtant l'accès réel des publics, l'adaptation des interventions, la qualité de la coordination, la capacité à documenter les effets et la décision de pérennisation ou d'arrêt. Sans elles, les publics les plus éloignés restent hors d'atteinte et les actions probantes peinent à changer d'échelle.

L'équité doit également devenir un objet budgétaire explicite : une ligne de dépense, un critère d'allocation, un indicateur de suivi et une condition d'évaluation. L'universalisme proportionné impose de garantir une offre universelle, tout en renforçant son intensité là où les besoins sont les plus élevés et les obstacles d'accès les plus importants.

Les CLS renforcés devraient disposer d'un socle d'ingénierie permettant d'établir un diagnostic partagé, de mobiliser les acteurs locaux, d'organiser l'aller-vers, de suivre les indicateurs, de documenter les effets, d'associer les habitants et de capitaliser les enseignements. Les crédits d'évaluation doivent être prévus dès l'amont, afin de ne pas rechercher la preuve trop tard.

Encadré n° 38 - Les fonctions invisibles de la prévention
Une action de prévention réussit rarement par son seul contenu. Elle suppose de comprendre les besoins d'un territoire, d'identifier les publics éloignés, d'adapter les messages, de coordonner les partenaires, d'organiser l'aller-vers, de suivre les données, d'évaluer les effets et de capitaliser les enseignements. Ces fonctions sont peu visibles, mais elles conditionnent l'effectivité des interventions.

Proposition n° 46 - Reconnaître et financer les fonctions invisibles comme des dépenses de prévention à part entière.

- Reconnaître comme dépenses de prévention primaire à part entière le diagnostic territorial, l'ingénierie, la coordination, l'animation partenariale, la médiation, l'aller-vers, la littératie, l'adaptation culturelle et linguistique, l'adaptation territoriale, la participation citoyenne, le suivi des données, l'évaluation et la capitalisation.
- Les financements distingueraient les crédits d'intervention et les crédits d'appui. Ils intégreraient l'équité comme ligne de dépense, critère d'allocation, indicateur de suivi et condition d'évaluation. Ils garantiraient aux CLS renforcés un socle d'ingénierie pour construire, adapter, suivre et évaluer les actions avec les collectivités, les acteurs locaux et les habitants.

3. Expérimenter des outils innovant pour financer la prévention primordiale

La prévention primordiale agit sur des déterminants qui dépassent largement le seul champ sanitaire : travail, éducation, logement, urbanisme, alimentation, activité physique, environnement, vieillissement, handicap ou encore santé mentale. Aucun financeur ne peut, à lui seul, porter un champ aussi vaste. Le développement de la prévention suppose donc de mobiliser une pluralité d'acteurs et de **construire des cofinancements** associant l'État, l'assurance maladie, les collectivités territoriales, les agences régionales de santé, les organismes de sécurité sociale, les opérateurs publics, les branches professionnelles, les organismes complémentaires d'assurance maladie, les institutions de prévoyance, les employeurs, les associations, les fondations ainsi que, le cas échéant, d'autres partenaires.

Les cofinancements doivent demeurer organisés sous maîtrise publique et répondre à des finalités explicites de santé publique. Ils doivent garantir la transparence des financements, l'équité sociale et territoriale, l'absence de marchandisation de la prévention, la non-sélection des risques, la protection des données, la qualité scientifique des interventions, une évaluation indépendante et la redevabilité des différents acteurs. Ces principes pourraient notamment être déclinés dans le cadre des contrats locaux de santé renforcés lorsque les actions relèvent d'une mise en œuvre territoriale.

Dans ce cadre, la mission propose d'**expérimenter des outils financiers innovants**, tels que les contrats à impact social (Health Impact Bonds). Le contrat est un partenariat public-privé destiné à financer des projets sociaux ou environnementaux innovants par des investisseurs privés, qui ne sont remboursés que si l'intervention atteint les résultats sociaux ou sanitaires définis au préalable (et évalués indépendamment). Ils encouragent ainsi les investissements dans des actions précoces susceptibles de générer des économies et de l'impact, tout en transférant une partie du risque financier hors du secteur public. Un exemple est le Health Impact Bond lancé à Fresno (Californie) pour réduire les hospitalisations liées à l'asthme (27). Des programmes d'investissement à impact ont montré qu'ils favorisent l'innovation et la flexibilité des services.

Proposition n° 47 - Expérimenter des outils financiers innovants.

- Expérimenter des outils financiers innovants, tels que les contrats à impact social (Health Impact Bonds), pour financer des actions de prévention primordiale présentant un fort potentiel d'impact.
- Organiser ces cofinancements sous maîtrise publique, dans le respect de garanties explicites portant notamment sur les finalités de santé publique, la transparence, l'équité sociale et territoriale, la protection des données, la qualité scientifique des interventions, l'évaluation indépendante et la redevabilité des acteurs.

G. Une prévention personnalisée rendue possible grâce à l'intelligence artificielle

La prévention primordiale repose traditionnellement sur des stratégies populationnelle : des campagnes d'information, des politiques environnementales, des actions sur les déterminants de santé ou encore des programmes de prévention ciblant des groupes de population. Ces approches peuvent être complétées par des outils permettant de mieux prendre en compte les caractéristiques propres à chaque personne afin de proposer des interventions plus précoces, plus précises, plus adaptées et plus efficaces.

Les progrès récents de l'intelligence artificielle, de la génomique, des données de santé, des données sociales et environnementales ouvrent ainsi la voie à une **prévention davantage personnalisée**. En combinant ces différentes sources d'information, il devient possible

- d'identifier plus finement certains facteurs de risque,
- d'adapter les messages de prévention,
- de mieux orienter les personnes vers les dispositifs existants et de réduire les interventions inutiles ou redondantes.

La prévention algorithmique n'est pas une alternative aux politiques universelles de prévention ; elle en représente un complément susceptible d'en améliorer l'efficacité.

De nombreux acteurs privés font état de projets de développement à l'horizon des prochaines années. La CNAM envisage ainsi le rôle que l'IA pourrait jouer dans le dépistage des personnes à risque via Mon Espace Santé (appelé plus loin Espace Santé Numérique), en automatisant l'envoi de contenus de prévention ciblés et en adaptant les messages délivrés, notamment dans le cadre des politiques d'« *aller vers* ». On peut dès lors imaginer des parcours d'accompagnement différenciés, modulés en fonction des caractéristiques socio-démographiques et comportementales de chaque individu. Des avancées significatives sont également attendues dans le dépistage précoce de nombreuses pathologies : pour le diabète de type 1, par exemple, l'IA pourrait permettre d'identifier les personnes à risque à partir des bases de données de l'Assurance maladie et des laboratoires de biologie médicale de ville.

Qu'elles soient déjà opérationnelles ou en cours de développement, ces initiatives attestent de l'existence d'une prévention algorithmique. Elles partagent plusieurs caractéristiques distinctives :

- *Personnalisée* : ciblée sur le profil propre à chaque individu. Si la plupart des initiatives s'adressent à des sous-populations spécifiques, certaines s'étendent à l'ensemble de la population sous la forme de bilans de santé généralisés.
- *Prédictive* : intervenant très en amont de la maladie, jusqu'aux phases de dépistage précoce.
- *Économiquement efficiente* : son ciblage lui confère, mécaniquement, un retour sur investissement plus élevé que celui des approches en population générale, en concentrant l'action là où le bénéfice attendu est le plus fort.
- *Dynamique* : elle ne se limite pas à la prédiction, mais propose, sur cette base, un suivi personnalisé dans le temps. Certains experts soulignent en outre qu'elle est moins culpabilisante que l'approche classique, en raison de son caractère plus horizontal et participatif.
- *Intégrative* : elle est en mesure de mobiliser l'ensemble des caractéristiques d'une même personne pour le raisonnement prédictif, dans la limite des données disponibles

Cette évolution appelle cependant un encadrement particulièrement exigeant. La personnalisation de la prévention soulève des questions majeures en matière d'éthique, de protection des données, de souveraineté numérique, de transparence des algorithmes, de respect des lois de bioéthique et de lutte contre les discriminations. Elle comporte également un risque d'aggravation des inégalités si les outils numériques restent moins accessibles aux personnes les plus éloignées du système de santé ou peu familières des usages numériques.

a) Le premier enjeu concerne les données. Les outils de prévention personnalisée mobilisent des informations particulièrement sensibles, qu'elles soient génétiques, médicales, comportementales, sociales ou environnementales. Leur collecte, leur hébergement, leur traitement et leur partage doivent être placés sous des garanties publiques fortes, conformément au droit français et européen.

Encadré n° 39 — Une donnée de prévention peut être une donnée sensible

Un questionnaire de sommeil, un prompt dans un chatbot, une mesure d'activité physique, un bilan de coaching, une donnée de localisation ou une réponse sur l'alcool, l'alimentation, la santé mentale ou les conditions de vie peuvent révéler un état de santé, un risque ou une vulnérabilité. Le niveau de protection doit donc être apprécié à partir de ce que la donnée révèle réellement, et non seulement à partir de l'intitulé commercial du service.

La mission recommande ainsi que les **partenariats public-privé s'inscrivent dans un cadre garantissant la souveraineté numérique européenne et la maîtrise publique des données de santé.** Les infrastructures de confiance qualifiées, telles que les offres de cloud souverain répondant aux exigences françaises et européennes de sécurité, sont un levier essentiel pour développer ces usages tout en préservant la confiance des citoyens.

b) Le second enjeu porte sur la fiabilité des outils de prévention algorithmique. Les algorithmes utilisés pour personnaliser les messages de prévention, orienter les parcours ou identifier des populations à risque doivent être soumis à des exigences comparables à celles applicables aux autres interventions de santé.

Ils devraient faire l'objet d'**évaluations scientifiques robustes** portant notamment sur leur performance, leurs biais éventuels, leur impact sur les inégalités sociales de santé, leur sécurité et leurs effets réels sur les comportements de prévention.

