

MISSION GOUVERNEMENTALE

CONSTRUIRE UN SYSTÈME DE PRÉVENTION PRIMORDIALE

Replacer la santé sous de bonnes influences

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

Cyrille Isaac-Sibille, député du Rhône

Rapport remis au Premier ministre

Sébastien Lecornu

le 13 juillet 2026

Avant-propos

Par lettre du 13 janvier 2026, le Premier ministre Sébastien Lecornu m'a confié la mission de dresser un état des lieux transversal permettant d'analyser le pilotage, le

déploiement et les résultats des politiques de prévention primordiale, et de formuler des propositions opérationnelles et évaluables dans le temps.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ce QR code pour consulter l'abrégé du rapport



Sommaire

Introduction

I. Paradoxe français : une excellence tournée vers le soin, mais une santé globale

qui se dégrade du fait d'une prévention négligée

II. Historique : la prévention en santé, une ambition ancienne à réaffirmer 11 A) La prévention primordiale depuis l'Antiquité 11 B) Pourquoi la prévention primordiale est-elle si importante ? 12 C) Lentement, depuis 50 ans, notre système de santé s'égare 13 **III. Définitions 15**

Première partie - État des lieux

I. Peu de traduction en politique publique d'une ambition de prévention primordiale

20

désormais revendiquée par tous

A) Une notion inscrite dans la loi 21 B) Une priorité constamment affirmée mais sans stratégie opérationnelle durable 22 II. Pour quels résultats ? 23 A) Une dégradation de l'état de santé de la population 23 B) De fortes inégalités liées aux déterminants de santé 25 1. Les déterminants sociaux et territoriaux 26 2. Les déterminants environnementaux et l'exposome 28 3. Les déterminants commerciaux et industriels et les risques de dérives de la prévention

32

: culpabilisation, marchandisation et inégalités

C) Une politique inachevée visant à la réduction des facteurs de risque 33 1. Le tabac 34 2. L'alcool 34 3. L'alimentation 35 4. La sédentarité 36 5. Les addictions aux produits illicites 38 6. La santé mentale face aux risques émergents 39

III. Comment expliquer la faible efficacité des politiques de prévention ? 41 A) Absence de coordination nationale en faveur de la prévention primordiale 41 1. Un portage politique et administratif faible, cloisonné et peu démocratique 42 a) Une Direction générale de la santé affaiblie 44 b) Une déclinaison territoriale qui se fait aussi de manière cloisonnée 45 2. Une recherche et une expertise inexploitées 47 a) La nécessité d'une recherche centrée sur l'impact 48 b) Une dynamique encore incomplète en France 48 c) Des causes structurelles du retard en France 49 d) Un changement récent des politiques de recherche en prévention 49 e) Recherche, science et expertise en France : un paysage complexe et morcelé 50 (1) Les organismes de recherche 51 (2) Une capacité d'expertise à davantage structurer 51 (3) La césure entre la décision politique et la science 53 3. Des données riches issues d'organismes nombreux... qui ne se parlent pas... qui ne

54

produisent pas de tableaux de bord

a) Une capacité limitée à apporter une aide au pilotage 55 b) Des données qui documentent davantage le soin que les déterminants de santé 55

5

c) ORS, SCORE-Santé et diagnostics territoriaux : des atouts 59 d) Des données encore insuffisamment accessibles et exploitables 59 **B) Une prévention qui peine à se systématiser 60** 1. Des expérimentations intéressantes mais pas de passages à l'échelle 60 a) Une France riche en initiatives, mais pauvre en capacités de généralisation 61 b) Les haltes soins addictions : un cas d'école du passage à l'échelle empêché 62 c) L'article 51 : un levier utile pour la prévention primordiale 62 2. Une évaluation encore trop faible des politiques mises en œuvre 63 a) L'évaluation, condition de la crédibilité des politiques de prévention 63 b) Construire une culture de l'évaluation adaptée aux acteurs de terrain 65 c) Évaluer l'efficacité sans réduire la prévention à un calcul budgétaire 66 d) Vers une intégration systématique des évaluations d'impacts sur la santé 67 **C) Des médecines de prévention « oubliées » 68** 1. Pour l'enfance et la jeunesse, une PMI et une médecine scolaire et étudiante « en

68

souffrance »

a) Les services de PMI, un pilier de la prévention sous tension 69 b) La médecine scolaire isolée 70 c) La santé étudiante à renforcer 72 d) La protection de l'enfance, un angle mort de la prévention primordiale 74

2. Pour les actifs, une médecine du travail et des organismes complémentaires 76 a) La

médecine du travail 76	
b) Les organismes complémentaires et prévoyance : un laboratoire d'actions de prévention	78
D) Une organisation territoriale riche d'acteurs et d'initiatives mais structurellement fragmentée	81
1. Au niveau des associations 81 2. Au niveau des territoires 83 a) Les collectivités territoriales, des acteurs de la prévention en santé 83 b) Une coordination insuffisante des dispositifs 86	
(1) Le contrat local de santé et le contrat local de santé mentale : des outils utiles pour la prévention	87
(2) L'articulation nécessaire avec les CPTS 88 (3) L'articulation nécessaire avec les GHT 89 (4) Les nouvelles structures intervenant sur des champs communs 89 3. En matière de soins	90
4. Le vieillissement : un enjeu massif de prévention primordiale et de prévention de la perte d'autonomie	92
a) Le vieillissement est un champ de prévention primordiale 92 b) Une prévention du vieillissement nécessairement territorialisée 94 c) Les limites actuelles 95	
5. Le handicap : un révélateur de la nécessité d'une prévention primordiale réellement inclusive	97
6. Des publics oubliés : Les établissements pénitentiaires 98 7. Les citoyens et la démocratie sanitaire 102 E) Un modèle de financement inadapté 106 1. Une architecture financière de la prévention primordiale complexe 107 2. La prévention en santé : un enjeu de soutenabilité de la dépense de santé 109 3. Un modèle économique qui reste à définir 110 4. Structurer un marché sans marchandiser la prévention 111	
F) Restons optimiste : l'exemple d'un modèle qui fonctionne : l'enseignement et les métiers agricoles	113
1. L'enseignement et les métiers agricoles 113 2. La politique de vaccination 115	
IV. L'émergence d'une prévention personnalisée soutenue par l'intelligence artificielle	117
	6
V. Comparaison internationale - Quelques notions pour espérer 119 A) La France : des résultats moyens, mais des marges de progression importantes 119 B) La dépense de santé et l'offre de soins n'expliquent pas tout 120 C) Quelques configurations nationales éclairantes 123	
1. Allemagne : haut niveau de dépense, gouvernance fédérale et incitations par les caisses	123
2. Pays nordiques : prévention dans les milieux de vie et apprentissages précoces	123
3. Lignes de force des modèles étrangers territoriaux 124 D) Repérer le risque plutôt que dépister indistinctement 125 E) L'enseignement transversal : réduire les inégalités par l'universalisme proportionné 126 F) Aucun modèle importable, mais des constantes utiles 126	
VI. Que retenir de cet état des lieux ? 129 A) Une nécessaire prise de conscience institutionnelle 129	
B) Notre pays possède tous les atouts pour construire une politique de prévention primordiale	129
C) Les limites qui appellent des propositions structurelles 130 D) Le diagnostic d'ensemble 131 E) De l'état des lieux aux propositions : les critères d'une réforme crédible 132	

