

ABRÉGÉ

du rapport au Gouvernement

CONSTRUIRE UN SYSTÈME NATIONAL DE PRÉVENTION PRIMORDIALE

**Replacer notre santé sous
de bonnes influences**

**Investir dans la prévention primordiale
autant que dans le soin.**

Cyrille Isaac-Sibille,
député du Rhône

RAPPORT PUBLIC

remis au Premier ministre,
Sébastien Lecornu
le 13 juillet 2026



Par lettre du 13 janvier 2026, le Premier ministre Sébastien Lecornu m'a confié la mission de dresser un état des lieux et de formuler des propositions pour **mieux organiser et structurer un système de prévention primaire en santé**.

Cette mission intervient à un moment où la prévention primaire est devenue **un impératif sanitaire, social, démocratique et financier**. 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 imposent de ne plus considérer la prévention primaire 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 dans ce rapport de **prévention primordiale**, qui correspond à la prévention de l'émergence des facteurs de risque par la transformation de nos environnements.

Déroulé de la mission en chiffres : 327 auditions - dont 91 par le groupe d'experts animé par le Professeur Chauvin - ont été menées, 15 déplacements et rencontres ont été organisés et 147 contributions écrites ont été recueillies.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
I. Un paradoxe français : une excellence dans le soin, mais une santé globale qui se dégrade sous l'effet d'une prévention négligée	7
II. Historique : la prévention en santé, une ambition ancienne à réaffirmer	8
III. Définitions	9
 PREMIÈRE PARTIE - ÉTAT DES LIEUX	 11
I. Peu de traduction en politique publique d'une ambition de prévention primordiale désormais revendiquée par tous	11
II. Pour quels résultats ?	11
A. Une dégradation de l'état de santé de la population	11
1. Les déterminants sociaux et territoriaux à l'origine d'inégalités	13
2. Les déterminants environnementaux et l'exposome : des arbitrages politiques difficiles	14
3. Les déterminants commerciaux et industriels : notre santé sous influences	14
B. Une politique inachevée visant à la réduction des facteurs de risque	15
1. Le tabac	15
2. L'alcool	15
3. L'alimentation	15
4. La sédentarité	16
5. Les addictions aux produits illicites	16
6. La santé mentale face aux risques émergents	16
III. Comment expliquer la faible efficacité des politiques de prévention ?	17
A. Absence de coordination nationale en faveur de la prévention primordiale	17
1. Un portage politique et administratif faible, cloisonné et peu démocratique	18
a) Une Direction générale de la santé affaiblie	18
b) Une déclinaison territoriale éparpillée	19
2. Une recherche et une expertise inexploitée	19
a) La nécessité d'une recherche centrée sur l'impact	20
b) Des causes structurelles du retard en France	20
c) Un changement récent des politiques de recherche en prévention	20
d) Recherche, science et expertise en France : un paysage complexe et morcelé	21
(1) Les organismes de recherche	21
(2) Une capacité d'expertise à davantage structurer	21
(3) La césure entre la décision politique et la science	22

3. Des données riches issues d'organismes nombreux... qui ne se parlent pas... qui ne produisent pas de tableaux de bord	22
a) Une capacité limitée à apporter une aide au pilotage	23
b) ORS, SCORE-Santé et diagnostics territoriaux : des atouts	25
c) Des données encore insuffisamment accessibles et exploitables	25
B. Une prévention qui peine à se systématiser	26
C. Des médecines de prévention « oubliées »	27
1. Pour l'enfance et la jeunesse, une PMI et une médecine scolaire et étudiante « en souffrance »	27
a) Les services de PMI, un pilier de la prévention sous tension	27
b) La médecine scolaire isolée	28
c) La santé étudiante à renforcer	28
d) La protection de l'enfance, un angle mort de la prévention primordiale	29
2. Pour les actifs, une médecine du travail et des organismes complémentaires non coordonnés	30
a) La médecine du travail	30
b) Les organismes complémentaires et prévoyance : un laboratoire d'actions de prévention	30
D. Une organisation territoriale riche d'acteurs et d'initiatives mais structurellement fragmentée	32
1. Au niveau des associations	32
2. Au niveau des territoires	32
a) Les collectivités territoriales, des acteurs de la prévention en santé	32
b) Une coordination insuffisante des dispositifs	33
(1) Le contrat local de santé (CLS) et le contrat local de santé mentale (CLSM) : des outils utiles pour la prévention	34
(2) L'articulation nécessaire avec les CPTS et les Maisons France Santé	34
(3) L'articulation nécessaire avec les GHT	34
(4) Les nouvelles structures intervenant sur des champs communs	35
3. En matière de soins	35
4. Le vieillissement : un enjeu massif de prévention primordiale et de prévention de la perte d'autonomie	36
5. Le handicap : un révélateur de la nécessité d'une prévention primordiale réellement inclusive	39
6. Des publics oubliés : les établissements pénitentiaires	39
7. Les citoyens et la démocratie sanitaire	40
E. Un modèle de financement inadapté	41
1. Une architecture financière de la prévention primordiale complexe	41
2. La prévention en santé : un enjeu de soutenabilité de la dépense de santé	43
3. Un modèle économique qui reste à définir	43
4. Structurer un marché sans marchandiser la prévention	44
IV. L'émergence d'une prévention personnalisée soutenue par l'intelligence artificielle	45
V. Comparaison internationale	45

A. La France : des résultats moyens, et des marges de progression importantes	45
B. La dépense de santé et l'offre de soins n'expliquent pas tout	46
VI. Que retenir de cet état des lieux ?	47
A. Une nécessaire prise de conscience institutionnelle	47
B. Notre pays possède tous les atouts pour construire une politique de prévention primordiale	48
C. Les limites qui appellent des propositions structurelles	48
D. De l'état des lieux aux propositions : les critères d'une réforme crédible	49

DEUXIÈME PARTIE - CE QUE NOUS ENSEIGNE LA SCIENCE ET LES PUBLICATIONS INTERNATIONALES **50**

I. La santé des population (Population Health) **50**

II. Les principes d'action **52**

A. La littératie en santé : un levier stratégique pour des systèmes de santé plus équitables et performants	52
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	53
C. L'universalisme proportionné : un principe d'action pour réduire les inégalités sociales de santé	54
D. Les sciences de l'implémentation en santé : concepts, cadres théoriques et enjeux pour les politiques de santé	54