La mission propose que la Haute Autorité de santé, en lien avec les agences sanitaires compétentes, notamment l'Institut national du cancer pour les domaines relevant de son champ de compétence, **élabore des référentiels méthodologiques communs et mette en place un dispositif de labellisation** des outils algorithmiques à destination des professionnels de santé ou des citoyens pour qu'ils répondent aux exigences scientifiques, éthiques et organisationnelles attendues.

c) Le financement des actions de prévention algorithmique. Actuellement, les entreprises du secteur demandent à l'utilisateur citoyen d'acheter l'outil ou le service de prévention. Les assureurs publics, comme les privés, peuvent envisager de rembourser ces actions. Comme pour les soins curatifs, deux modèles de remboursement de l'action peuvent s'envisager : le paiement à l'acte de prévention, ou l'intégration de ces actes dans des forfaits de parcours préventifs couvrant le repérage du risque, les tests prédictifs et le suivi personnalisé. Si le premier peut lancer un modèle économique viable pour les parties prenantes, il a un caractère inflationniste. Ceci doit nous conduire, à terme, à privilégier le financement des forfaits au parcours.

La mission propose d'**expérimenter des modèles de financement adaptés**, notamment sous la forme de forfaits de parcours préventifs susceptibles d'être pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ou, le cas échéant, par les organismes complémentaires, lorsque leur efficacité aura été démontrée.

Le déploiement de ces dispositifs devra cependant s'accompagner d'une vigilance particulière afin de prévenir toute fracture algorithmique. Le niveau de littératie en santé, la maîtrise des outils numériques, les barrières linguistiques ou encore les inégalités territoriales d'accès aux services ne doivent pas conduire à réserver les bénéfices de la prévention personnalisée aux seuls publics les plus favorisés. La personnalisation ne peut constituer un facteur supplémentaire d'inégalités ; elle doit au contraire contribuer à améliorer l'accès aux actions de prévention pour les personnes qui en sont aujourd'hui les plus éloignées.

Proposition n°48 – Développer une prévention personnalisée rendue possible grâce à l'intelligence artificielle et la passer sous garanties publiques

- **Développer la prévention personnalisée comme un complément aux stratégies populationnelles**, en mobilisant les données de santé, les données sociales, environnementales et comportementales afin d'améliorer le ciblage et la pertinence des actions de prévention réalisées par l'Assurance maladie.
- **Garantir la souveraineté numérique**, en encadrant les partenariats public-privé et en privilégiant des infrastructures répondant aux exigences françaises et européennes de sécurité et de maîtrise des données.
- **Mettre en place un cadre national d'évaluation et de labellisation des outils de prévention algorithmique**, élaboré par la Haute Autorité de santé en lien avec les agences sanitaires compétentes.
- **Expérimenter des modèles de financement adaptés**, notamment des forfaits de parcours préventifs, tout en veillant à prévenir les risques de fracture algorithmique et de renforcement des inégalités sociales de santé.

Tableau des recommandations

A. De nouveaux principes

Proposition n°1 - Changer de doctrine : puisque 80% de la santé d'un individu dépend de ses environnements, autant d'importance doit être accordée à la prévention primordiale qu'au soin.

- Agir sur la santé des populations.
- Intégrer la santé dans toutes les politiques.
- Rendre la politique de prévention primordiale visible et lisible.
- Agir selon le principe de l'universalisme proportionné.
- En tenant compte des spécificités des territoires pour implémenter les actions.

B. Faire des lieux de vie des environnements favorables à la santé

1) Là où l'on réside

Proposition n°2 - Faire des contrats locaux de santé (CLS) le bras armé territorial de la prévention primordiale.

- Les CLS sont généralisés à l'ensemble du territoire national, ils sont opposables (à l'instar du PLU-H) et publics.
- Ils associent l'ensemble des acteurs en lien avec la santé au sens large (mobilités, logements, environnements, …).
- Ils bénéficient de tableaux de bord permettant de croiser des données sanitaires, sociales et environnementales du territoire.
- Les agences régionales de santé (ARS) concluent des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les collectivités porteuses de CLS, adaptant les priorités fixées par la stratégie nationale de santé, définissant les priorités territoriales, les objectifs poursuivis, les moyens mobilisés pour l'ingénierie et les actions déployées.
- Ils bénéficient de l'appui méthodologique d'un consortium scientifique régional qui publie un guide méthodologique pour accompagner les collectivités au déploiement, au suivi et à l'évaluation des CLS.
- Le financement des CLS et de l'ingénierie nécessaire est assuré par un redéploiement de l'enveloppe du Fonds d'Investissement Régional (FIR) finançant les actions de prévention et promotion de la santé.

2) Là où l'on grandit et l'on étudie

Proposition n° 3 : Créer un Service public de santé enfance et jeunesse.

- Constituer un continuum de prévention primordiale, de la conception à l'entrée dans la vie active, en formalisant un réseau rassemblant les services de protection maternelle et infantile (PMI), la médecine scolaire et les services de santé étudiante.
- Redéfinir et faire converger les missions des 3 structures : prévention avec les programmes, promoteurs de santé (crèches, écoles, universités), dépistage, vaccinations …
- Développer l'attractivité des médecins, infirmiers, psychologues, au moyen d'un **statut d'emploi** (ex. : praticiens des médecines de prévention, comme il existe des Praticiens Hospitaliers).
- Permettre aux professionnels du service public un accès à Mon Espace Santé pour garantir une continuité des dossiers de santé des enfants et jeunes.
- Structure de coordination type groupement d'intérêt public (GIP).
- Établir une contractualisation financière entre l'État, les conseils départementaux, les universités.
- Orienter les moyens vers les territoires et les publics qui rencontrent le plus de difficultés.

3) Là où l'on travaille

Proposition n°4 - Faire des lieux de travail des milieux favorables à la santé.

- Reconnaître le travail comme un déterminant de santé.
- Associer les SPST à la définition des contrats collectifs de protection sociale complémentaires conclus par les entreprises ou par les branches pour faire converger leurs actions.

Proposition n°5 - Faire des branches, complémentaires santé et institutions de prévoyance des partenaires encadrés de la prévention.

- Conclure un **pacte de prévention** associant les branches professionnelles, les complémentaires santé, les institutions de prévoyance et l'État.
- Engagements réciproques : mise en place d'actions probantes par les acteurs et référentiels, appuis méthodologiques, indicateurs fixés par l'État.
- Partage des données entre assurance maladie et complémentaires santé.

Proposition n° 6 - Impliquer les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) aux objectifs de prévention primordiale fixés dans le cadre national.

- Reconnaître une compétence explicite des OCAM en matière de prévention.
- Leur permettre de financer la prévention comme une prestation.
- Affecter les 2% du haut degré de solidarité vers des actions de prévention primordiale.
- Leur permettre le traitement des données à des fins strictement de prévention.

4) Là où l'on est soigné

Proposition n° 7 - Confier aux organisations du soin (GHT et CPTS) une responsabilité populationnelle en lien avec les CLS.

- Elles sont responsables de la santé de la population - convention territoriale de prévention populationnelle nécessairement adossée aux contrats locaux de santé (CLS). Elles sont intéressées aux résultats de la politique.
- Implication des professionnels de santé dans leur cabinet ou laboratoire (médecins, infirmiers, sages-femmes, biologistes, pharmaciens, kinésithérapeutes…), au domicile (infirmiers, aide-soignants, prestataires de santé à domicile (PSAD)...) et dans les établissements médicaux et médico-sociaux.
- Expérimenter des rémunérations interprofessionnelles fondées sur l'atteinte d'objectifs de prévention, suivis à l'aide de tableaux de bord territoriaux.

Proposition n° 8 - Déployer le dispositif « Making every contact count » (MECC) ou « chaque contact compte » pour l'ensemble des professionnels de santé.

- Saisir « toutes les occasions de contacts et d'échanges » pour favoriser des comportements favorables à la santé, grâce à des interventions très brèves ou à une orientation vers les dispositifs adaptés.

5) Les public oubliés

Proposition n° 9 - Faire des lieux de détention des lieux de prévention de droit commun.

- Organiser un continuum entrée/détention/sortie, garantir un socle minimal de prévention, préparer la sortie et réduire les ruptures de droits, de soins et de prévention.

C. Les déterminants de santé une priorité

Proposition n° 10 - inscrire six priorités dans la stratégie nationale de santé :

- la littératie en santé
- la santé mentale
- la vaccination
- le bien-vieillir
- la santé environnementale
- et l'action pour adopter des comportements favorables à la santé.

1) Une politique de littératie en santé

Proposition n° 11 - Reconnaître la littératie comme un déterminant de santé.

- Intégrer systématiquement la littératie en santé dans les politiques publiques.

Proposition n° 12 - Garantir un niveau de culture de base aux professions en lien avec la santé globale et la prévention primordiale.

- Intégrer la littératie en santé dans les formations initiales et continues des responsables publics et privés, des travailleurs sociaux, des professionnels de l'éducation, des agents des administrations sanitaires et des cadres des collectivités territoriales.
- Le socle devrait viser en priorité les élus locaux, les cadres territoriaux, les urbanistes, les architectes, les professionnels du logement et de l'aménagement, les travailleurs sociaux, les professionnels de la petite enfance, les professionnels de l'éducation populaire, les responsables d'équipements collectifs, les acteurs du sport et de l'activité physique, ainsi que les professionnels de la mobilité, de l'environnement et de la transition écologique.

Proposition n° 13 - Donner un niveau de culture de base aux professions en lien avec la santé

- Créer un socle national de compétences en prévention primordiale dans les formations des professionnels de santé.
- Faire évoluer progressivement l'ensemble des établissements de santé, des structures médico-sociales, des organismes d'assurance maladie et des administrations sanitaires vers le modèle des organisations favorables à la littératie en santé.
- Intégrer la littératie en santé dans les référentiels de certification de la Haute Autorité de santé, dans les contrats d'objectifs des caisses de sécurité sociale, des agences sanitaires ainsi que dans les démarches qualité des établissements de santé et médico-sociaux.
- Confier aux Universités et aux Agences régionales de santé l'élaboration de feuilles de route intégrant la littératie en santé dans les Projets régionaux de santé, les établissements de santé, les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les Contrats locaux de santé.