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

I. La santé des population (Population Health) 135 A) Emergence et définition du concept 135 B) Santé publique, santé des populations et gestion de la santé des populations 137 C) Une rupture avec le modèle biomédical classique 137 D) Les déterminants de santé : une approche multidimensionnelle 138 E) L'amélioration de la santé des populations 139 F) Les principes structurants de la santé des populations 139

1. Orientation avec les résultats de santé 139
2. Réduction des inégalités 140
3. Approche intersectorielle 140
4. Approche du parcours de vie 141
5. Responsabilité collective plutôt que contrainte individuelle 141

G) Implications pour le système de santé 141 H) Le cadre du King's Fund : une vision systémique 142 I) Gouvernance et responsabilité populationnelle 142 J) Limites et défis de mise en œuvre 143

K) Deux exemples de plans nationaux mettant en œuvre le concept de santé des

143

populations

1. La prévention et l'amélioration de la santé de la population dans le Plan Santé du

144

Québec (2022)

- a) Une reconnaissance explicite de la prévention comme fonction stratégique 145
- b) Le réinvestissement dans la santé publique 145
- c) La promotion des saines habitudes de vie 145
- d) La prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées 146
- e) Une priorité accordée à la santé mentale 146
- f) L'intervention précoce auprès des enfants et des jeunes 147
- g) Une approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé 147
- h) Les organismes communautaires comme acteurs de la prévention 147
- i) Le développement des données populationnelles 148
- j) Enseignements de l'exemple québécois 148

7

2. The National Preventive health Strategy : dessiner la santé de l'Australie 149
- a) Une vision globale de la santé... 150
- b) ... Permettant de fixer des objectifs populationnels ambitieux 151

- c) Une politique reposant sur des principes structurants et un cadre d'action fondé

152

sur les déterminants de la santé

- d) Une politique reposant un cadre d'action et des leviers 153
- e) Une politique identifiant des modes d'action 154
- f) ... et des champs d'action prioritaires et des cibles chiffrées 154
- g) Un plan intersectoriel en lien avec les autres plans 156
- h) Les enseignements de la stratégie australienne pour la prévention 157

L) Conclusion 158 II. Les principes d'actions 159

A) La littératie en santé : un levier stratégique pour des systèmes de santé plus

159

équitable et performants

1. La littératie en santé : un enjeu majeur de santé publique 159
2. Une responsabilité partagée entre individus et organisations 160
3. Les bénéfices attendus des politiques de littératie en santé 160
4. Les expériences internationales 161
5. Conclusions 162

B) Health in All Policies : un cadre de gouvernance pour intégrer la santé dans

163

l'ensemble des politiques publiques

1. Le Health in All Policies : un cadre de gouvernance intersectoriel 164
2. Définitions et principes 167
3. Une approche fondée sur les déterminants de santé 168
4. Les instruments de mise en œuvre 168
5. Les bénéfices attendus 169
6. Une mise en œuvre complexe 169
7. Conclusion 170

C) L'universalisme proportionné : un principe d'action pour réduire les inégalités sociales de santé	170
1. Une réponse au gradient social de santé	171
2. Définitions et fondements conceptuels	172
3. Les fondements théoriques	172
4. Les limites des approches traditionnelles	173
5. Une mise en œuvre fondée sur l'équité	173
6. Les enjeux pour les politiques publiques	174
7. Limites et perspectives	174
8. Conclusion	175
D) Les sciences de l'implémentation en santé : concepts, cadres théoriques et enjeux pour les politiques de santé	175
1. Définition et champ disciplinaire	176
2. Les fondements des sciences de l'implémentation	176
3. Les principaux concepts	177
4. Les principaux cadres théoriques	177
5. Les stratégies de l'implémentation	178
6. Les méthodes de recherche	179
7. Les sciences de l'implémentation au service de la santé des populations	179
8. Développements récents	180
9. Conclusion	180

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

8

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

Introduction

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

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

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

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

chroniques.

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

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

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

10

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

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

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

A. La prévention primordiale depuis l'Antiquité

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

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

Au XVIII^e siècle, Jenner ouvre une étape décisive avec la vaccination contre la variole : la prévention ne transforme plus seulement les milieux, elle renforce aussi la résistance

biologique des individus. Le XIX^e siècle marque un tournant avec l'hygiénisme, la loi britannique de santé publique de 1848, les travaux de Jon Snow sur le choléra, puis Pasteur et Lister, qui fondent les stratégies modernes de prévention infectieuse.

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

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

11

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

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

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

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

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

le soin est erronée.