TROISIÈME PARTIE - ORGANISER ET STRUCTURER UN SYSTÈME DE PRÉVENTION PRIMORDIALE **56**

I. Si rien ne change : les conséquences et le coût de l'inaction **56**

A. La santé des populations se dégrade	56
B. Le déficit de l'Assurance maladie se poursuit	58
C. Un marché de la prévention individualisée fondée sur l'intelligence artificielle non réglementé	59

II. Adopter une nouvelle doctrine en faveur d'une santé globale **60**

A. Faire des lieux de vie des environnements favorables à la santé	61
1. Là où l'on réside : donner aux collectivités locales les moyens d'agir et de coordonner les acteurs	61
2. Là où l'on grandit et l'on étudie	65
3. Là où l'on travaille	69
4. Là où l'on est soigné	72
5. Les publics oubliés	74
B. Se donner des priorités en agissant sur les déterminants de santé	75
1. Une politique de littératie en santé	76
2. Une politique de bien-être mental	83
3. Une politique de vaccination	85
4. Une politique du bien vieillir	94
5. Les comportements de santé et les facteurs de risque	99

a) Sommes-nous réellement maîtres de nos comportements ?	99
b) Les modes d'action pour changer durablement les comportements de santé	100
c) Il est possible d'agir rapidement pour obtenir des résultats à court terme	100
d) Les objectifs à atteindre	103
C. Le pilotage de la politique de prévention primordiale	110
1. Pilotée par la donnée	110
2. Accompagnée par la science	113
3. Évaluée par des études d'impact en santé	115
D. Changer de gouvernance	116
1. La gouvernance nationale	116
a) La Conférence nationale de santé	117
b) Le comité interministériel pour la santé	117
c) Un ministère « Une Seule Santé »	118
2. Le déploiement territorial	129
E. Financer la prévention primordiale : construire un modèle économique lisible, durable, orienté vers les résultats	120
1. Au niveau national	120
2. Au niveau territorial	124
3. Expérimenter des outils innovants pour financer la prévention primordiale	125
F. Une prévention personnalisée rendue possible grâce à l'intelligence artificielle	126

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 ».

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. Pourtant, cette performance masque plusieurs fragilités. Les inégalités sociales et territoriales de santé 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 : une hausse de la mortalité périnatale, une espérance de vie sans incapacité inférieure de près de vingt ans à l'espérance de vie totale, une dégradation de la santé mentale et une progression des pathologies évitables.

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

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

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.

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 se poursuivent des politiques d'hygiène, d'alimentation et de police sanitaire. Venise invente notamment la quarantaine face à la peste noire.

Aux XVIII^e et XIX^e siècles, Jenner et Pasteur ouvrent une étape décisive avec la vaccination.

Lors de la première moitié du XX^e siècle, l'espérance de vie moyenne passe de 45 à 79 ans grâce à la chute spectaculaire de la mortalité infantile et de la mortalité par maladies infectieuses.

Au XXI^e siècle, une nouvelle approche internationale, intitulée « Une seule santé » (One Health), s'est imposée à la suite de plusieurs crises sanitaires majeures ayant révélé l'origine zoonotique de certaines maladies émergentes. La crise sanitaire de 2020 liée au covid-19 a accéléré les prises de conscience.

Ce rappel historique nous invite à une évidence : **notre santé repose essentiellement sur nos environnements de vie, sur de bons comportements et sur des politiques de santé publique.** 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.**

Nos prédécesseurs avaient eu, en 1945, l'intelligence de bâtir, par voie d'ordonnances publiées à quelques semaines d'intervalle, un **système de santé équilibré, reposant sur deux piliers complémentaires : la prévention et le soin.** Ils créent :

- d'une part, un **système de protection sociale assurantielle destiné à protéger les Français contre les grands risques de l'existence**, dont la maladie.
- 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 la multiplication des offreurs de soins, a pris une place prépondérante dans les représentations, les financements et les organisations de la santé. Il s'est progressivement structuré et modernisé, jusqu'à devenir le principal bénéficiaire de l'effort national : désormais, notre pays consacre chaque année plus de 330 milliards d'euros aux dépenses de soins.

À l'inverse, **les grandes médecines préventives instituées dans l'après-guerre ont été fragilisées, négligées, oubliées, abandonnées, sous-financées.**

Le déséquilibre progressif entre prévention et soin n'est pas sans conséquence : il **limite la capacité de notre système de santé à répondre aux défis sanitaires du XXI^e siècle.**

L'accès aux soins, qui n'est pas la garantie d'une bonne santé, 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.

La prévention primordiale ne doit pas être un « supplément d'âme » ; elle devrait devenir la composante structurante de la santé des Français et de la soutenabilité sanitaire, sociale et financière du modèle français.

Encadré - La prévention routière : une réussite dont nous pouvons nous inspirer.

Portée par une prise de conscience collective et par une politique construite et courageuse, engagée depuis le début des années 2000 sous l'impulsion du Président de la République, la France a su réduire en quelques années seulement le nombre de décès sur les routes (-43% de décès en 5 ans). Cette baisse résulte d'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.

Première partie - État des lieux

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

Le constat peut paraître sévère, mais cette critique se veut constructive pour mieux mettre en évidence les faiblesses de notre système actuel et identifier les leviers d'action et les évolutions à mettre progressivement en œuvre afin d'améliorer la santé de notre population.

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 en santé fait désormais l'objet d'un consensus largement partagé. **Pourtant, cette ambition reste lettre morte** Depuis plusieurs années, la Cour des comptes alerte sur la dispersion des acteurs, le cloisonnement et l'absence d'un pilotage d'ensemble de cette politique.

II. Pour quels résultats ?

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

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

Nous gagnons des années de vie mais, réellement, ce sont des années de vie vécues en mauvaise santé.

Depuis plusieurs années, la progression de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans a fortement ralenti en France. L'espérance de vie sans incapacité à la naissance est même en baisse chez les femmes.