Proposition n° 14 - Effecteurs non soignants

- Renforcer les dispositifs de médiation en santé, d'interprétariat professionnel, de navigation dans le système de santé et d'accompagnement des personnes les plus vulnérables
- Reconnaître les effecteurs de prévention primordiale dans les lieux de vie

Proposition n° 15 - Faire de la littératie en santé un levier d'autonomie tout au long de la vie.

- Construire un parcours de développement de la littératie en santé tout au long de la vie, en n'oubliant pas la littératie numérique.
- Développer les compétences psychosociales et la culture scientifique de la population dans tous les lieux de vie.
- Créer un Observatoire national de la littératie en santé, chargé de mesurer régulièrement le niveau de littératie de la population, de suivre les inégalités sociales et territoriales, d'évaluer les interventions et de publier un rapport annuel remis au Parlement.

2) Une politique de bien-être mentale

Proposition n° 16 - Construire un parcours de prévention en santé mentale tout au long de la vie.

- Généraliser les interventions de prévention précoces, en renforçant les actions conduites chez les femmes enceintes grâce aux entretiens postnatal précoce, durant les mille premiers jours, l'enfance, l'adolescence, les transitions vers la vie adulte.
- Développer les compétences psychosociales et de la politique de premiers secours en santé mentale (PSSM) aux personnes n'ayant pas la possibilité de le faire financer par l'entreprise ou le compte professionnel de formation, en assurant leur généralisation dans les établissements d'accueil du jeune enfant, les écoles, les collèges, les lycées, les universités en s'appuyant sur le service public de l'enfance (cf. Supra), ainsi que dans les politiques de qualité de vie et des conditions de travail.
- Intégrer systématiquement la santé mentale dans les politiques publiques, en évaluant l'impact des décisions publiques sur le bien-être mental de la population.
- Mettre en place des tableaux de bord nationaux et territoriaux de la santé mentale intégrant des indicateurs, d'une part, de bien-être mental, et d'autre part, d'automutilations.

3) Une politique de vaccination

Proposition n° 17 - Établir une feuille de route pour la vaccination 2025-2030
La feuille de route nationale poursuivrait onze objectifs complémentaires :

- définir des objectifs nationaux de couverture vaccinale et de réduction des inégalités ;
- mettre en place une instance nationale de pilotage, sans créer de nouvelle agence, afin d'assurer la coordination des acteurs ;
- disposer d'un carnet de vaccination électronique de référence, interopérable avec Mon Espace Santé, le DMP et le SNDS ;
- structurer une politique nationale de communication et de formation des professionnels comme du grand public ;
- mettre en place un registre vaccinal national et des tableaux de bord en temps réel ;
- renforcer la coordination territoriale afin de réduire les occasions manquées de vaccination ;
- développer les dispositifs de proximité, la médiation sanitaire et les actions d'aller-vers auprès des populations les plus éloignées ;
- renforcer les compétences des professionnels et structurer une véritable filière de la vaccination ;
- développer une évaluation robuste des politiques vaccinales, fondée sur des données interopérables et des indicateurs partagés ;
- fluidifier les processus décisionnels et documenter les bénéfices sanitaires et médico-économiques des stratégies vaccinales ;
- soutenir la recherche en vaccinologie et l'innovation afin d'anticiper les évolutions scientifiques et les futurs besoins de santé publique.

4) Une politique de bien vieillir

Proposition n° 18 - Énoncer une doctrine nationale claire, fondée sur les capacités (cadre ICOPE) comme langage commun

- Une architecture fonctionnelle partagée permettrait de fédérer les politiques sectorielles autour d'objectifs lisibles : maintenir cognition, mobilité, nutrition, vision, audition et santé mentale, en interaction avec l'environnement.

Proposition n° 19 - Transformer la prévention en « réflexe de système » dans les pratiques de première ligne

- À l'image de MECC, développer des logiques d'intégration dans les pratiques existantes (soins, social, services publics), avec formation, outils simples, et incitations adaptées, afin d'éviter la multiplication des dispositifs parallèles.

Proposition n° 20 - Réduire les inégalités territoriales par des standards nationaux et des appuis différenciés

- Fixer des exigences minimales (accès, délais, maillage, ressources) et doter prioritairement les territoires cumulant vieillissement et fragilité de l'offre (ophtalmologie, prévention chute, accès activité physique, soutien social).

Proposition n° 21 - Construire une évaluation fonctionnelle et partagée : mesurer ce qui compte

- Définir un socle d'indicateurs orientés vers les capacités (maintien de mobilité, réduction des chutes graves, dénutrition évitée, maintien de participation sociale, repérage précoce) pour objectiver l'impact, guider les arbitrages, et rendre la politique lisible.
- Définir des tableaux de bord pour le suivi des objectifs.

Proposition n° 22 - Faire des gérontopôles des lieux ressources pour les acteurs.

5) Les comportements de santé et les facteurs de risque

Proposition n° 23 - Instaurer une génération sans tabac pour les personnes nées après 2009, en combinant plusieurs leviers :

- la prévention et l'intervention précoce avant les premiers usages ou au plus tôt après, pour éviter qu'ils ne s'installent ;
- la réduction des risques, incluant le vapotage ;
- l'accès aux traitements de substitution et à l'accompagnement ;
- la poursuite de l'augmentation des prix ;
- un environnement global défavorable à la consommation (normes sociales, communication, non accessibilité par l'interdiction de vente).

Proposition n° 24 - Réduire la consommation d'alcool.

- Interdire la publicité de l'alcool sur les réseaux sociaux par les influenceurs.
- Réhausser la sanction en cas de violation de la loi Évin.
- Introduire un prix minimum d'achat du gramme d'alcool au producteur.

Proposition n°25 - Améliorer la qualité nutritionnelle des aliments

- Rendre le Nutri-Score obligatoire.

- Taxer fortement les sucres ajoutés, voire les interdire dans certaines catégories de produits ou à destination de certains consommateurs (enfants).
- Taxer fortement ou interdire les produits ultra-transformés.

Proposition n° 26 - Prévenir les addictions avant qu'elles ne s'installent.

- Éducation et actions en faveur du bien-être mental pour éviter l'entrée en addiction et compléter la lutte contre le narcotrafic.

Proposition n° 27 - Objectif risques émergents :

- Interdiction des réseaux sociaux au moins de 15 ans
- Diminution du temps d'écran pour améliorer le sommeil des jeunes.
- Renforcer l'information des parents sur les effets des écrans, notamment dans les services de protection maternelle et infantile (PMI), les creches, les établissements scolaires et les cabinets des professionnels de santé.

Proposition n° 28 - Objectif santé environnementale :

- Le Comité d'animation du système d'agence (CASA), réunissant les principales institutions scientifiques compétentes, **produit annuellement un document de synthèse hiérarchisant les risques émergents en santé environnementale**. Ce document est présenté chaque année lors de la réunion du comité interministériel pour la santé.

D. Le pilotage de la politique de prévention primordiale

1) Pilotée par la santé

Proposition n° 29 - Créer un espace public rassemblant toutes les données sanitaires, sociales, environnementales, pour piloter une politique de prévention primordiale, avec :

- Une gouvernance de la donnée placée sous l'autorité de la Direction générale de la santé (DGS), associant les producteurs de données, les opérateurs publics, les territoires, la recherche, les associations et les représentants d'usagers.
- Une doctrine d'interopérabilité permettant de rendre compatibles les différentes sources de données.
- Une charte de qualité, de lisibilité et de transparence garantissant que chaque indicateur soit documenté.
- Une doctrine d'accès et de partage distinguant les usages selon les finalités : information publique, pilotage des politiques publiques, recherche, évaluation…
- Un référentiel national d'indicateurs nationaux et territoriaux.
- Un tableau de bord public, à articuler avec le tableau de bord des déterminants de santé pour les CLS renforcés, pour éclairer la décision publique.

2) Accompagné par la science

Proposition n° 30 - Organiser une chaîne publique de la preuve en prévention primordiale

- Confier la gouvernance nationale de la preuve en prévention primordiale au Comité d'animation du système d'agences (CASA).
- Faire de ReperPrev et des outils existants le socle d'un registre national vivant des actions probantes, prometteuses et transférables de prévention primordiale.
- Reprise de la proposition n°2 - Mettre en place un consortium scientifique régional pour éclairer et aider les porteurs des contrats locaux de santé.

Proposition n° 31 - Conditionner le passage à l'échelle et son financement à une décision explicite fondée sur la preuve, l'équité, la transférabilité et la soutenabilité.

3) Evalué par l'étude d'impact

Proposition n° 32 - Promouvoir la « Santé dans toutes les politiques » avec les évaluations d'impact en santé et les commissions de coordination des politiques publiques.

- Inscrire progressivement les EIS dans les procédures de décision publique ;
- Élaborer un cadre méthodologique national ;
- Mobiliser les consortiums nationaux et régionaux ;
- Articuler les EIS avec les procédures existantes ;
- Rendre publics les résultats des EIS.

E. Changer de gouvernance

1) La Gouvernance nationale

Reprise de la proposition n° 10 - 33 : inscrire six priorités dans la stratégie nationale de santé :

- La littératie en santé.
- La santé mentale.
- La vaccination.
- Le bien-vieillir.
- La santé environnementale.
- L'action pour de bons comportements de santé.

Proposition n° 34 - La conférence nationale de santé des populations, réunie tous les cinq ans, propose une vision, affiche ses priorités, fixe l'action des ministères, donne ses objectifs, valide et publie la Stratégie nationale de santé.