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

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

12

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

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

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

- **D'une part, un système de protection sociale assurantielle destiné à protéger les Français contre les grands risques de l'existence : la maladie, le chômage, la vieillesse et les accidents de la vie.**
- **D'autre part, une réorganisation des « médecines de prévention » autour des âges et des lieux de vie : protection maternelle et infantile, santé scolaire et médecine du travail.** Ce triptyque formait une architecture préventive de proximité : suivre les femmes enceintes, les nourrissons, les enfants et les familles, protéger les travailleurs dans leur milieu professionnel.

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

consacre plus de 330 milliards d'euros chaque année aux dépenses de santé.

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

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

13

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

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

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

Elles révèlent cependant les limites d'un modèle qui intervient principalement une fois la maladie installée.

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

va de même pour notre système de santé : les soins sont indispensables lorsqu'une maladie survient, mais c'est avant tout la prévention qui permet de préserver durablement la santé.

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

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

14

Portée par une prise de conscience collective, par une politique construite et courageuse depuis le début des années 2000 sous l'impulsion du Président de la République, la France a su réduire en quelques années un nombre de décès inacceptables (-43% de décès en 5 ans), par des mesures graduées entraînant une modification de « l'environnement » routier, des caractéristiques des véhicules et des comportements des conducteurs.

Nous pouvons et nous devons faire de même pour notre santé pour réduire ces morts évitables dont le nombre est autrement plus important !

III. Définitions

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

La prévention primordiale désigne l'action située le plus en amont : non seulement empêcher l'apparition des maladies en réduisant les facteurs de risque, **mais prévenir l'émergence même de ces facteurs de risque en transformant les environnements** physiques, sociaux, économiques et institutionnels. Elle concerne ainsi l'urbanisme, le logement, les transports, l'alimentation, l'école, le travail, les politiques sociales, l'environnement et la régulation économique. Cette approche est essentielle pour éviter

que la prévention ne soit réduite à une injonction individuelle (manger mieux, bouger davantage, dormir mieux ou consommer moins) alors même que ces comportements sont fortement conditionnés par les milieux de vie et les contraintes sociales.

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

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

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

15

Plusieurs notions sont également à distinguer.

- Déterminants et facteurs de risque

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

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

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

- Littératie en santé et compétences psychosociales

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

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

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

16

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

- Promotion de la santé et éducation à la santé

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

La promotion de la santé vise à « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer »[#].

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

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

L'éducation à la santé comprend tous les moyens pédagogiques susceptibles de

faciliter l'accès des individus, groupes, collectivités aux connaissances utiles pour leur santé et de permettre l'acquisition de savoir-faire permettant de la conserver et de la développer.

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

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

17

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

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

18
19

Première partie - État des lieux

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

améliorer la santé des populations.

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

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

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

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

II. Pour quels résultats ?

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

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

V. Comparaison internationale - Quelques notions pour espérer

VI. Que retenir de cet état des lieux ?

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

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

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

A. Une notion inscrite dans la loi

La **politique de santé** « relève de la responsabilité de l'État. Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins² ».

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

² Article L. 1411-1 du code de la santé publique.

³ Article L.1417-1 du code de la santé publique.

B. Une priorité constamment affirmée mais sans stratégie opérationnelle durable

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

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

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

Pourtant, cette ambition demeure déclarative.

La Cour des comptes souligne depuis plusieurs années dans ses travaux sur la prévention la dispersion des acteurs, le cloisonnement et l'absence d'un pilotage d'ensemble⁴. L'IGAS indiquait, dans son rapport de 2011 sur les inégalités sociales de santé, qu'« *en France, les inégalités sociales de santé ne constituent pas un objet de politique publique à part entière*⁵ ».

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

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

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

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

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

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

La prévention est partout dans les prises de parole publique, mais rarement située au bon niveau de responsabilité, d'évaluation et de redevabilité. Elle est évoquée

comme une priorité transversale mais financée comme une activité marginale, attendue comme levier de soutenabilité mais évaluée comme une action ponctuelle, revendiquée comme enjeu interministériel mais souvent pilotée dans les limites du seul champ sanitaire.

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

II. Pour quels résultats ?

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

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

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

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

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

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

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

femmes (63 ans et 4 mois en moyenne UE) et 63 ans et 6 mois pour les hommes (62 ans et 9 mois en moyenne UE)⁹.

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

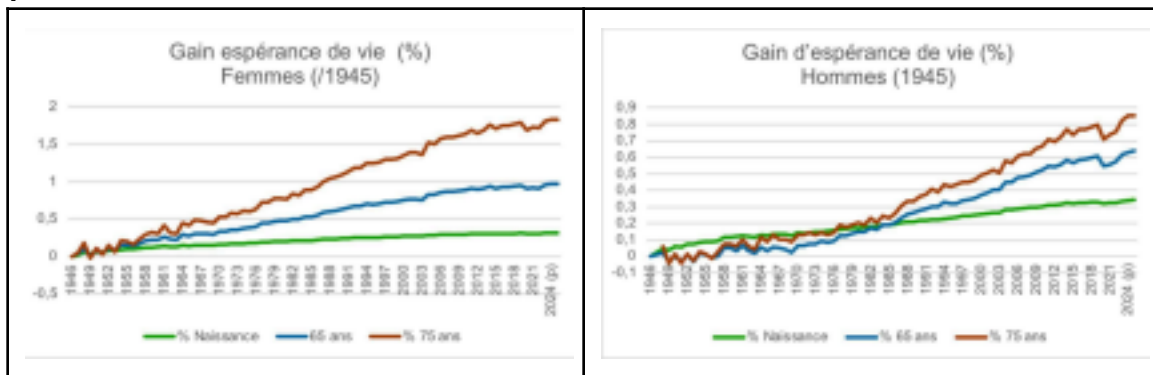


Figure 1 - Gain d'espérance de vie en fonction de l'âge.

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

La situation des jeunes illustre particulièrement cette évolution.

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

- En matière de mortalité infantile, la France connaît une dégradation de ses résultats, passant des premières places dans les années 1990 à la 25ème place sur 38, en 2024, des pays de l'OCDE.
- Les médecins constatent l'émergence de cancers, notamment digestifs, survenant

chez des personnes de plus en plus jeunes.

- La santé mentale de notre population se dégrade également (13% des enfants âgés de 6 à 11 ans présentent au moins un trouble probable de santé mentale ; les hospitalisations pour gestes suicidaires et les tentatives de suicide progressent, en particulier chez les jeunes femmes.