Les patients atteints de maladies chroniques ont doublé depuis 25 ans. Les personnes en ALD étaient 6 millions au milieu des années 2000 représentant 10% de la population française. En 2024 elles sont **14 millions représentant 20% de la population**. **L'assurance maladie estime qu'elles seront 18 millions en 2035.** Et cette augmentation n'est pas seulement liée au vieillissement de la population : 25% des 45-54 ans présentent au moins 2 maladies chroniques.

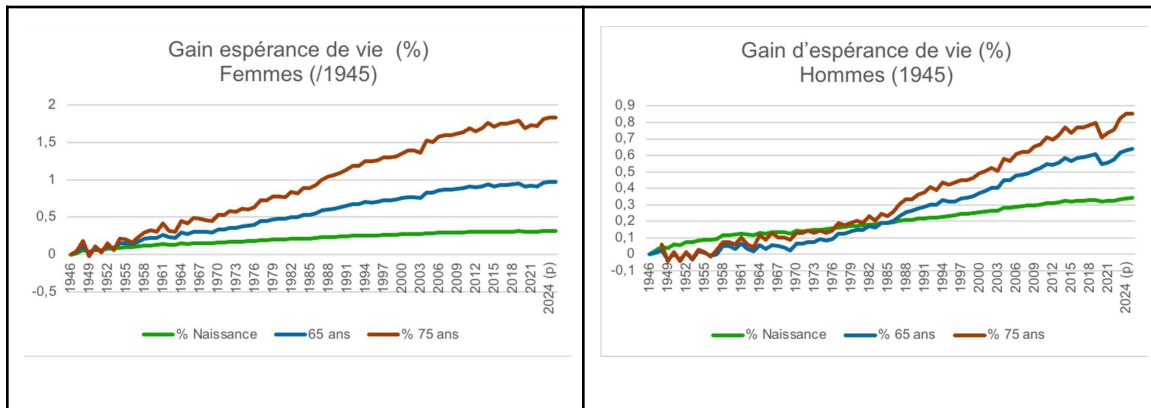


Figure 1 - Gain d'espérance de vie en fonction de l'âge.

Cette dégradation de l'état de santé touche désormais les enfants, les adolescents et 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.

Plus de 40 % des cancers pourraient être évités en agissant sur les principaux comportements et facteurs de risque. L'obésité concerne 18,1 % des adultes, soit plus de 9,5 millions de personnes. Son coût socio-économique est estimé à 12,7 milliards d'euros et pourrait atteindre 15,4 milliards en 2030. La sédentarité constitue également un enjeu majeur : **95 % des adultes sont exposés à un risque de détérioration de leur santé** par manque d'activité physique ou temps passé assis trop important. À ces pathologies s'ajoute la progression des enjeux de santé mentale, particulièrement chez les jeunes.

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.

De fortes inégalités liées aux déterminants de santé : les données récentes de Santé publique France confirment qu'il existe un gradient de santé.

La santé est l'un des principaux marqueurs des inégalités 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

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.

Plus de 6 années d'écart en fonction de son département - Hauts-de-Seine (83,2 ans) et la Nièvre ou l'Indre (76,9 ans).

L'état de santé dépend également du territoire dans lequel on vit : qualité du logement, pollution, accès à une alimentation de qualité, possibilités d'activité physique, transports, environnement social, offre de prévention et accès aux services. Les inégalités territoriales ne concernent donc pas que la présence ou non de médecins c'est aussi les conditions permettant de rester en bonne santé. Les zones rurales et urbaines n'ont pas aussi la même qualité et quantité d'offres ou de solutions.

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

Air extérieur, air intérieur, eaux, sols, perturbateurs endocriniens, composés de per- et poly- fluoroalkylés (PFAS), pesticides, bruit, chaleur, logement, urbanisme, espaces verts, mobilité, alimentation et expositions professionnelles composent un champ où les responsabilités sont dispersées.

La santé environnementale appelle à 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 environnements de vie défavorables produisent pourtant des coûts sanitaires et socio-économiques considérables.

La pollution de l'air extérieur cause environ 40 000 décès prématurés par an en France, pour un coût estimé entre 72 et 101 milliards d'euros (environ 4 % du PIB) ; la pollution de l'air intérieur cause près de 20 000 décès annuels pour 19 milliards d'euros de pertes socio-économiques.

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

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.

Ces stratégies produisent un déséquilibre systémique entre acteurs économiques et acteurs de santé publique.

C'est l'exemple du Nutri-Score non obligatoire malgré l'adhésion de 94 % de la population ou des arbitrages budgétaires entre ministères (Agriculture, Industrie, Santé) qui freinent régulièrement l'introduction de normes environnementales ou nutritionnelles plus contraignantes.

B. 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 également une place majeure (cancers, maladies cardiovasculaires, violences et accidents). L'alimentation, la sédentarité et l'obésité contribuent à la progression des maladies métaboliques, cardiovasculaires et de certains cancers.

1. Le tabac

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

Cette politique publique profondément renouvelée a mobilisé de manière articulée les leviers suggérés par la littérature internationale, 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.

2. L'alcool

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

La contradiction entre les messages de prévention et la disponibilité du produit, les promotions, le faible prix relatif et l'influence des lobbies alcooliers expliquent que la consommation d'alcool dépasse encore les repères de consommation à moindre risque. Les campagnes d'information ne peuvent remplacer des mesures structurelles sur le prix, la publicité et la disponibilité.

3. L'alimentation

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 telles 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. En 2024, son coût

socio-économique est estimé à 12,7 milliards d'euros, et pourrait atteindre 15,4 milliards d'euros d'ici 2030 si aucune action n'est entreprise.

4. La sédentarité

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 ;
- **Le dispositif « Deux heures d'activité physique et sportive en plus par semaine au collège ».**

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, qui s'est avérée bénéfique pour la santé.

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 limite la portée de ces dispositifs.

5. Les addictions aux produits illicites

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 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.

Malgré deux années consacrées à la santé mentale comme « Grande cause nationale », celle-ci se dégrade chez les jeunes comme chez les actifs (hausse des arrêts de travail pour des raisons psychologiques, épuisement professionnel, burn-out, difficultés à concilier vie professionnelle et vie personnelle).

Les facteurs qui les favorisent restent encore insuffisamment pris en compte dans les politiques publiques.