- Adopter une politique et des objectifs clairs et chiffrés relevant de chaque ministère.
- Un comité interministériel de la santé (CIS) tous les ans permettant de suivre la stratégie nationale de santé.
- Le Gouvernement rend compte de son action, tous les ans en amont de l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale, de la santé des populations en s'appuyant sur les tableaux de bord établis par la DREES et sur un document de veille sanitaire fourni par le Comité d'animation du système d'agences (CASA).

Proposition n° 35 - Créer un ministère "Une Seule Santé."

- Il est chargé du suivi des politiques ministérielles, selon les objectifs validés par la Conférence de santé.

Proposition n° 36 - Redéfinir les missions de la Direction générale de la santé (DGS) pour en faire le responsable de la santé globale et de la prévention primordiale.

- Elle assure le suivi des objectifs validés par la Conference de santé et l'évaluation des politiques fixées par le CIS.
- Elle est le réceptacle de l'ensemble des données.
- Elle est responsable des tableaux de bord et de leur suivi, élaborés par la Drees.
- Et est chargée de déployer les actions probantes sur les territoires

2) Le déploiement territorial

Proposition n° 37 - Faire des contrats locaux de santé (CLS) le cadre territorial de mise en œuvre de la stratégie nationale de santé.

Proposition n° 38 - Les directeurs généraux des agences régionales de santé sont évalués en fonction de l'état de santé de la population.

F. Financer la prévention primordiale : construire un modèle économique lisible, durable, orienté vers les résultats

1) Au niveau national

Proposition n° 39 - Afficher la prévention primordiale dans le budget.

- **Renommer le sixième sous-objectif** « autres » en sous-objectif « prévention et autres » ou créer un septième sous-objectif de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) dédié à la prévention.
- Les jaunes et oranges budgétaires devraient présenter une vision consolidée de l'effort national consacré à la prévention, à la recherche et aux données, en distinguant notamment les différents financeurs, les objectifs poursuivis, les publics concernés.

Proposition n° 40 - Affecter à la prévention primaire une part des recettes comportementales et des gains liés aux retours sur investissement positifs

- Affecter une fraction des recettes issues des taxes comportementales à la prévention primaire.
- Réinvestir une partie des gains objectivés par des politiques de prévention au retour sur investissement positif.

Proposition n° 41 - Financer le service public enfance et jeunesse.

Proposition n°6 - 42 - Impliquer les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) aux objectifs de prévention primordiale fixés dans le cadre national.

- Leur permettre de financer la prévention comme une prestation.

2) Au niveau territorial

Proposition n° 43 - Créer un guichet national de financement du passage à l'échelle des actions probantes.

Proposition n°44 - Financer les contrats locaux de santé avec le Fonds d'Intervention Régional (FIR).

Proposition n° 45 - Lancer des appels à manifestations d'intérêt (AMI) pour les actions portées par les Contrats locaux de santé (CLS).

- Les appels à projets et appels à manifestation d'intérêt seraient réservés à l'innovation, à l'amorçage et à l'expérimentation, et ne constitueraient plus le modèle ordinaire de financement de la prévention primaire.
- Les ARS lanceraient, dans un cadre stratégique régional, des AMI orientés vers les territoires représentés par des CLS. Ces derniers pourraient lancer ou soutenir des appels à projets territoriaux ciblés, permettant de sélectionner ou d'accompagner des expérimentations locales. Chaque expérimentation serait assortie d'une évaluation proportionnée et d'une décision explicite : droit commun, pérennisation, mutualisation, réorientation ou arrêt.

3) Expérimenter des outils innovant pour financer la prévention primordiale

Proposition n° 46 - Reconnaître et financer les fonctions invisibles comme des dépenses de prévention à part entière.

- Reconnaître comme dépenses de prévention primaire à part entière le diagnostic territorial, l'ingénierie, la coordination, l'animation partenariale, la médiation, l'aller-vers, la littératie, l'adaptation culturelle et linguistique, l'adaptation territoriale, la participation citoyenne, le suivi des données, l'évaluation et la capitalisation.
- Les financements distingueraient les crédits d'intervention et les crédits d'appui. Ils intégreraient l'équité comme ligne de dépense, critère d'allocation, indicateur de suivi et condition d'évaluation. Ils garantiraient aux CLS renforcés un socle d'ingénierie pour construire, adapter, suivre et évaluer les actions avec les collectivités, les acteurs locaux et les habitants.

Proposition n° 47 - Expérimenter des outils financiers innovants.

- Expérimenter des outils financiers innovants, tels que les contrats à impact social (Health Impact Bonds), pour financer des actions de prévention primordiale présentant un fort potentiel d'impact.
- Organiser ces cofinancements sous maîtrise publique, dans le respect de garanties explicites portant notamment sur les finalités de santé publique, la transparence, l'équité sociale et territoriale, la protection des données, la qualité scientifique des interventions, l'évaluation indépendante et la redevabilité des acteurs.

G. Une prévention personnalisée rendue possible grâce à l'intelligence artificielle

Proposition n°48 – Développer une prévention personnalisée rendue possible grâce à l'intelligence artificielle et la passer sous garanties publiques

- **Développer la prévention personnalisée comme un complément aux stratégies populationnelles**, en mobilisant les données de santé, les données sociales, environnementales et comportementales afin d'améliorer le ciblage et la pertinence des actions de prévention réalisées par l'Assurance maladie.
- **Garantir la souveraineté numérique**, en encadrant les partenariats public-privé et en privilégiant des infrastructures répondant aux exigences françaises et européennes de sécurité et de maîtrise des données.
- **Mettre en place un cadre national d'évaluation et de labellisation des outils de prévention algorithmique**, élaboré par la Haute Autorité de santé en lien avec les agences sanitaires compétentes.
- **Expérimenter des modèles de financement adaptés**, notamment des forfaits de parcours préventifs, tout en veillant à prévenir les risques de fracture algorithmique et de renforcement des inégalités sociales de santé.

Annexes

Annexe : Lettre de mission

Le Premier Ministre

--40/26 SG

Paris, le 13 JAN. 2026

Monsieur le Député,

Notre état de santé ne dépend que partiellement des soins que nous recevons. Ils n'en déterminent en effet qu'une partie. Le reste résulte principalement d'autres facteurs : notre patrimoine génétique, les déterminants de santé sociaux, économiques et environnementaux, ainsi que nos comportements individuels.

Dans ce contexte, la mise en œuvre d'une politique structurée de prévention en santé à l'échelle nationale et territoriale, et plus particulièrement de prévention primaire, constitue un levier essentiel pour améliorer de durablement la santé de la population, réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et préserver l'équilibre budgétaire de notre modèle de protection sociale. Une telle politique permet d'agir en amont de l'apparition des maladies et d'infléchir durablement l'évolution d'indicateurs majeurs de santé publique, tels que la santé mentale, le surpoids et l'obésité, les addictions ou encore le vieillissement démographique et la progression des pathologies chroniques.

Si notre système de soins est aujourd'hui structuré et lisible, la prévention en santé demeure insuffisamment coordonnée et valorisée, en particulier en matière de prévention primaire, du fait de la multiplicité des actions et de la diversité des acteurs impliqués « État, collectivités locales, Sécurité sociale, organismes d'assurance complémentaire et de prévoyance… ». Les actions de prévention sont insuffisamment évaluées, au regard des modèles développés dans plusieurs pays étrangers, notamment scandinaves ou anglo-saxon (programme « Making Every Contact Count » MECC du NHS qui incite le personnel de santé et du social à profiter de chaque interaction avec le patient même très brève — pour engager des échanges utiles autour de la santé et du bien-être des patients) où la prévention primaire constitue un pilier des politiques publiques.

A cet égard, la place de l'activité et la prévalence de la sédentarité dans notre société illustrent les limites de notre approche préventive : 95 % des adultes présentent aujourd'hui une fragilité sanitaire liée à un manque d'activité physique ou à un temps de sédentarité excessif. Cette situation engendre un coût social estimé à 140 milliards d'euros par an en France et souligne l'intérêt majeur d'une pratique physique et sportive régulière.

Ce constat met en lumière une opportunité : celle de proposer un modèle renouvelé de prévention primaire, fondé sur une action cohérente sur l'ensemble des déterminants de santé, une meilleure coordination interministérielle et territoriale et une mobilisation accrue des acteurs de santé, du social et médico-social, éducatifs, sportifs et des collectivités territoriales.

La mission que je vous confie a pour objet de formuler des propositions d'actions relatives aux priorités d'objectifs de politiques publiques en prévention primaire, déclinables à l'échelle nationale et territoriale, lisibles pour les citoyens et évaluées dans la durée. Elle se déroulera sur une période de six mois, de janvier à juin 2026 avec l'appui des inspections générales des affaires sociales et de l'éducation nationale.

Monsieur Cyrille ISAAC-SIBILLE
Député
Assemblée nationale
126, rue de l'Université
75007 PARIS

.../...

1. Réalisation d'un état des lieux

Vous serez tout d'abord chargé d'établir un état des lieux transversal des politiques publiques en matière de prévention primaire (plans et tout autre programme / dispositif existant ou en cours d'élaboration concourant à la prévention).

Cet état des lieux pourra intégrer, notamment, la stratégie nationale sport-santé, le programme national nutrition santé, le plan santé mentale et la feuille de route psychiatrie, les politiques relatives à la prévention du surpoids et de l'obésité, la feuille de route sommeil, le calendrier vaccinal, le bilan de la prévention aux âges clés de la vie sur Mon espace santé. L'état des lieux devra accorder une attention particulière aux dispositifs existants au sein de l'éducation nationale, qui joue un rôle structurant en matière de prévention primaire, notamment à travers l'éducation à la santé, l'éducation physique et sportive, la promotion du bien-être, la prévention des conduites à risque, ainsi que les actions menées par les personnels éducatifs, sociaux et de santé scolaire et de la Protection Maternelle et Infantile.