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



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

B. De fortes inégalités liées aux déterminants de santé

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

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

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

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

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

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

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



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

Les données disponibles montrent que les inégalités sociales de santé ne constituent pas un phénomène marginal, mais un trait structurant de l'état de santé en France. Sur la période 2020-2024, l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les 5 % les plus modestes et les 5 % les plus aisés atteint 13 ans chez les hommes et 9 ans chez les femmes ; à 50 ans, le risque de décès dans l'année est sept fois plus élevé chez les hommes les plus modestes que chez les plus aisés¹¹.

Les écarts sont également marqués selon la position sociale et le niveau de diplôme : dans les conditions de mortalité 2020-2022, les hommes cadres de 35 ans vivent en moyenne 5,3 ans de plus que les ouvriers, et l'écart d'espérance de vie entre hommes diplômés du supérieur et hommes sans diplôme atteint 8 ans¹².

¹¹INSEE, Nathalie Blanpain, *De 2012-2016 à 2020-2024, l'écart d'espérance de vie entre les personnes modestes et aisées s'est accru*, Insee Première n° 2085, décembre 2025.

¹²INSEE, Les espérances de vie par diplôme et milieu social, juillet 2024 ; renvoi à Les écarts d'espérance de vie entre cadres et ouvriers : 5 ans chez les hommes, 3 ans chez les femmes, Insee Première n° 2005, juillet 2024.

CHIFFRES CLES

inégalités sociales de santé en France

Les inégalités de santé ne sont pas marginales : elles structurent l'état de santé de la santé



Lecture

Une politique de prévention efficace en moyenne peut rester inéquitable si elle ne réduit pas ces écarts entre groupe sociaux, niveaux de diplômes, situation d'emploi et territoires.

La relation fonctionne toutefois dans les deux sens. Les inégalités sociales produisent des inégalités de santé, mais la maladie, le handicap ou les limitations fonctionnelles peuvent aussi fragiliser les trajectoires sociales. En 2022, seules 38 % des personnes reconnues handicapées étaient en emploi, contre 68 % dans l'ensemble de la population ; leur taux de chômage atteignait 12 %, contre un peu plus de 7 % pour l'ensemble de la population. La santé constitue ainsi à la fois une conséquence des inégalités sociales et un facteur possible de déclassement, de désinsertion professionnelle ou de précarisation¹³.

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

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

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

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

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

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

La santé environnementale appelle également des arbitrages politiques difficiles.

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



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

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

- La pollution de l'air extérieur engendre environ 40 000 décès prématurés en France et son coût est évalué à 72 à 101 milliards d'euros par an (environ 4 % du PIB) ; ce coût inclut 48 milliards € imputables aux décès prématurés, plus de 3 milliards d'euros en hospitalisations et plus de 165 millions d'euros de pertes de productivité¹⁴.
- La pollution de l'air intérieur représente près de 20 000 décès annuels et 19 milliards d'euros de pertes socio-économiques¹⁵. Les particules fines (PM2,5) concentrent 73 % de ces coûts et provoquent 16 236 décès, essentiellement cardiovasculaires et par cancer du poumon.

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

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

- Selon France Stratégie, l'intégration des bénéfices sanitaires dans l'évaluation des projets publics – notamment la réduction de la pollution de l'air liée à la rénovation énergétique – repose sur une valeur de 115 000 € par année de vie gagnée. À l'échelle nationale, ces co-bénéfices représentent plusieurs milliards d'euros et peuvent transformer la rentabilité socio-économique des investissements de rénovation thermique¹⁶.

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

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

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

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

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

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

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

Les comportements de santé sont fortement structurés par les environnements commerciaux : prix, promotions, disponibilité des produits, marketing, publicité, réseaux sociaux, influenceurs et algorithmes. Dans cette perspective, la prévention ne peut pas reposer uniquement sur l'information ou l'éducation à la santé. Elle suppose aussi d'agir sur l'offre, la fiscalité, l'encadrement du marketing et les stratégies promotionnelles des industries dont les produits exposent à des risques sanitaires.

Cet angle est essentiel pour réduire les inégalités sociales de santé : les publics les plus exposés aux produits nocifs sont aussi ceux pour lesquels le « libre arbitre » est le plus contraint par le prix, l'environnement, la disponibilité et les stratégies commerciales.

Les travaux de Daniel Benamouzig et Joan Cortinas Muñoz décrivent les stratégies d'influence des industries agroalimentaires et alcoolières : production ou sélection de connaissances, fabrique du doute, recadrage culturel, relations avec les décideurs, alliances territoriales, substitution à l'action publique, philanthropie opportuniste, patrimonialisation et discrédit des opposants. **Ces stratégies produisent un déséquilibre systémique entre acteurs économiques et acteurs de santé publique¹⁷.**

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



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

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

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

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

Les principaux facteurs de risque évitables sont largement documentés. Le tabac demeure la première cause de mortalité évitable. L'alcool occupe une place majeure dans la mortalité prématurée : cancers, maladies cardiovasculaires, violences et

accidents. L'alimentation, la sédentarité, l'obésité contribuent à la progression des maladies métaboliques, cardiovasculaires et de certains cancers. Le tabac, l'alcool et

33

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

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

1. Le tabac

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

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

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

Les résultats sont bons avec une baisse des consommateurs quotidiens : 28% en 2014, 18% en 2024, soit une diminution de 4 millions de personnes, baisse encore plus marquée chez les jeunes¹⁸.

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

2. L'alcool

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

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

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

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

34

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

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

3. L'alimentation

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

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

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

- L'obésité touche 18,1 % des adultes (plus de 9,5 millions de personnes) et entraîne plus de 7 millions de cas de maladies et 68 000 décès en 2024. Son coût socio-économique est estimé à 12,7 milliards € en 2024 et pourrait atteindre 15,4 milliards € en 2030 si aucune action n'est entreprise¹⁹.

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

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

construisent dès la diversification.