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. 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 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.

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

La gouvernance nationale de la prévention en santé est aujourd'hui trop faible et 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...

Un outil existe : le **comité interministériel pour la santé (CIS)**, **qui ne s'est pas réuni depuis sept ans** (25 mars 2019), privant ainsi la prévention en santé de l'impulsion politique nécessaire à sa « systématisation ».

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ne publie plus, depuis 2022, le **rapport annuel sur l'état de la population et sur les inégalités de santé**. Le projet de **stratégie nationale de santé 2023-2033**, qui a été analysé et évalué par le HCSP dès 2023 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.

a) Une Direction générale de la santé affaiblie

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

La principale mission de la Direction générale de la santé est de définir la politique de santé publique. 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.

En revanche, 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, qui, de fait, ne sont pas ou peu coordonnés.

b) Une déclinaison territoriale éparpillée

Pour le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), les projets régionaux de santé sont encore insuffisamment évalués et comparés. 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.

La déclinaison territoriale de la prévention est tout aussi dispersée et cloisonnée, sans cohérence et continuité des actions menées sur les territoires. La politique de santé se décline à travers les ARS qui élaborent un projet régional de santé, mis en œuvre, notamment au moyen de contrats locaux de santé conclus avec les collectivités territoriales. Les organismes de sécurité sociale mettent en œuvre les orientations fixées par la Direction de la Sécurité sociale (DSS) au niveau territorial par les caisses locales. L'Éducation nationale dispose de son propre circuit (académies, inspections académiques et établissements scolaires) et les autres politiques publiques qui influencent l'état de santé sont portées par les services déconcentrés de l'État (services préfectoraux, rectorats, directeur académique des services de l'Éducation nationale) et l'engagement des collectivités locales, avec l'appui des associations, de divers établissements et professionnels, chacun intervenant selon ses propres priorités et modalités d'action.

Malheureusement, ces interventions ne se complètent pas et se superposent. Les projets régionaux de santé sont insuffisamment évalués et comparés, ne permettant 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, l'accès aux soins est souvent priorisé dans les CLS.

2. Une recherche et une expertise inexploitée

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 matière de santé des populations, n'est plus seulement de produire davantage de connaissances, mais de produire des connaissances directement mobilisables sur le terrain par les décideurs, les professionnels et les territoires.

b) Des causes structurelles du retard en France

Le retard pris par la France dans le champ de la recherche en prévention et dans la mise en œuvre de ses applications tient à plusieurs facteurs.

Le premier réside dans le déséquilibre historique entre la recherche biomédicale et la recherche en prévention.

Le deuxième concerne l'organisation même de la recherche : les compétences demeurent dispersées entre de nombreux organismes, disciplines et financeurs, sans stratégie nationale pleinement coordonnée.

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

c) Un changement récent des politiques de recherche en prévention

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.

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 finance des programmes de

recherche à travers des appels à projets lancés par des organismes de soutien à la recherche (IRESF, INCa...).

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

(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 sont souvent dépourvus de financements dédiés. 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), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), la Haute Autorité de santé (HAS)... 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), l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), l'Académie nationale de médecine...

La tentation pourrait être de conclure à la nécessité d'une réorganisation institutionnelle massive. **Les auditions invitent plutôt à une approche plus pragmatique** : il s'agit davantage de consolider la coordination plutôt que de bouleverser le paysage.

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

La mission fait apparaître un paradoxe : 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.

Cette coupure 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.

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), entre autres ;

- 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.

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.

Les données documentent davantage le soin que les déterminants de santé.

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

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 des risques sanitaires.

Encadré - 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.

Encadré - 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

Leurs données sont 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 partiellement exploités à des fins de pilotage.

Encadré – 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. Ces données permettraient de repérer les besoins avant l'installation de difficultés durables et d'orienter les familles vers les ressources adaptées.

- **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.

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

Les observatoires régionaux de santé (ORS) disposent, par décret, d'un accès aux données du SNDS. et quarante personnes au sein du réseau sont formées à leur traitement et leur analyse.

Par ailleurs, la base SCORE-Santé, qui rassemble des données de santé à l'échelle des territoires, met à disposition des indicateurs relatifs à l'état de santé des populations et à ses déterminants à l'échelle régionale, départementale et des territoires de démocratie sanitaire. Cet outil est un atout, mais il ne constitue pas un tableau de bord national, officiel, annuel et partagé de la prévention primordiale.

c) Des données encore insuffisamment accessibles et exploitables

Des obstacles d'organisation ralentissent la production de connaissances utiles à la prévention et limitent la capacité à croiser les 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. La loi a récemment permis le croisement de certaines données pour lutter contre la fraude. Pourquoi cela ne pourrait-il être appliqué 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 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. Le passage à l’échelle reste néanmoins fragile.

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

Comme le suggère le HCSP, la politique de prévention devrait intégrer plus systématiquement les évaluations d’impact sur la santé et l’équité. 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.**

Encadré – 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

C. Des médecines de prévention « oubliées »

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.

Il est intéressant de constater que, suite aux travaux d'Adrien Taquet, des Maisons des 1000 premiers jours se sont récemment développées dans nos territoires, parallèlement aux services de PMI, alors qu'elles exercent des missions similaires.

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

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 %.

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. Ce cloisonnement informatique réplique le **cloisonnement organisationnel des métiers**.

Encadré – 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

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 dans le champ de la prévention, l'accès aux soins de premier recours, la santé mentale, la santé sexuelle, les addictions, la nutrition et la veille sanitaire. 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.

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

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

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

L'enjeu n'est 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. 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.

Le projet de loi sur la protection de l'enfance, 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.

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, alors que la loi du 2 août 2021 a renforcé les missions de prévention, notamment en matière de visite de mi-carrière, de prévention de la désinsertion professionnelle et d'accompagnement des entreprises.

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.

Cependant, ces acteurs sont privés de l'usage secondaire de leurs propres données de santé, alors même qu'elles sont nécessaires pour cibler finement les publics à risque, identifier les assurés éloignés des dispositifs de prévention ou objectiver l'impact des actions engagées.

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

L'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 l'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.

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.

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. Les auditions conduites par la mission montrent toutefois que les modalités d'utilisation de ces ressources sont très variables et les actions financées rarement évaluées.