Il s'agira d'identifier précisément ces actions, leurs modalités de déploiement, leurs complémentarités avec les politiques de santé publique et les initiatives territoriales, afin de renforcer leur lisibilité et leur cohérence. La mission visera ainsi à capitaliser sur l'existant, sans remettre en cause les équilibres institutionnels ni les cadres pédagogiques, tout en facilitant leur articulation avec les autres politiques de prévention primaire et en identifiant les leviers de généralisation des initiatives territoriales les plus probantes.

Cet état des lieux devra également prendre en compte les leviers existants, qu'il s'agisse des financements de droit commun, des dispositifs d'expérimentation et de généralisation, notamment ceux relevant de l'article 51 de la loi de financement pour la sécurité sociale de 2018 et des parcours coordonnés renforcés, incluant des actions de prévention primaire. Il intégrera les modalités actuelles de pilotage et de coordination, ainsi que les enjeux de stabilité du système de santé et d'impact socio-économique.

Enfin, cette analyse devra porter sur l'articulation entre les dispositifs publics et les acteurs de terrain, notamment les associations et les clubs sportifs, ainsi que sur leur contribution aux actions de prévention.

2. Des priorités de prévention primaires : des objectifs de politiques publiques à éclairer

La mission devra contribuer à préciser les objectifs de politiques publiques relatifs aux priorités nationales de prévention primaire par grandes thématiques et dans les différents lieux de vie « école, travail, structures pour personnes âgées » :

- améliorer l'information, la lisibilité et l'accessibilité des dispositifs existants de prévention primaire à destination des citoyens, des familles et des acteurs locaux ;

- renforcer la coordination des politiques publiques, tant au niveau national que territorial, en identifiant les leviers opérationnels et les freins existants ;

- favoriser un engagement renforcé de la parentalité et des collectivités territoriales, comme acteurs clés de la prévention primaire ;

- agir sur les principaux facteurs de risque évitables, notamment :
  - l'alimentation et la nutrition ;
  - la promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité ;
  - la prévention du surpoids et de l'obésité ;
  - la prévention des addictions, incluant les drogues et les usages excessifs des écrans ;
  - la prévention en santé mentale (stress, anxiété, mal-être, conduites à risque) ;
  - la réduction des facteurs de risque évitables des maladies chroniques.

- définir des indicateurs de suivi et d'impact, permettant d'objectiver l'état des lieux, de mesurer les résultats des actions de prévention primaire et d'en améliorer l'efficacité dans la durée, en articulation avec les politiques territoriales.

3. Pilotage et coordination

Vos propositions devront préciser les modalités de gouvernance et de coordination de l'ensemble des acteurs « État, collectivités locales, Sécurité sociale, organismes d'assurance complémentaire et de prévoyance… » tant au niveau national que territorial, dans une logique de pilotage pragmatique et gradué pour permettre le déploiement d'un cadre d'action structuré et synergique avec l'ensemble des acteurs impliqués.

4. Métiers et formations

Si l'ensemble des professions de santé participe à la prévention, elles ne sont pas les seules à participer à la promotion de la santé.

Vos propositions pourront faire émerger de nouveaux métiers et pourront intégrer les enjeux de formation de l'ensemble des acteurs participant à la prévention, de recherche, d'innovation et d'évaluation, en lien avec la stratégie nationale de prévention en santé, ainsi que les apports potentiels du numérique et de l'intelligence artificielle dans le champ de la prévention primaire (prévention algorithmique / personnalisée et IA ; via DMP notamment…), dans le respect des principes éthiques et de confiance.

Vous veillerez à élaborer vos propositions dans le respect des règles d'indépendance, d'impartialité et d'objectivité qui s'imposent au titre de la loi n°2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique, et à m'informer des éventuelles mesures prises à cet effet.

Un décret vous nommera, en application de l'article L.O.144 du code électoral, parlementaire en mission auprès de M. Jean-Pierre FARANDOU, ministre du travail et des solidarités, de Mme Annie GENEVARD, ministre de l'agriculture, de l'agro-alimentaire et de la souveraineté alimentaire, de M. Edouard GEFFRAY, ministre de l'éducation nationale, de Mme Stéphanie RIST, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, de Mme Françoise GATEL, ministre de l'aménagement du territoire et de la décentralisation, de M. Philippe BAPTISTE, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, et de Mme Marina FERRARI, ministre des sports, de la jeunesse et de la vie associative.

Je souhaite pouvoir disposer de votre rapport au plus tard à l'issue de cette mission, afin d'éclairer les orientations du Gouvernement en matière de prévention primaire en santé.

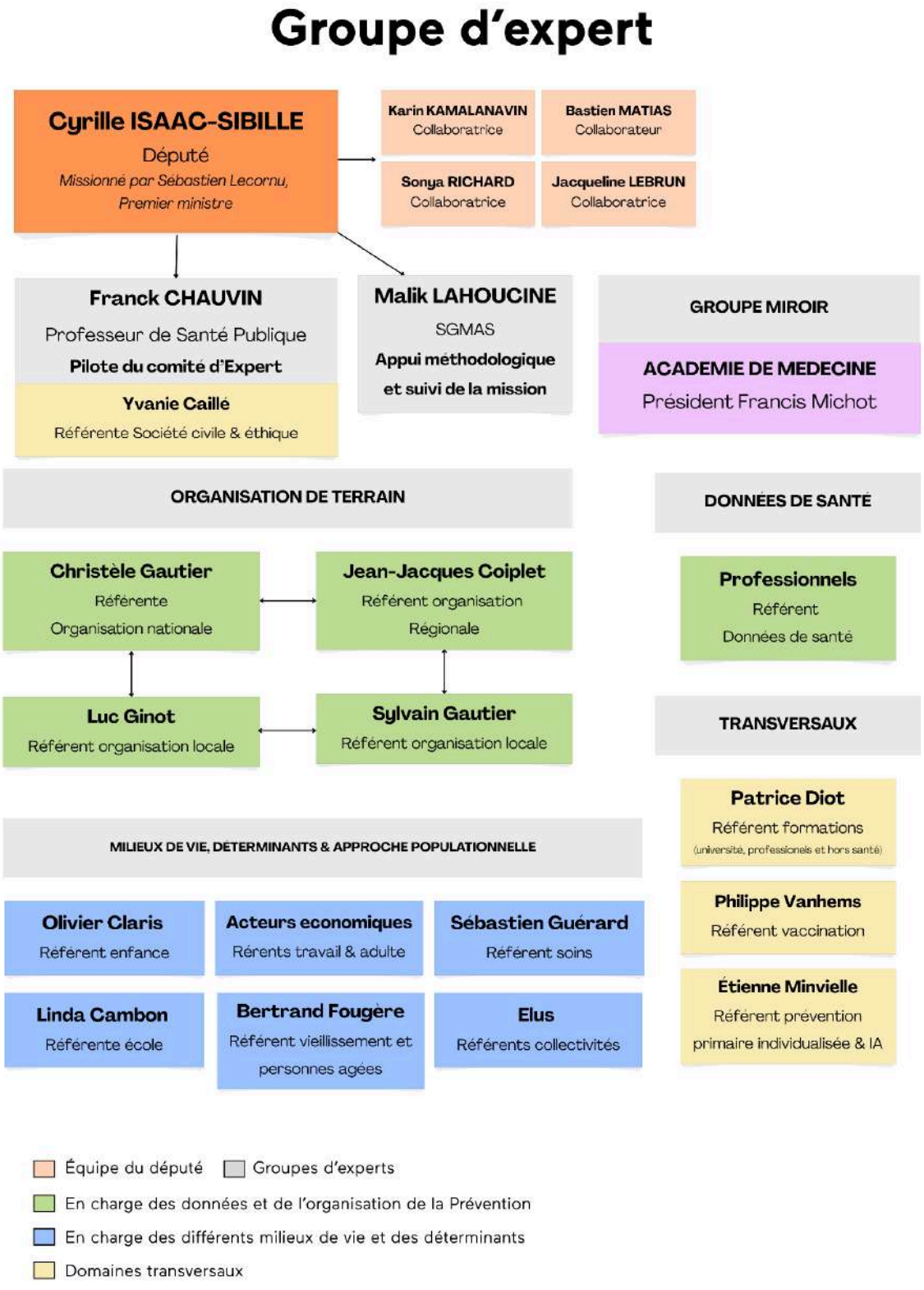
Je vous prie de croire, Monsieur le Député, en l'assurance de mes salutations les meilleures.

Sébastien LECORNU

Annexe 1 : Bibliographie/notes de bas de page

1. Hippocrate, Des Airs, des Eaux et des Lieux.
2. Organisation mondiale de la santé, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986.
3. Cour des comptes, La politique de prévention en santé, 2021.
4. DREES, Les dépenses de santé en 2024 – Résultats des comptes de la santé, édition 2025.
5. INSEE / DREES, Espérance de vie et espérance de vie sans incapacité, données 2023-2024.
6. Santé publique France, Vaccination en France – Bilan de la couverture vaccinale en 2024-2025.
7. OCDE, Health at a Glance / Panorama de la santé, 2023-2025.
8. Lettre de mission du Premier ministre relative à la prévention primordiale, 13 janvier 2026.

Annexe 2 : Éléments sur le groupe d'expert



Annexe 3 : Liste des personnes / structures auditionnées

La mission a conduit plus de 300 auditions, réunissant plus de 250 représentants d'administrations, d'agences nationales, de collectivités territoriales, de professionnels de santé, d'associations, d'entreprises, de chercheurs et de personnalités qualifiées.