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

35

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

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

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

4. La sédentarité

L'activité physique et la sédentarité constituent un cas emblématique tant chez les adultes que chez les jeunes : 95 % des adultes présentent une fragilité sanitaire liée à un manque d'activité physique ou à un temps de sédentarité excessif, avec un coût social estimé à 140 milliards d'euros par an ; 30 % des hommes et 40 % des femmes sont en dessous des niveaux recommandés d'activité physique. Chez les jeunes, seuls 33 % des filles et 51 % des garçons, âgés de 6 à 17 ans, atteignent les recommandations d'activité physique²⁰.

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

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

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

La France a lancé en 2018 le **Plan Vélo et mobilités actives**, une politique initialement conçue pour répondre à des enjeux de mobilité et de transition écologique. Bien qu'il ne relève pas d'une politique de santé, ce plan produit des effets bénéfiques importants

sur la santé en favorisant l'activité physique du quotidien. La pratique régulière du vélo

²⁰ Santé Publique France, Baromètre santé 2021.

36

contribue à réduire le risque de maladies chroniques, notamment cardiovasculaires et métaboliques, tout en améliorant la santé mentale et le bien-être²¹.

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

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

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

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

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

37



5. Les addictions aux produits illicites

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

population générale et limiter leurs conséquences, pour les individus comme pour la société.

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

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

6. La santé mentale face aux risques émergents

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

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

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

pris en compte dans les politiques publiques.

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

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

Le lien entre l'exposition aux écrans et la dégradation du sommeil est aujourd'hui bien documenté. L'utilisation d'un écran pendant une heure précédant l'endormissement augmente de 59 % le risque d'insomnie et réduit la durée de sommeil²². Or, le manque

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

39

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

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

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

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

La prévention primordiale relève par nature d'une vision globale. La lettre de mission me

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

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

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

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

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

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

Le système français est moins caractérisé par une absence d'actions que par leur dispersion. La Cour des comptes, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont tous documenté la difficulté à consolider les financements, à hiérarchiser les priorités et à évaluer les effets. Les politiques publiques restent structurées en silos,

malgré la multiplication des cadres stratégiques et les instructions interministérielles, une fois publiées, sont souvent déclinées par chaque ministère selon sa propre feuille de route, sans articulation suffisante.

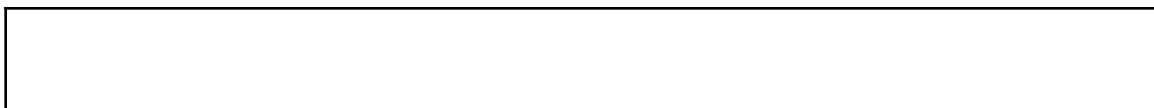
1. Un portage politique et administratif faible, cloisonné et peu démocratique

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Cette situation est renforcée par la non-publication de la nouvelle Stratégie nationale de santé. Le projet de stratégie nationale de santé 2023-2033, qui a été analysé et évalué par le HCSP dès 2023²⁵ et ensuite soumis à la consultation publique, n'a toujours pas été adopté et publié en 2026.

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

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

a) Une Direction générale de la santé affaiblie

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

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

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

²⁵ HCSP, *Stratégie nationale de santé : contribution du Haut Conseil de la santé publique*, 2023

²⁶ Article D. 1421-1 du code de la santé publique.

Cette situation peut en partie expliquer l'absence de réunion du comité interministériel de la santé depuis 2019 et l'absence de stratégie nationale de santé, qui conduit à une

multiplication des plans et stratégies non coordonnés.

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

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

b) Une déclinaison territoriale éparpillée

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

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

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

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

éducation à la vie affective et relationnelle (EVAR) à l'école maternelle et à l'école élémentaire, éducation à la vie affective et relationnelle, et à la sexualité (EVARS) au collège, lutte contre le harcèlement scolaire, promotion de l'activité physique...

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

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

Où se situe la coordination locale ?

Malheureusement ces interventions ne se complètent pas et se superposent.

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

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

Encadré n° 5 - L'École promotrice de santé

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

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

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

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

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

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

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

2. Une recherche et une expertise inexploitée

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

sur l'impact

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

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

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

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

b) Une dynamique encore incomplète en France

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

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

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

c) Des causes structurelles du retard en France

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

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

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

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

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

d) Un changement récent des politiques de recherche en prévention

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

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

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

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

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

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

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

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

(1) Les organismes de recherche

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

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

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

(2) Une capacité d'expertise à davantage structurer

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

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

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

accessibles aux professionnels comme au grand public.

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

51

chimiques présents dans les milieux naturels, et pour contrôler ces contaminants biologiques et chimiques, notamment dans les eaux usées et les eaux naturelles, afin d'identifier les risques pour la santé humaine, animale et environnementale (surveillance populationnelle).

Cette agence souligne néanmoins que, contrairement au champ du soin, les interventions de prévention sont insuffisamment qualifiées et évaluées. Cette difficulté est régulièrement relevée au cours des auditions : les connaissances existent, mais de manière dispersée entre de multiples institutions, sans **véritable mécanisme de hiérarchisation des priorités ni de synthèse des données disponibles**.

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

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

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

Ainsi, la **France finance de nombreux projets ayant une composante préventive, mais ne dispose pas encore d'un programme national structuré, lisible et pérenne consacré à la recherche en prévention**, alors même que la prévention est désormais

affichée comme une priorité de la politique de santé. Le prochain et probable déploiement d'un **Programme national de recherche en prévention** (Agence de programme de recherche en Santé), doté d'un financement pluriannuel, articulant recherche fondamentale, recherche interventionnelle, sciences de l'implémentation,

52

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

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

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

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

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

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

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

Les exemples du Nutri-Score, des salles de consommation à moindre risque (SCMR,

devenues haltes soins addictions - HSA)²⁷, du programme PrevHPV²⁸ ou encore du

²⁷ Programme visant à améliorer la santé des usagers injecteurs de drogues en réduisant les risques associés.

²⁸ Programme visant à améliorer l'acceptabilité de la vaccination contre les Papillomavirus humain et la couverture vaccinale.