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

« Une armée prête à se lever »

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 à 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 par 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 (FNPEIS, FLCA, FIR, ...) sont incompatibles avec le temps long de la prévention collective. Les appels à projets dispersés peuvent stimuler l'innovation, mais ils consomment aussi du temps administratif, créent de l'incertitude et empêchent la construction de missions socles.

2. Au niveau des territoires

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. Les politiques locales ambitieuses ne sont pas uniquement l'apanage des grandes métropoles comme Lyon ou Paris ; des municipalités de dimension moyenne, voire modeste, ont su se saisir de la politique de santé en mobilisant les leviers locaux de manière efficace. **Les communes et intercommunalités ne sont pas de simples relais d'actions nationales, mais 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.

b) Une coordination insuffisante des dispositifs

Toutefois, cette territorialisation ne peut 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.

Encadré – 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.

(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 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'actions sur les déterminants de santé.

Les CPTS et Maison France Santé sont des formes d'organisations des professionnels de santé de ville du premier recours : elles permettent 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.

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

Sans avoir vocation à piloter la prévention primordiale, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) 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.

(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

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 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.

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), mais 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.

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

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).

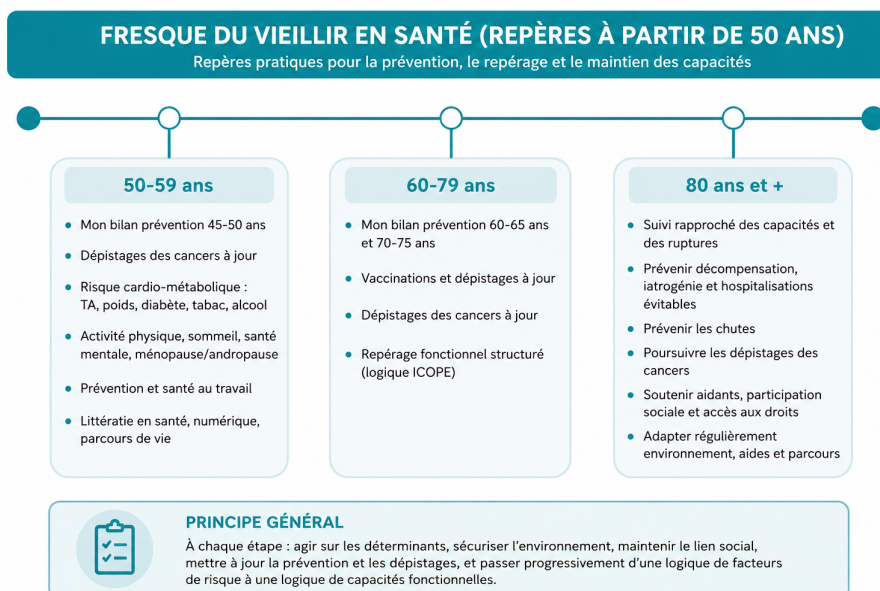


Figure 2 - Fresque du vieillir en santé en France

Cela permet 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.

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 - 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 », 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 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.

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 est 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.

Encadré - 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 peuvent fournir l'expertise territoriale et scientifique nécessaire.

Encadré - 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 Quartier Prioritaire de la Politique de la Ville (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.

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 à tous, dès la conception des programmes.

L'enquête Handicap-Santé-Ménages révèle, 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.

Le problème n'est pas l'absence de thématiques pertinentes, mais leur faible accessibilité réelle.

6. Des publics oubliés : Les établissements pénitentiaires

La population détenue cumule des vulnérabilités sanitaires, psychiques, sociales et éducatives. La Cour des comptes a déjà souligné des besoins de santé particulièrement importants pour les personnes détenues : addictions, troubles psychiatriques, prévalence accrue du VIH et de l'hépatite C, tabagisme massif et forte exposition aux ruptures de parcours. Elle a par ailleurs constaté 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 demeurerait incomplète et insuffisamment inscrite dans une véritable démarche de santé publique.

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 sont aussi ceux pour lesquels les conditions concrètes d'accès, d'adhésion, de confidentialité, de continuité et de participation sont les plus fragiles.**

7. Les citoyens et la démocratie sanitaire

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 qui relèvent de guichets, de financeurs et de temporalités différents.

Une politique publique illisible produit mécaniquement des inégalités : 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.

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.

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 désormais appréhendée comme un levier de soutenabilité du système de santé. Pourtant, elle demeure financée comme une politique périphérique, c'est-à-dire 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.

S'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 grâce à un amendement parlementaire, permettent de mieux appréhender les dépenses de prévention en santé grâce au travail des services du ministère de l'Action et des 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 détresses respiratoires chez le nourrisson, les pouvoirs publics sont-ils en capacité d'identifier 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, distribués entre les différents sous-objectifs de l'Objectif

national d'Assurance maladie et de nombreuses missions et programmes de la loi de finances.

Cette dispersion budgétaire, peu lisible pour le Parlement, empêche toute appréciation fiable de l'effort réel de la France. La Cour des comptes relève une variabilité des estimations allant de moins d'un milliard à plus de dix milliards d'euros selon les périmètres retenus. 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 quatre 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.

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

Dans la note de la Cour des comptes d'avril 2025 évoquée plus haut, 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 rapport] efficacité médico-économique...* » 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* ». 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.

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. De plus, 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.

LE MODÈLE ÉCONOMIQUE INCOMPLET DE LA PRÉVENTION PRIMAIRE

Sortir du cercle vicieux : pas de payeur identifié, peu d'investissement, peu d'évaluation, faible diffusion



Figure 3 - Le modèle économique de la prévention primaire en France

4. Structurer un marché sans marchandiser la prévention

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, répartis en trois tiers : un tiers pour la prévention primordiale, un tiers pour la secondaire et un tiers pour la tertiaire. Cette enveloppe constitue une initiative pionnière, qu'il convient de mettre en regard des dix milliards d'euros annoncés dans le champ santé.

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 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 ».

V. Comparaison internationale

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

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. 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).

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

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 vit-on plus longtemps avec des maladies ?* Selon l'OMS, la France occupait en 2021 le 15^{ème} rang mondial pour l'espérance de vie en bonne santé à la naissance, avec environ 70,1 années vécues en pleine santé.