Catégorie	Structures auditionnées
Administrations centrales	Direction générale de la santé (DGS) ; Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ; Direction de la Sécurité sociale (DSS) ; DREES ; Direction du Budget ; Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) ; Direction générale du Travail (DGT) ; Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ; DGEFP ; DGAFP ; DGAL ; DGER ; Direction des Sports ; DGITM ; DGALN ; DGPR ; DITP ; DGESIP ; Service de santé des armées (DCSSA, ACASAN, CESPA).
Agences, caisses et opérateurs nationaux	Santé publique France ; HAS ; HCSP ; HCAAM ; Haut Conseil du financement de la protection sociale ; CNAM ; CNAF ; CNSA ; CNAV ; MSA ; INCa ; ANACT ; INRAE ; INRS ; INSERM ; IReSP ; Agence nationale du Sport ; MILDECA ; Agence de l'Innovation en Santé ; Health Data Hub ; ANSES ; ANAP ; ADEME ; Cour des comptes ; IRDES ; Académie nationale de médecine ; Délégation ministérielle au numérique en santé ; IGAS ; Collège des directeurs généraux d'ARS ; EHESP ; CNG ; CNGE ; Comité national du service sanitaire des étudiants en santé.
Collectivités territoriales et établissements publics	Assemblée des Départements de France ; Association des maires de France ; Régions de France ; UNCCAS ; Conférence des recteurs ; Association du corps préfectoral ; DREAL ; Ville de Paris ; Ville de Lyon ; Ville de Rillieux-la-Pape ; Rectorat de Lyon ; Conseil départemental du Rhône ; CPAM du Rhône ; ARS Auvergne-Rhône-Alpes ; ARS Guyane ; ARS Guadeloupe ; ARS Martinique ; ARS Mayotte ; ARS La Réunion ; PMI de la Métropole de Lyon ; PMI de Haute-Loire ; PNR2S - CREPS de Vichy.
Établissements de santé, de recherche et d'enseignement supérieur	AP-HP ; CHU Jeanne-de-Flandre ; CHU de Montpellier ; CHU de Bordeaux ; Centre Léon Bérard ; Gustave Roussy ; CH Annecy ; CH Melun ; CERPOP ; UCL Marmot Places ; Conférence des doyens de médecine ; Conférence des doyens de pharmacie ; Doyens d'odontologie ; Collège universitaire des enseignants de santé publique ; Collège national des généralistes enseignants.

Fédérations, ordres et organisations professionnelles	Fédération hospitalière de France ; Fédération de l'hospitalisation privée ; FEHAP ; Unicancer ; AVEC Santé ; FCPTS ; CPTS Sud 28 ; CPTS Grenoble ; CPTS Monts du Lyonnais ; CPTS Bobigny-Bondy ; CPTS de l'Ouest Lyonnais ; URPS Médecins ; URPS Pharmaciens ; URPS Infirmiers ; URPS Sages-femmes ; Conseil national de l'Ordre des pharmaciens ; Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues ; CNP des infirmiers ; MG France ; Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ; Confédération des syndicats médicaux français ; Syndicat des médecins libéraux ; Fédération nationale des orthophonistes ; Fédération nationale des podologues ; Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs ; Syndicat national autonome des orthoptistes ; Syndicat National Autonome de Prestataires de Santé à Domicile ; SNAMSPEN ; Présanse ; Syndicat national des infirmiers de l'Éducation nationale ; Syndicat national des médecins scolaires et universitaires ; MSP Bourges Prado ; Pôle de santé des hautes vallées d'Ardèche.
Associations et société civile	Fédération Promotion Santé ; Réseau Environnement Santé ; Fédération nationale des ORS ; France Assos Santé ; Assurer l'avenir de la PMI ; Secours Catholique ; Restos du Cœur ; Croix-Rouge française ; Médecins du Monde ; AIDES ; Fédération de la Solidarité ; Une Souris Verte ; Association IPA ; Nightline ; Association La Friponnerie ; Fabrique Territoires Santé ; Réseau français des Villes-Santé ; Élus Santé Publique & Territoires ; Réseau Occitanie des coordonnateurs CLS ; FNAQPA ; France Silver Économie ; Union des Gérontopôles de France ; Promotion Santé Auvergne-Rhône-Alpes ; ORSPERE-SAMDARRA ; Réseau de périnatalité Aurore ; FEMAS Hauts-de-France ; FMPS Centre Val-de-Loire ; Fédération française Sport Vitalité, AVECsanté.
Entreprises et acteurs économiques	Mutualité Française ; France Assureurs ; Groupe VYV ; Intériale ; FIPS ; Doctolib ; bioMérieux ; Sanofi ; Pfizer ; MSD ; GSK ; Valneva ; Leem ; CSL Seqirus ; Connexion Y ; Dispositif ELAN ; Eric Careel/Withings ; Calmedica ; Elsan Care ; Ramsay Santé ; Google DeepMind ; Paris Santé Campus ; Mapatho ; MesVaccins.net ; InfoVac.
Partenaires sociaux	Organisations syndicales de salariés et d'employeurs (CFDT, CGT, FO, CFE-CGC, UNSA, MEDEF, CPME) ; Institut des actuaires ; Syndicat de la restauration collective.
Institutions parlementaires et think tanks	Sénat ; Institut Montaigne ; Comité consultatif national d'éthique ; Académie nationale de médecine.
Personnalités qualifiées et anciens ministres	François Braun ; Agnès Buzyn ; Aurélien Rousseau ; Nicolas Revel ; Jean-François Delfraissy ; François Alla ; Daniel Benamouzig ; Yann Bubien ; Benoît Vallet ; Philippe de Normandie ; Ève Plenel ; Cécile Lambert ; Raphaël Veil ; Antoine Malone ; Loïc Le Rouge ; Jacques Bez ; François Krabansky ; Stéphane Viry ; Salvatore Castaglione.

Ouverture internationale	Ministère de la Santé de Taïwan ; Ministère de la Santé du Japon ; Service de prévention et de santé au travail Sano (Japon).

Annexe 4 : Glossaire

a) SIGLE

Sigle	Signification
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ARACT	Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ARS	Agence régionale de santé
AT-MP	Accidents du travail et maladies professionnelles
CAS	Centre d'analyse stratégique
CESC	Comité d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement
CIS	Comité interministériel de la santé
CLS	Contrat local de santé
CLSM	Conseil local de santé mentale
CNAM	Caisse nationale de l'Assurance maladie
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRCDC	Centre régional de coordination des dépistages des cancers
CSBM	Consommation de soins et de biens médicaux
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DALY	Disability-Adjusted Life Years (années de vie corrigées de l'incapacité)
DGS	Direction générale de la santé
DMP	Dossier médical partagé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EAJE	Établissement d'accueil du jeune enfant

EBPH	Evidence-Based Public Health
EHESP	École des hautes études en santé publique
ESP	Équipe de soins primaires
ETP	Éducation thérapeutique du patient
FHF	Fédération hospitalière de France
FIR	Fonds d'intervention régional
FIPU	Fonds d'investissement pour la prévention de l'usure professionnelle
FISS	Fonds d'intervention en santé publique
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires
FNPEISA	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires agricoles
HAS	Haute Autorité de santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HLY	Healthy Life Years
HPV	Papillomavirus humain
ICOPE	Integrated Care for Older People
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INCa	Institut national du cancer
INRAE	Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
MECC	Make Every Contact Count
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
MSA	Mutualité sociale agricole
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional de la santé
PIB	Produit intérieur brut
PMI	Protection maternelle et infantile
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Projet régional de santé

PTSM	Projet territorial de santé mentale
ROI	Retour sur investissement
SCPRE-SANTÉ	Acronyme à préciser dans le rapport
SGG	Secrétariat général du Gouvernement
SNDS	Système national des données de santé
SPF	Santé publique France
SPST	Service de prévention et de santé au travail
SPSTI	Service de prévention et de santé au travail interentreprises
UE	Union européenne
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

b) CONCEPTS & DEFINITIONS

Notion / Concept	Définition
Accountable Communities for Health	Modèle de gouvernance territoriale coordonnant les acteurs pour améliorer la santé d'une population.
Aller-vers	Démarche consistant à rejoindre les publics éloignés de la prévention, des soins ou des droits.
Analyse d'impact sur la santé (AIS)	Méthode d'évaluation des effets potentiels d'une politique ou d'un projet sur la santé.
Approche par les déterminants de santé	Agir sur les facteurs sociaux, économiques, environnementaux et comportementaux influençant la santé.
Barcelona Salut als Barris	Programme catalan de réduction des inégalités territoriales de santé.
Burden of Disease	Mesure globale de la charge des maladies dans une population.
Capabilités	Capacité réelle des individus à choisir la vie qu'ils souhaitent mener (Amartya Sen).
Capital santé	Ensemble des ressources physiques, psychiques et sociales permettant de préserver sa santé.
Co-bénéfices	Effets positifs simultanés sur la santé, l'environnement, l'économie ou le climat.
Compétences psychosociales (CPS)	Capacités cognitives, émotionnelles et sociales permettant de faire face aux situations de la vie.
Coordination	Organisation des interventions de plusieurs acteurs afin d'assurer leur cohérence.
Dépistage	Recherche précoce d'une maladie avant les symptômes.
Déterminants commerciaux de la santé	Influence des stratégies commerciales sur la santé des populations.

Déterminants de santé	Ensemble des facteurs biologiques, sociaux, économiques, environnementaux et comportementaux influençant la santé.
Déterminants structurels	Facteurs politiques, économiques et sociaux influençant les déterminants de santé.
École promotrice de santé	Établissement intégrant la promotion de la santé dans son projet éducatif.
Empowerment	Renforcement du pouvoir d'agir des individus et des communautés.
Équité en santé	Réduction des inégalités de santé injustes et évitables.
Évaluation	Analyse de la pertinence, de l'efficacité, de l'efficience et de l'impact d'une politique.
Exposome	Ensemble des expositions environnementales, sociales et comportementales au cours de la vie.
Facteurs de protection	Facteurs réduisant le risque de maladie.
Facteurs de risque	Facteurs augmentant le risque de maladie.
Global Health	Approche mondiale de la santé tenant compte des enjeux transnationaux.
Gouvernance	Organisation du pilotage, des responsabilités et des décisions.
Gradient social de santé	Relation entre position sociale et état de santé.
Health in All Policies (HiAP)	Intégration de la santé dans toutes les politiques publiques.
Healthy Cities	Réseau international de villes promotrices de santé.
Healthy Families NZ	Programme néo-zélandais de promotion de la santé.
Healthy Weight Approach	Stratégie d'Amsterdam de prévention du surpoids.
Hygiénisme	Courant historique visant à améliorer la santé par l'assainissement.
Implementation science	Science étudiant les conditions de diffusion des interventions efficaces.
Indicateur	Mesure permettant de suivre un phénomène ou une politique publique.
Infodémie	Surabondance d'informations compliquant l'identification de sources fiables.
Inégalités sociales et territoriales de santé	Différences de santé liées aux conditions sociales ou territoriales.
Interministérialité	Coopération entre plusieurs ministères autour d'objectifs communs.
Intersectorialité	Coopération entre plusieurs secteurs pour améliorer la santé.
Interventions probantes	Interventions dont l'efficacité est démontrée scientifiquement.
Life Course Approach	Approche fondée sur le parcours de vie.