53

programme Quali-Dec²⁹ montrent que le transfert de la recherche vers l'action publique est possible, mais qu'il est loin d'être généralisé. Le passage de la preuve à la décision suppose un dialogue continu entre chercheurs, agences, décideurs nationaux, collectivités, acteurs de terrain et populations concernées, ainsi qu'une capacité à financer l'implémentation et l'évaluation dans la durée.

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

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

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

- Les acteurs environnementaux, qui produisent des données relatives à la qualité de l'air, de l'eau, des sols et aux expositions chimiques et climatiques.

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

54

a) Une capacité limitée à apporter une aide au pilotage

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

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

Encadré n° 6 - Point de vigilance

La prévention primordiale suppose de remonter vers les conditions d'apparition du risque : expositions, comportements, environnements, littératie, logement, travail, école et territoires.

Le croisement des données ne doit pas seulement améliorer l'analyse : il doit rendre visibles les publics non atteints et les territoires où les expositions évitables se cumulent.

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

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

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

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

55

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

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



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

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

C'est pourquoi **les acteurs de la prévention plaident pour le croisement des données** de santé (CPAM) avec les données sociales de la CAF, de la CNAV, de l'INSEE et de la DREES, territoriales et environnementales, notamment via le Green Data for Health, l'ANSES, les dispositifs d'observation de l'exposome, avec les entrepôts de données de santé, les données de Santé publique France, les cohortes et les registres

de morbidité. Ces derniers sont particulièrement précieux pour documenter les facteurs de risque, les trajectoires de santé et les effets de long terme, mais ils demeurent fragiles lorsqu'ils ne bénéficient pas de financements réguliers et stables.



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

56

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

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

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

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

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

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

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

57

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

- Des données environnementales utiles mais non exploitées

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

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

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

pour la santé publique et pour l'approche intégrée « Une seule santé ».

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

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

58

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

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

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

d) Des données encore insuffisamment accessibles et exploitables

La mission a constaté des délais longs liés aux procédures d'accès aux données, aux exigences réglementaires, aux conventionnements entre institutions et à l'hétérogénéité

des règles de gouvernance des cohortes, registres et entrepôts de données. Ces obstacles ralentissent la production de connaissances utiles à la prévention et limitent la capacité à croiser données de santé, données sociales, données environnementales et données territoriales.

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

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

59

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

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

B. Une prévention qui peine à se systématiser

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

La difficulté française ne réside pas tant dans sa capacité à innover que dans sa capacité à diffuser l'innovation. Les initiatives de prévention primordiale sont

nombreuses, parfois évaluées et certaines sont prometteuses. Elles demeurent pourtant largement dépendantes de leurs porteurs, de financements temporaires ou de contextes locaux favorables. Faute d'une véritable fonction nationale de sélection, d'accompagnement et de passage à l'échelle, ces expériences restent trop rarement transformées en politiques publiques de droit commun.

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

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

60

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

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



Le HCAAM, dans son rapport de 2025, indique que la transposition dans le droit commun des expérimentations probantes se heurte régulièrement à des difficultés³⁰. L'avis du HCAAM sur la prévention de l'obésité plaide déjà pour des modalités de financement *qui « ne doivent pas être expérimentales ou dérogatoires aux règles en vigueur, mais offrir aux acteurs une garantie de pérennité³¹ »*.

³⁰ HCAAM, *Les leviers d'action pour un système de santé efficient et solidaire*, juin 2025, p. 76

³¹ HCAAM, *Organisation et financement de la prévention de l'obésité*, 12 février 2019, p. 60

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

Les haltes soins addictions fournissent un exemple de cette difficulté. Le rapport IGAS-IGA souligne que malgré le fait que les lits haltes soins addictions ont pleinement réalisé leur objectifs de santé et de tranquillité publiques, seules deux HSA ont été ouvertes depuis 2016, à Paris et Strasbourg, accueillant 1 600 personnes, soit moins de 1 % des usagers problématiques de drogues estimés en France en 2023³². Le même rapport recommande d'inscrire les HSA dans le droit commun, tout en soulignant la

nécessité d'un diagnostic local, d'une implantation adaptée, d'un chaînage médico-social et d'une acceptabilité territoriale³³.

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

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

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

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

³²IGA-IGAS, Les haltes soins addictions, octobre 2024, p. 2

³³*Ibid.* p. 3-5

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

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

À retenir

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

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

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

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

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

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

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

63

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

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

La HAS insiste sur la nécessité de s'emparer de l'évaluation très en amont de la mise en œuvre : « *la production de données probantes au service du virage préventif suppose*

que le décideur public s'empare de la question de l'évaluation très en amont de la mise en œuvre de l'intervention³⁶ ». Elle rappelle cependant qu'il n'est ni nécessaire ni pertinent d'exiger le niveau maximal de preuve pour toutes les interventions ; le niveau de preuve doit dépendre de la maturité du dispositif, du risque, du coût, du contexte et de la décision à éclairer.

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



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

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

³⁴IGAS, *La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et promotion de la santé*, octobre 2024, p. 2 et p. 3

³⁵*Ibid* p. 3

³⁶HAS, *Comment renforcer l'expertise au service du virage préventif ?*, octobre 2025, p. 4

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

Cet échec du plan national n'invalide cependant pas totalement les actions engagées : il révèle les limites d'une prévention conçue dans une logique principalement sectorielle (rééducation post-chute, adaptation du logement, téléassistance), identique quel que soit le risque de chute (faible, modéré, élevé), reposant essentiellement sur les professionnels de santé, sans outil dédié, sans ligne de financement pluriannuelle, avec une faible articulation entre les acteurs du soin, du médico-social, du logement et des collectivités territoriales et sans prise en charge de services essentiels à la prévention (activité physique adaptée, ergothérapeute etc.). Or, les chutes des personnes âgées ne relèvent pas d'un risque isolé : elles mettent en jeu l'activité physique, l'équilibre, la vision, l'audition, les médicaments, la nutrition, le logement, l'environnement domestique, l'isolement, la santé mentale et l'accès aux ressources locales. Elles constituent aussi un révélateur de la capacité du système à articuler repérage, orientation, interventions territoriales, financement, données et évaluation.