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.

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 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). 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.

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 adopté 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.

Deuxième atout : la France possède des **dispositifs et programmes probants ou prometteurs**.

Troisième atout : l'**expertise scientifique et statistique** existe. La difficulté est son articulation avec la décision et son transfert vers les territoires.

Quatrième atout : la **conscience politique et citoyenne progresse**.

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.

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.

D. De l'état des lieux aux propositions : les critères d'une réforme crédible

Une proposition en matière de prévention primordiale devrait satisfaire plusieurs exigences, dont :

- la **lisibilité**, qui suppose de permettre aux citoyens, aux acteurs, ainsi qu'aux professionnels de santé de comprendre ce qui leur est proposé, par qui, dans quel cadre et avec quel bénéfice attendu ;
- la **territorialisation**, qui suppose de reconnaître les acteurs locaux, et de s'appuyer sur les Contrats Locaux de Santé et des données partagées.

Dans cette première partie du rapport, nous avons établi 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

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. 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.

I. La santé des population (Population Health)

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 santé individuelles de chacun des individus.

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

La performance d'un système se mesure 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.

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. 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. 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.

Les déterminants de santé : une approche multidimensionnelle

Cinq 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 modèles 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.

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. 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.

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.

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.

II. Les principes d'action

A. La littératie en santé : un levier stratégique pour des systèmes de santé plus équitables et performants

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la littératie en santé 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. 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.

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.

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.

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 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. 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.

Cette définition met en évidence plusieurs caractéristiques fondamentales :

- la santé devient une responsabilité partagée entre l'ensemble des secteurs gouvernementaux. et non comme la seule responsabilité du ministère de la Santé.
- Ce concept privilégie une logique de co-bénéfices. Les politiques publiques sont conçues de manière à produire simultanément des bénéfices dans plusieurs domaines. L'objectif n'est donc pas d'ajouter une contrainte sanitaire aux autres politiques publiques, mais de rechercher des solutions profitables à plusieurs secteurs.

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

L'universalisme proportionné repose sur un constat majeur issu de l'épidémiologie sociale : **il existe un gradient social de santé !**

Cette formulation souligne deux caractéristiques indissociables :

- Les politiques sont **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.

D. Les sciences de l'implémentation en santé : concepts, cadres théoriques et enjeux pour les politiques de santé

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*.

Les sciences de l'implémentation sont l'étude des processus permettant de réduire cet écart. 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.

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.

Troisième partie

Organiser et structurer un système de prévention primordiale

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. Trop de plans non hiérarchisés, de financements précaires, de responsabilités partagées sans pilote, et d'expérimentations sans industrialisation produisent une action insuffisamment organisée. **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 : IA, reporte les charges sur le soin, accroît les inégalités sociales et territoriales de santé et enferme des initiatives utiles dans l'expérimentation permanente.

A. La santé des populations se dégrade

À défaut d'action, la santé des populations continuera de se dégrader au cours des prochaines décennies. L'Assurance maladie estime ainsi que la prévalence des maladies chroniques poursuivra une forte progression à l'horizon 2030 et 2035 (+ 7 points).

Figure 34 : Prévalence des maladies chroniques d'après la cartographie des dépenses et des pathologies à l'horizon 2030 et 2035, en pourcentage

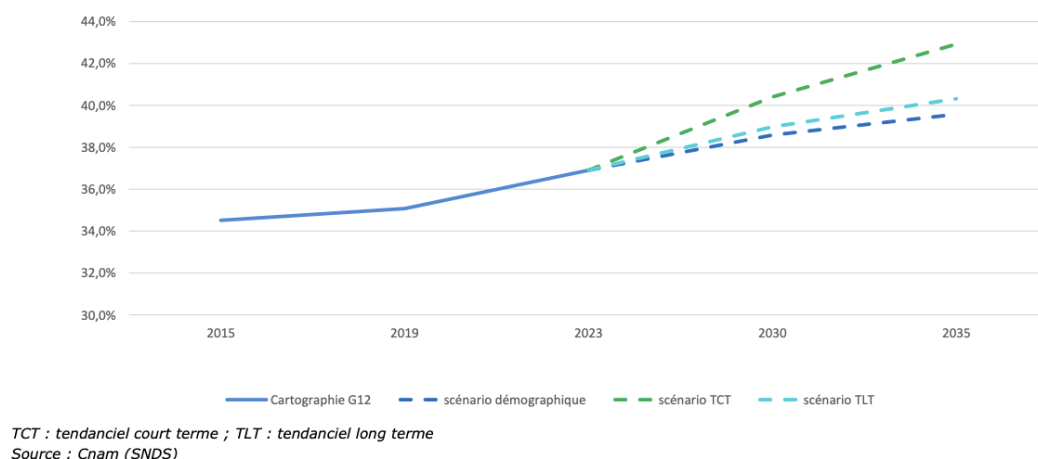


Figure 3, Assurance maladie, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*, juillet 2025, p. 85

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.

B. Le déficit de l'Assurance maladie se poursuit

La 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, 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. C'est l'équilibre et la survie de notre modèle de protection sociale qui est en jeu dans les années à venir.

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.

C. 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.

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 la l'utilisation de nos données par des acteurs étrangers et l'adoption de leurs outils numériques.

II. Adopter une nouvelle doctrine en faveur d'une santé globale

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.

Parce que l'état de santé dépend d'abord des conditions de vie, des comportements et des déterminants sociaux, environnementaux et commerciaux, **la prévention primordiale doit devenir une politique publique de plein exercice**, fondée sur une approche populationnelle mais aussi individuelle. 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.

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** ; **rendre 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.

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.

A. 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 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 - 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.

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'État, 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 – 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), 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.

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.

	Objet	Responsables	Livrable
	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.
	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.

	Transformer les priorités en objectifs mesurables, actions financées, calendrier et indicateurs.	Signataires financiers et opérateurs.	Annexe financière et évaluative pluriannuelle.
	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.
	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.

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.