Littératie en santé	Capacité à accéder, comprendre, évaluer et utiliser les informations de santé.
Maladie chronique	Maladie évoluant sur une longue durée.
Marmot Places	Démarche territoriale de réduction des inégalités sociales de santé.
Médiation en santé	Dispositif facilitant l'accès aux droits, à la prévention et aux soins.
Mesures populationnelles	Interventions agissant sur l'ensemble d'une population.
Mon espace santé	Plateforme nationale de gestion des données de santé.
Mon bilan prévention	Rendez-vous de prévention à différents âges de la vie.
Nudge	Modification de l'environnement de décision pour favoriser un comportement bénéfique.
One Health	Approche intégrée reliant santé humaine, animale et environnementale.
One Welfare	Approche reliant le bien-être humain, animal et environnemental.
Pair-aidance	Accompagnement par une personne ayant vécu une expérience similaire.
Parcours de prévention	Ensemble coordonné d'interventions préventives tout au long de la vie.
Parcours de santé	Ensemble coordonné des actions de prévention, de soins et d'accompagnement.
Participation citoyenne	Implication des citoyens dans les politiques de santé.
Performance	Capacité d'une politique à atteindre ses objectifs.
Pertinence des soins	Adéquation des soins aux besoins et aux données scientifiques.
Pilotage	Définition des orientations, suivi et ajustement d'une politique.
Planetary Health	Concept reliant la santé humaine à celle des écosystèmes.
Pouvoir d'agir	Capacité des individus ou des communautés à agir sur leur santé.
Prévention ciblée	Interventions destinées à des populations à risque.
Prévention indiquée	Interventions destinées aux personnes présentant les premiers signes d'un risque.
Prévention intégrée	Intégration de la prévention dans toutes les pratiques professionnelles.
Prévention populationnelle	Approche visant une population entière.
Prévention primordiale	Agir avant l'apparition des facteurs de risque.
Prévention primaire	Empêcher la survenue d'une maladie.
Prévention quaternaire	Éviter les interventions médicales inutiles.
Prévention secondaire	Dépistage et diagnostic précoces.
Prévention sélective	Interventions auprès de groupes à risque.

Prévention tertiaire	Limiter les complications d'une maladie.
Promotion de la santé	Processus permettant aux populations de renforcer leur maîtrise de leur santé.
Protection sociale	Ensemble des mécanismes protégeant contre les risques sociaux.
Quick Buys	Interventions OMS à excellent rapport coût-efficacité.
Quick Wins	Mesures produisant rapidement des résultats.
Recherche interventionnelle	Recherche évaluant les interventions en conditions réelles.
Redevabilité	Obligation de rendre compte des résultats et de l'utilisation des ressources.
Responsabilité populationnelle	Responsabilité collective des acteurs vis-à-vis de la santé d'une population.
Résilience	Capacité à s'adapter à une perturbation.
Risques professionnels	Risques liés à l'activité professionnelle.
Santé communautaire	Approche reposant sur la participation active des habitants.
Santé environnementale	Étude des effets de l'environnement sur la santé.
Santé mentale	État de bien-être psychique.
Soins primaires	Premier niveau de prise en charge de proximité.
Sobriété sanitaire	Optimisation des ressources sans dégrader la qualité des soins.
Système de prévention	Organisation coordonnée des politiques et acteurs de la prévention.
Tableau de bord	Ensemble structuré d'indicateurs de suivi.
Territorialisation	Adaptation des politiques aux territoires.
Universalisme	Principe d'actions destinées à toute la population.
Universalisme proportionné	Actions universelles dont l'intensité est adaptée aux besoins.
Valeur en santé (Value-Based Healthcare)	Maximiser les résultats de santé au regard des ressources mobilisées.
Vieillissement démographique	Augmentation de la proportion de personnes âgées.
Virage préventif	Réorientation du système de santé vers davantage de prévention.

Annexe 5 - Liste des plans et feuille de route recensée

N°	Thématique	Dispositif / Rapport / Stratégie	Période
1	Addictions	Plan d'actions « Usage raisonné des écrans »	2022
2	Addictions	Plan national de lutte contre les stupéfiants	2019
3	Addictions	Programme national de lutte contre le tabac (PNLT)	2023-2027
4	Addictions	Stratégie interministérielle contre les conduites addictives (SIMCA)	2023-2027
5	Nutrition	Feuille de route Obésité	2026-2030
6	Nutrition	Programme national nutrition santé (PNNS)	Depuis 2001 (PNNS 4 : 2019-2023)
7	Nutrition	Programme national pour l'alimentation (PNA)	2019-2024
8	Cadre stratégique	Stratégie mondiale de santé (OMS - GPW14)	2025-2028
9	Cadre stratégique	COP Santé publique France	2024-2028
10	Cadre stratégique	Feuille de route Santé mentale et Psychiatrie	Depuis 2018
11	Cadre stratégique	Projet stratégique HAS	2025-2030
12	Cadre stratégique	PNGDRESS	Depuis 2016
13	Cadre stratégique	Plan national de santé publique « Priorité Prévention »	2018-2022
14	Cadre stratégique	Stratégie interministérielle « Bien vieillir »	2024-2030
15	Cadre stratégique	Stratégie nationale de santé	2023-2033
16	Cadre stratégique	Union européenne de la santé	Depuis 2024
17	Cancer	Plans cancer	2003-2019
18	Cancer	Feuille de route Dépistages des cancers	2024-2028
19	Cancer	Stratégie cancers	2026-2030
20	Cancer	Stratégie décennale de lutte contre les cancers	2021-2030
21	Cancer	Recommandation européenne sur le dépistage	Depuis 2022
22	Enfance protégée	Santé des enfants protégés	Depuis 2024
23	Enfance protégée	Stratégie de protection de l'enfance	2020-2022
24	Activité physique	Stratégie nationale Sport-Santé	2019-2024
25	Enfance	Feuille de route Pédiatrie	2024-2030
26	Enfance	Les 1 000 premiers jours	Depuis 2020

27	Santé au travail	Plan SST Agriculture	2021-2025
28	Santé au travail	Plan de prévention des accidents du travail	2022-2025
29	Santé au travail	Plan Santé au travail (PST4)	2021-2025
30	Santé au travail	Plan Santé au travail Fonction publique	2022-2025
31	Santé mentale	Assises de la santé mentale	Depuis 2021
32	Santé mentale	Feuille de route Santé mentale	Depuis 2018
33	Santé mentale	Programme HAS Santé mentale	2025-2030
34	Santé scolaire	Bonnes postures et poids du cartable	Depuis 2008
35	Santé scolaire	Démarche d'amélioration du climat scolaire	Depuis 2013
36	Santé scolaire	Parcours éducatif de santé (PES)	Depuis 2016
37	Santé scolaire	Prévention de l'endométriose en milieu scolaire	2022-2025
38	Santé scolaire	Prévention des conduites addictives en milieu scolaire	Permanent
39	Santé scolaire	Santé scolaire – « Agir pour les élèves »	Depuis 2025
40	Santé scolaire	Gestes qui sauvent (PSC1/GQS)	Depuis 2016
41	Santé scolaire	EVARS	Depuis 2025
42	Sommeil	Feuille de route Sommeil	2025-2026
43	Vaccination	Stratégie Vaccination et immunisation	2025-2030
44	Vieillissement	Généralisation du programme ICOPE	Depuis 2025
45	Vieillissement	Plan anti chute des personnes âgées	2022-2024
46	Vieillissement	Stratégie « Bien vieillir »	Depuis 2023
47	Santé-environnement	Plan national santé environnement – PNSE 4	2021-2025
48	Santé-environnement	Plans régionaux santé environnement – PRSE 4	Déclinaisons régionales du PNSE 4
49	Santé-environnement / polluants	Plan d’action interministériel sur les PFAS	Depuis 2024
50	Santé-environnement	Stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens – SNPE 2	2019-2022, actions poursuivies
51	Santé-environnement	Plan Chlordécone IV	2021-2027

52	Antibiorésistance / One Health	Feuille de route interministérielle de prévention et de réduction de l'antibiorésistance	2024-2034
53	Alimentation / nutrition / climat	Stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat – SNANC	2025-2030
54	Alimentation	Programme national pour l'alimentation – PNA 4	2026-2030
55	Nutrition / activité physique	Programme national nutrition santé – PNNS 5	2026-2030
56	Activité physique / sédentarité	Stratégie nationale Sport-Santé	2025-2030
57	Santé mentale	Stratégie nationale de prévention du suicide	En vigueur, actualisée en 2022
58	Santé sexuelle	Stratégie nationale de santé sexuelle	2017-2030
59	Santé des femmes	Stratégie nationale de lutte contre l'endométriose	Depuis 2022
60	Maladies rares	Quatrième Plan national maladies rares – PNMR 4	2025-2030
61	Vieillissement / maladies chroniques	Stratégie nationale Maladies neurodégénératives	2025-2030
62	Handicap / développement de l'enfant	Stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement	2023-2027
63	Aidants / autonomie	Stratégie « Agir pour les aidants »	2023-2027
64	Santé au travail	Plan Santé au travail – PST 5	2026-2030
65	Santé bucco-dentaire	Plan de prévention bucco-dentaire	Depuis 2006