Une politique efficace de prévention des chutes suppose donc une approche multifactorielle : repérage du risque, mobilisation des professionnels de proximité, activité physique adaptée, adaptation du logement, sécurisation de l'environnement, accompagnement des personnes et des aidants et suivi d'indicateurs d'impact. Elle ne peut être évaluée seulement au nombre d'ateliers organisés ou de bilans réalisés ; elle doit l'être au regard de ses effets sur les chutes graves, les hospitalisations, le maintien des capacités fonctionnelles, l'autonomie, la qualité de vie, les coûts évités et les inégalités d'accès à la prévention.

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

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

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

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

La HAS distingue à juste titre plusieurs catégories de données utiles au décideur : efficacité, données économiques, conditions de succès de la mise en œuvre et externalités³⁷. Cette grille est particulièrement adaptée à la prévention primordiale. Une intervention peut être efficace dans un essai, mais difficile à transférer ; peu coûteuse, mais peu équitable ; prometteuse localement, mais dépendante d'un porteur exceptionnel ; coûteuse à court terme, mais très utile socialement ; difficile à évaluer sur les indicateurs finaux, mais pertinente sur des indicateurs intermédiaires robustes.

L'IGAS rappelle que les politiques de prévention mobilisent insuffisamment les analyses d'efficacité³⁸. Le HCAAM recommande de fonder davantage les décisions sur l'évaluation médico-économique. Ces constats appellent à développer des outils adaptés : analyses coût-efficacité, coût-utilité, coût-bénéfice, retour sur investissement, mais aussi analyses d'équité et d'impact sur les inégalités. Les indicateurs comme les QALY ou DALY peuvent éclairer les arbitrages, sans devenir des instruments mécaniques de décision³⁹.

La méthode de Bpifrance invite à penser l'évaluation comme une preuve « actionnable » pour le décideur. Les projets de prévention financés doivent documenter non seulement l'efficacité d'une solution, mais aussi sa portée, son adoption, sa mise en œuvre, son maintien dans le temps et ses conditions de transférabilité. Cette approche rejoint les cadres de type RE-AIM⁴⁰, qui sont particulièrement adaptés à la prévention primordiale : il ne suffit pas de savoir qu'une intervention fonctionne ; il faut savoir qui elle atteint, qui

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

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

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

⁴⁰ Les cadres de type RE-AIM, développés à la fin des années 1990 par Glasgow, Vogt et Boles, invitent à évaluer une intervention non seulement à partir de son efficacité, mais aussi de sa portée, de son adoption, de sa mise en œuvre et de sa pérennité. Russell E. Glasgow, Thomas M. Vogt et Shawn M. Boles, «

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

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

Comme le suggère le HCSP⁴¹, la politique de prévention devrait intégrer plus systématiquement les évaluations d'impact sur la santé et l'équité. Ces démarches ne se substituent pas aux évaluations ex ante, in itinere ou ex post ; elles les complètent en portant l'attention sur les effets sanitaires, sociaux et distributifs de décisions publiques prises hors du champ strictement sanitaire.

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



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

Cette approche pourrait inspirer plus largement l'évaluation des politiques de prévention primordiale, en combinant des indicateurs de couverture, d'impact, d'équité et de soutenabilité

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

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

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

C.Des médecines de prévention « oubliées »

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

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

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

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

enfance, l'école et l'adolescence.

68

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

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

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

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

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

Il est intéressant de constater que, suite aux travaux d'Adrien Taquet⁴², des Maisons des 1000 premiers jours se sont récemment développées dans nos territoires parallèlement aux services de PMI.

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

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

69

Les 1 000 premiers jours donnent à voir, à petite échelle, les conditions de réussite d'une politique de prévention primordiale. La grossesse, la maternité, le retour à domicile, la PMI, les associations de soutien parental, les EAJE, les bilans de santé et l'entrée à l'école forment un continuum potentiel.

Mais ce continuum ne devient réellement protecteur que si les interfaces fonctionnent : transmission d'informations, orientation, suivi, médiation, accompagnement parental et articulation entre acteurs sanitaires, sociaux, éducatifs et territoriaux. L'enjeu est de transformer une succession de points de contact en parcours continu de prévention.

b) La médecine scolaire isolée

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

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

Encadré n° 13 – Risque de prévention inversée

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

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

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

La fragilité de la santé scolaire ne tient pas seulement aux ressources humaines ou aux disparités territoriales : elle tient aussi à l'**absence d'un système d'information commun**, capable de donner aux professionnels une vision partagée du parcours de l'élève. La Cour des comptes décrit des logiciels professionnels « différents par métiers » : les médecins scolaires utilisent l'application ESCULAPE, tandis que les infirmiers utilisent le logiciel SAGESSE, des systèmes d'information qui ne sont pas interopérables actuellement⁴⁴.

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

Les conséquences sont directes pour le pilotage et l'évaluation. L'Académie nationale de médecine faisait déjà du défaut d'évaluation un point central de son diagnostic, en

relevant que les enquêtes étaient partielles et trop épisodiques, que l'indicateur d'activité se concentrait principalement sur la visite des enfants de six ans, et qu'il manquait des indicateurs fiables pour d'autres missions en forte croissance, notamment les troubles d'apprentissage, le handicap ou les projets d'accueil individualisés⁴⁵.

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

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

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

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

Encadré n° 14 – Santé scolaire plutôt que médecine scolaire

Les auditions conduites dans l'académie de Lyon invitent à distinguer la médecine scolaire de la santé scolaire.

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

c) La santé étudiante à renforcer

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

des étudiants de France⁴⁶. Cette tradition d'entraide étudiante préfigure les évolutions de l'après-guerre.

À la Libération, l'adoption de la Charte de Grenoble en 1946 marque un tournant. En définissant l'étudiant comme un « jeune travailleur intellectuel », elle affirme le principe d'un véritable statut social des étudiants et revendique leur accès à une protection sociale spécifique. Dans ce contexte, la loi du 23 septembre 1948⁴⁷ crée le régime de sécurité sociale étudiante, dont la gestion est confiée à la Mutuelle nationale des étudiants de France (MNEF), fondée la même année. Cette réforme consacre l'émergence d'une politique publique spécifique en faveur de la santé étudiante.