Il doit bénéficier à tous, et plus particulièrement aux enfants et jeunes ne bénéficiant pas d'un suivi médical régulier. Les enfants suivis 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 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 et universités promotrices de santé sont une référence utile et doivent se développer sur tous les territoires. Elles doivent permettre d'amplifier les actions en faveur d'environnements favorables à la santé, de la littératie et du développement des compétences psychosociales, ainsi que de renforcer les programmes de prévention, notamment en matière de vaccination, de dépistages, de nutrition d'activité physique et d'éducation à la santé.

- **Un système d'information unique, partagé et articulé avec Mon Espace Santé pour assurer ce continuum**

Il convient 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)**

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**

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. 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, afin de renforcer l'attractivité des professionnels de santé exerçant en PMI et dans les services de santé scolaire et universitaire.

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, ressources mobilisables, 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**

Cette contractualisation 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**.

Passer d'une prévention du risque professionnel à une prévention globale de la santé des actifs

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. 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.

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 professionnelles 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 par la stratégie nationale de santé.

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, **dans un cadre public, mesurable, éthique et évalué.**

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.

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, auditable, 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.

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 la compétence des organismes complémentaires en matière de prévention

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

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 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.

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.

RESPONSABILITÉ TERRITORIALE ET POPULATIONNELLE : DU BESOIN DE SANTÉ AU PROGRAMME D'ACTION

Le Contrat local de santé comme cadre d'adossement, de coordination et de redevabilité territoriale

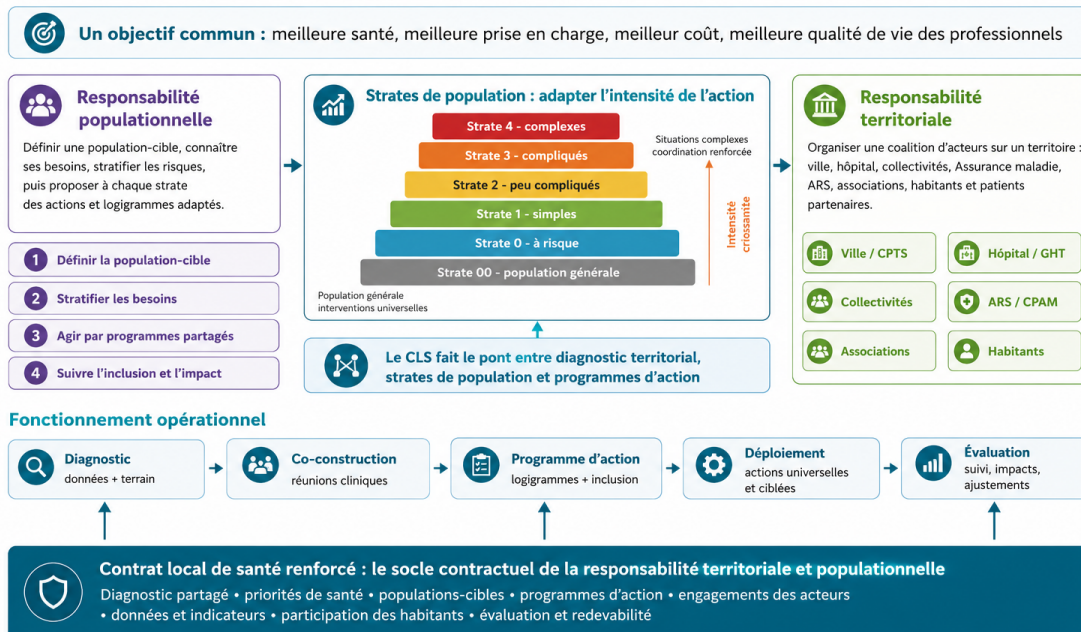


Figure 4 - Schéma du fonctionnement de la responsabilité territoriale et populationnelle

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.

Encadré - 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.

- Les professionnels libéraux

Les professionnels libéraux sont des acteurs de prévention. Il conviendrait d'adapter les modalités de financement de leurs actions. 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.

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.

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 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. »

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.

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.

B. 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.

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.

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.

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 connaissances 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.

Renforcer la littératie en santé 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. Cela implique 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.

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, 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.

La mise en œuvre devrait s'appuyer sur les opérateurs et cursus existants, sans créer de dispositif lourd.

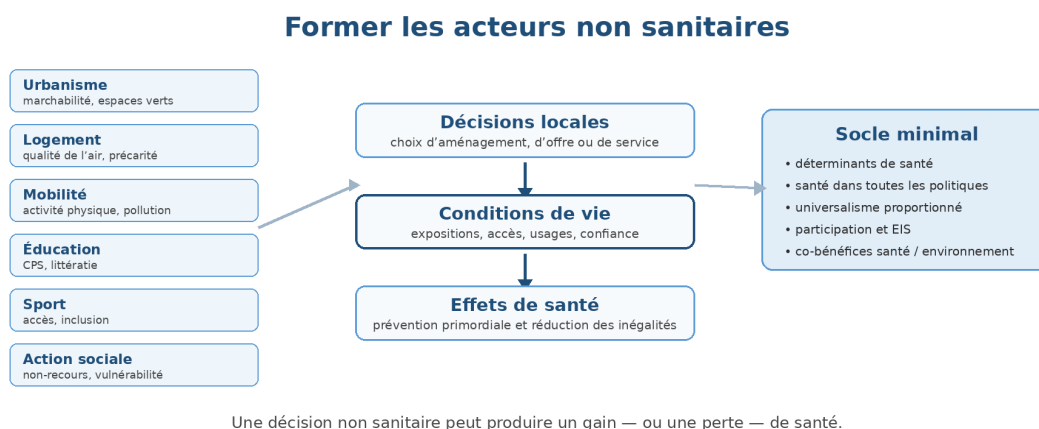


Figure 5 - La formation des acteurs non sanitaires à la prévention primordiale

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.

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.**

Encadré - 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.

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.

En effet, la prévention repose sur une diversité de fonctions (repérage, médiation, aller-vers, orientation, littératie, coordination, animation territoriale, exploitation des données, évaluation), 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.

Encadré - 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.

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. 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 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 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 - 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 est 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. 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.
- **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** présentant des troubles sévères.
- Les troubles de mal-être psychique sont responsables de **35 à 45 % de l'absentéisme au travail.**
- Les jeunes y sont particulièrement vulnérables : **38 % des 18-24 ans** déclarent ne pas prendre suffisamment soin de leur santé mentale.