Annexe 6 – Liste des encadrés

N°	Titre de l'encadré	Page
1	Qualité environnementale des établissements d'accueil des jeunes enfants (EAJE)	p. 26
2	Comité Interministériel pour la Santé (CIS) : quelles sont ces principales missions ?	p. 36
3	Point de vigilance	p. 48
4	Cohortes et registres : des infrastructures invisibles mais décisives pour la prévention	p. 49
5	Données et numérique : carnet vaccinal électronique interopérable	p. 50
6	Données : PMI, santé scolaire, bilans 3-4 ans et 5-6 ans	p. 51
7	Le plan antichute : les limites d'une généralisation sans évaluation préalable suffisante	p. 58
8	Evaluation de la vaccination : couverture, occasions manquées, impact, coût évité, équité, acceptabilité	p.61
9	Pas de continuité pour la santé du nourrisson, du jeune enfant et de l'enfant	p. 63
10	Risque de prévention inversée	p. 64
11	Santé scolaire plutôt que médecine scolaire	p. 65
12	Le service sanitaire des étudiants en santé (SSES)	p. 67
13	UROPS : utiliser le lieu de travail comme espace d'aller-vers et d'évaluation	p. 73
14	Un niveau de fragmentation élevé	p. 77
15	Deux territoires, deux formes de vulnérabilité préventive	p. 81
16	Contrat locaux de santé : quelle maille territoriale ?	p. 82
17	Les Gérontopôles, interface entre science, territoire et mise en œuvre	p. 89
18	Vieillir en quartier prioritaire : un test d'universalisme proportionné	p.90
19	Ce que recouvre la prévention primordiale dans le champ du handicap	p. 91
20	Quelques marqueurs de vulnérabilité sanitaire et sociale en détention	p. 93
21	De l'équivalence des soins à la « prison promotrice de santé »	p. 95
22	De la massification à la pertinence : segmenter les publics de prévention	p. 97
23	À retenir	p. 106
24	La vaccination, démonstrateur d'une prévention primordiale à impact rapide	p. 116

25	Que sont les contrats locaux de santé ?	p.183
26	Les outre-mer, révélateurs des conditions de réussite de la prévention territorialisée	p. 185
27	Responsabilité territoriale et populationnelle	p. 203
28	Quatre types de données à ne pas confondre	p. 253
29	Article 51 : ce qu'il apporte au passage à l'échelle	p. 261
30	Une action probante n'est pas toujours une action Article 51	p. 263
31	ReperPrev et article 51 doivent dialoguer	p. 264
32	Une donnée de prévention peut être une donnée sensible	p. 296

Annexe 7 – Contributions écrites

Structure / Organisation	Représentant
Jean-Marie Cohen	Jean-Marie Cohen
Ancien président de la CSMF	Jean-Paul Ortiz
Dr Alexis Tubiana	Alexis Tubiana
Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)	Hugo Lopes
CESE	Nassim Larfa
Collectif Majeur & Vacciné	Évie Keryhuel
CPTS Paris 8	Myriam Sarah Hassani
Dr Didier Poivret	Didier Poivret
Sanofi France	Margaux Deral
Collectif Handicaps	Axelle Rousseau
Les Biologistes Indépendants	Michel Pax
Dr Marie Blanquet	Marie Blanquet
Collectif Vitiligo	Margaux Derobillard
SISM	Alice Pierre-François
ODK Conseil	Dimitri Ordynski
Unicancer Rouen	Emmanuelle Hoche
UNIPA	Emmanuel Hardy
HALPPY CARE	Julie Beyssac
Expérience PARTAGE	Pauline Penot

RELX	Guillaume Leblanc
Laurence Alidor	Laurence Alidor
PSSM France	Christophe Suffissais
Pfizer France	Elsa Biais-Sauvetre
Collège de la Médecine Générale	Cyril Bègue
Association Nationale de la Recherche Technologique (ANRT)	Clarisse Angelier
Arnaud Porte	Arnaud Porte
Hologic	—
Académie nationale de Pharmacie	Michel Arock
AbbVie	Maxime Warembourg
Ordre national des pédicures-podologues	Éric Prou
UGECAM Rhône-Alpes	Cyrille Broilliard
Syndicat national des compléments alimentaires	—
Bpifrance	—
Sandro Lollia	Sandro Lollia
Les Entreprises de Télésanté (Le LET)	Jean-Pascal Piermé
May Santé	Cécilia Creuzet
Clariane	Antoine Piau
Think Tank Jenner	—
Jean-Paul Thonier	Jean-Paul Thonier
OSTÉO SANTÉ	Jean-Pierre Marguaritte

SNMS	Marc Rozenblat
AG2R La Mondiale	Anne Lieure
Contre-Feu	Ambrine Abid
Dr Florence Benichoux	Florence Benichoux
Vivoptim	Emeline Mas
360SkillVue	Laure Dellamonica
ANFE	Fanny Soum-Pouyalet
PROMEOM	Jean-Robert Steinmann
Syndicat des audioprothésistes	—
Fédération Nationale des Centres de Santé	Hélène Colombani
AI for Health	—
CNETh	Thierry Dubois
Alan	Maxime Durier
Addiction France	Théo Mannechez
MédecinDirect	Guillaume Auffret
COPIL Prévention vaccinale seniors	Catherine Auzimour
Biogroup	Nicolas Roquigny
Fédération Française de Cardiologie	Gérard Helft
Santé respiratoire France	Odile Sauvaget
CCMO Mutuelle	Sonya
Cardioparc	Thomas Gambazzi

Aéma Groupe	Solène Bravi
IPSO Santé	Simon Ruben
AuditionSanté	—
ONAPS	Lucile Bruchet
UPSADI	—
Société Française de Gériatrie et Gérontologie	Jean-Pierre Aquino
SNAMSPEN	Patricia Colson
COMIDENT	David Castillo
Fédération de la Biologie Médicale	Lionel Barrand
Caisse des Dépôts	Eva Catrin
AGEA	Chloé Demri
Ligue contre le cancer	Nina Melennec
CNP de Néphrologie	Cécile Vigneau
GSK	Carole Doré
La Coopérative Welcoop	Dominique Pautrat
Physio TMS	Gabriel Riveline
Comité de Réflexion des Courtiers Français	Éric Maumy
Cheers!	Jean-Paul Thonier
CMG	Sarah Becouarn
Roche Diagnostics France	Julien Petrequin
Hugo Bougeault	Hugo Bougeault

APF France handicap	Karine Pouchain-Grepinet
Ordre des masseurs-kinésithérapeutes	Pierre Degonde
MG France	Jean-Christophe Nogrette
France Glaucome	Josée Gaillard
Les Médecins Libéraux (SML)	Ozlem Sahin
AXA France	Hubert Marck
Médecins du Monde	Delphine Fanget
Uniopss	Raphaël Moreau
APICIL	Anne-Sophie Peter
France Alzheimer	Christine Tabuenca
Fondation PiLeJe	Isaure d'Orglandes
Nightline	Vincent Biarneix
Unisanté	Jacques Cornuz
Fédération de la Biologie Médicale	Stephen Lequet
Laboratoire Gifrer	Gilles Lasserre
Cercle Prévention & Santé	Anne-Marie Klaeylé
Fédération des PSAD	Alexandra Duvauchelle
Qare	Lucie Dietsche
Siel Bleu	Coline Le Bolloc'h
Conseil scientifique de la CNSA	Claude Jeandel
Assurer l'avenir de la PMI	Pierre Suesser

Integratome	Ghislain de Kerviler
A-Grippe-Toi	Solène Batier
Fédération Française des Associations d'Insuffisants Respiratoires	—
Le Collectif CPS	—
AIUS / AFSOS	Pierre Bondil
Assurance Meyer	Gérald Demeyer
Synabio	Thomas Breuzet
Santéclair	—
Conseil national de l'Ordre des médecins	—
UNSC	Thomas Alliot
URPS Pharmaciens AURA	Florence Durupt
Dr Rosine Barisaux-Deprez	Rosine Barisaux-Deprez
Gérard Benistant	Gérard Benistant
Sandrine Martin	Sandrine Martin
ONSSF	Adrien Di Rollo
Collectif des 26 structures SECPa	Benjamin Dubet
Association des Assureurs Mutualistes	Cornélia Federkeil
Dr Michel Van Rechem	Michel Van Rechem
Réseau IPRP France	Christian Raoux
Vivoptim Solutions	Virginie Femery
Association Ly'ondes	Irène Brossier

Addactis	Cécile Paradis
Unicancer Lyon	Arnaud Morel
CROQ'ACTI	Pauline Gignet
Stop Enfumage	Philippe Lutz
Conseillère municipale EELV	Yvette Lathuilière
Alexis Bienvenüe	Alexis Bienvenüe
Chaire GARD'TASANTÉ	Christophe Bouaziz
Dr Bruno Sauteron	Bruno Sauteron
UNIPA	Julien Horel
URPS Pharmaciens Bourgogne-FC	Pascal Louis
Jean-Martin Cohen Solal	Jean-Martin Cohen Solal
Centre Léon Bérard	Pr Béatrice Fervers
URPS Infirmiers Libéraux	Philippe Rey
Filière Santé Numérique	Jean Sibilia
Leonard Entreprise	Bertrand Giffon
Dr Isabelle Vincent	Isabelle Vincent
Dr Jean Mathieu Montrottier	Jean Mathieu Montrittier
Société Française de Santé Publique	Anne Vuillemin
FEDERGY	Alain Grollaud
Fondation Biothérapie	Jacques Le Marois
Thalie Santé	Yann Hilaire

Méta-Coaching Santé	Anne-Dominique Bonte
Lionel Lacassagne	
École de maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux	Pr Laurent Gaucher
Smartbiotic	Dr Mathieu Raad
@mel_et_fernande	Mélissa Anton
CARSAT Rhône-Alpes	Sylvie Salavert