⁴⁶ Fondation santé des étudiants de France, article « Origine et historique de la Fondation » consulté en juin 2026.

⁴⁷ Loi n° 48-1473 du 23 septembre 1948.

72

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

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

La réforme des services universitaires de santé étudiante, entrée en vigueur en 2023, a renforcé leurs compétences. Ils sont désormais compétents pour la prévention, l'accès aux soins de premier recours, la santé mentale, la santé sexuelle, les addictions, la nutrition et la veille sanitaire⁴⁸. À noter que malgré l'élargissement de leurs missions, les services de santé étudiante ne disposent toujours pas d'un système d'information national unique, ce qui limite le suivi de leur activité et l'évaluation des besoins.

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

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

Le service sanitaire des étudiants en santé est un dispositif de formation créé en 2018⁴⁹ qui permet aux étudiants en santé de concevoir, conduire et évaluer des actions concrètes de prévention primordiale et de promotion de la santé auprès de publics prioritaires. Il contribue à la diffusion d'une culture de prévention, à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et à l'acquisition, par les futurs professionnels de santé, de compétences communes en santé publique.

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

⁴⁸ MESR-SIES, *Effectifs universitaires en 2023-2024*, Note flash n° 12, juin 2024

⁴⁹ Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé

compétences socles en matière de conduite d'actions de prévention primordiale et de promotion de la santé en équipe interprofessionnelle⁵⁰. »

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

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

Les structures relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE) constituent un lieu de vie et de protection pour des enfants dont les expositions précoces (ruptures familiales, négligences, violences, précarité, instabilité résidentielle ou scolaire) concentrent plusieurs déterminants défavorables de santé. En 2022, les mineurs et majeurs de moins de 21 ans bénéficiaient de 381 000 mesures d'ASE, dont 55 % de mesures d'accueil ; les dépenses départementales de protection de l'enfance atteignaient 9,9 Md€, dont 80 % consacrés à l'accueil⁵¹.

L'enjeu n'est donc pas seulement de garantir une prise en charge éducative et matérielle, mais d'organiser, dans ces lieux de vie, une prévention primordiale proportionnée aux besoins : bilans de santé effectifs, repérage précoce, santé mentale, sommeil, activité physique, nutrition, santé bucco-dentaire, compétences psychosociales, vaccination et accès continu aux soins. Cette approche rejoint le

diagnostic général du rapport : la prévention primordiale n'est efficace que lorsqu'elle agit sur les milieux de vie et pas seulement sur l'information individuelle⁵².

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

⁵⁰ Haut Conseil de la santé publique, *Évaluation du service sanitaire des étudiants en santé*. Rapport final, coll. « Avis et rapports », juillet 2022, p. 60

⁵¹ DREES, *L'aide sociale à l'enfance*. Édition 2024, Les Dossiers de la DREES, n° 119, juillet 2024, p. 5-7.

⁵² Cour des comptes, *La santé des enfants. Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, décembre 2021, p. 9-12.

74

physique. Ces constats valent *a fortiori* pour les enfants protégés, dont les parcours combinent souvent vulnérabilités sociales, ruptures et besoins éducatifs renforcés⁵³.

Une étude écossaise portant sur les évaluations initiales de santé d'enfants confiés relevait, dans un petit échantillon, 40 % de difficultés d'apprentissage ou de développement, 35 % de problèmes mentaux ou émotionnels et 40 % de caries dentaires. Ces résultats ne sont pas directement transposables, mais ils illustrent la nécessité d'un repérage systématique et d'une réponse pluridisciplinaire⁵⁴.

Pour autant, la connaissance sanitaire des enfants confiés demeure lacunaire. Les dispositifs universels de suivi (certificats de santé, bilans en PMI, santé scolaire) sont insuffisamment exploitables au niveau national ; les données de l'ASE sont, elles aussi, principalement organisées autour des mesures, des places et des dépenses, et moins autour des trajectoires de santé et de prévention. Cette faiblesse documentaire empêche de mesurer finement le non-recours, les délais d'accès, l'effectivité des bilans ou les résultats des actions de prévention⁵⁵.

La protection de l'enfance relève principalement des départements, tandis que les leviers de santé mobilisent aussi l'État, les ARS, l'Assurance maladie, la PMI, la santé scolaire, les professionnels de ville, les établissements médico-sociaux et les associations. Cette gouvernance partagée reproduit les limites observées plus largement dans la politique de prévention : responsabilités dispersées, financements hétérogènes, données non interopérables et difficulté à passer des initiatives locales au droit commun⁵⁶.

La loi du 7 février 2022 a renforcé plusieurs garanties (accompagnement des jeunes majeurs, limitation de l'hébergement hôtelier, attention aux fratries, recherche d'un tiers

de confiance) mais sa mise en œuvre reste inégale. Les travaux récents de la Cour sur les jeunes majeurs montrent que l'accompagnement s'est amélioré, tout en demeurant variable selon les territoires, avec des enjeux persistants d'accès au logement, aux ressources, aux soins et aux droits commun⁵⁷.

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

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

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

⁵⁶ Cour des comptes, *La protection de l'enfance : une politique inadaptée au temps de l'enfant*, rapport public thématique, novembre 2020 ; DREES, *L'aide sociale à l'enfance*, préc., p. 3-8. ⁵⁷ Cour des comptes, *La prise en charge des jeunes majeurs sortant de l'aide sociale à l'enfance*, Rapport public annuel, 2025, p. 325-337.

75

Le projet de loi sur la protection de l'enfance⁵⁸, actuellement en examen à l'Assemblée, propose d'améliorer le suivi médical des enfants.

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

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

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

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

a) La médecine du travail

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

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

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

76

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

L'écosystème de prévention en milieu professionnel



Le travail structure les rythmes, les expositions, les comportements, les liens sociaux, la

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

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

77



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

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

au travail ou accompagnement des fragilités.

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

78

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

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

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

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

mise en œuvre.

79



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

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

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

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

Cette formation est éligible au compte professionnel de formation.

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