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.

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** 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.

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 post-nataux précoces, 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.

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.

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.

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 maîtrisant 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

2. Fresque par âge du vieillir en santé

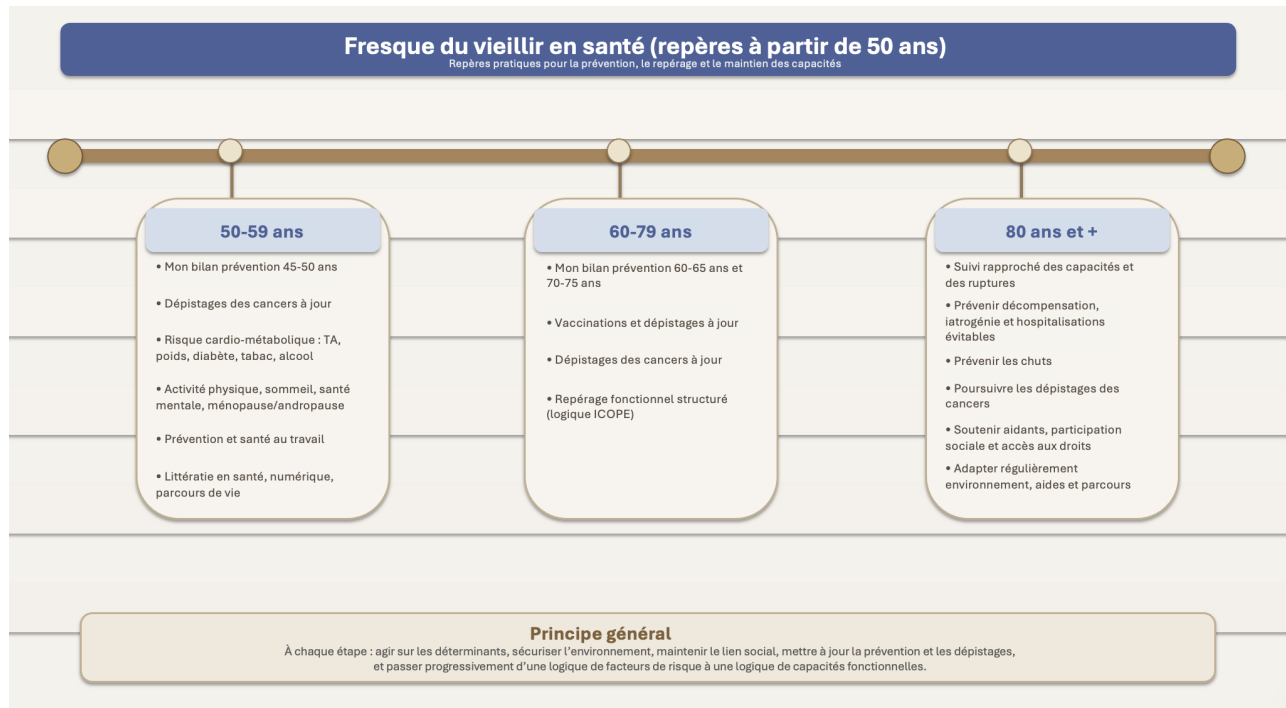


Figure 6 - Repères de prévention, de repérage et de maintien des capacités à partir de 50 ans.

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.

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.

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 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.

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 presbycousie, 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.

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.

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.

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. 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'action 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**, 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 dont le retour sur investissement est favorable, avec un seuil allant jusqu'à 20 000 dollars par DALY évité, et ont identifié 25 interventions susceptibles de produire un effet mesurable dans un délai inférieur ou égal à cinq ans.

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 buys » 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
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 – 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. Certains pratiquent le « binge 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.

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 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 et des sucres dissimulés par les industriels dans notre alimentation s'est traduite 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, d'autre part, dans de nombreux cas, de faire évoluer les 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 proposé de **rendre obligatoire l'affichage du Nutri-Score sur les emballages alimentaires et dans les publicités commerciales.**

Cette obligation 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. 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 crèches, 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.

C. 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 — 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.

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 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, Santé publique France : L'ensemble des données de la recherche, cohortes, expérimentations.

- Les caisses nationales de sécurité sociale : La Fédération nationale des observatoires régionaux de santé : Collectivités : remontée des données territoriales (PMI, médecine scolaire, médecine du travail, mobilité, logement...).
- Plateforme des données de santé : CNIL : HAS, IGAS, HCSP, recherche et universités : Associations et représentants d'utilisateurs :

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.
- Le deuxième concerne les **indicateurs de comportements**, qui permettent de mesurer l'évolution des habitudes de vie de la population :
- 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.

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'utilisateurs.
- 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 - 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.

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.**

Encadré - 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.

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. 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

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)**. Elle recommande également de **réactiver les commissions de coordination des politiques publiques**, afin d'en faire les instances régionales de dialogue interministériel et territorial, chargées d'accompagner ces évaluations et de favoriser l'intégration de la santé dans l'ensemble des politiques publiques.

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.

- **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 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. 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.

D. 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.

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 Stratégie 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 Conférence 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

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.

E. 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.

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.

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°5 - 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

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.

- **Donner aux contrats locaux de santé les moyens d'agir**

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 servir des appels à manifestation d'intérêt (AMI) pour les territoires représentés par des CLS**

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**

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 innovants pour financer la prévention primordiale

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.

F. Une prévention personnalisée rendue possible grâce à l'intelligence artificielle

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

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 — 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.

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.

Rédigé par :



Cyrille ISAAC-SIBILLE
Député du Rhône
Conseiller de la Métropole de Lyon

Accompagné par :



Franck CHAUVIN
Professeur de Santé publique
Pilote du groupe d'experts



Malik LAHOUCINE
Secrétariat général des ministères
chargés des affaires sociales

Equipe du député Cyrille Isaac-Sibille



Karin KAMALANAVIN
Collaboratrice parlementaire
Chargée du suivi de la mission



Jacqueline LEBRUN
Collaboratrice parlementaire



Bastien MATIAS
Collaborateur parlementaire



Sonya Richard
Collaboratrice parlementaire
Chargée du suivi territorial