

La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et promotion de la santé

OCTOBRE 2024
2024-027R

Pierre-Louis
Bras

Hélène
Monasse

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales



Suivez-nous sur LinkedIn

RAPPORT

SYNTHESE

[1] L'IGAS a inscrit à son programme de travail une mission sur le rapport aux « preuves » dans la conception et la mise en œuvre des actions et des politiques de prévention et de promotion de la santé (PPS). La PPS renvoie à un ensemble d'interventions très vaste et disparate selon les cibles visées (tabac, alcool, nutrition...), selon les modes d'intervention (taxation, réglementation, marketing social, information...), selon la nature des actions de prévention (primaire, secondaire, tertiaire), selon les acteurs mobilisés (collectivités locales, professionnels de santé, ...), et selon les publics. Les moyens consacrés sont estimés à hauteur de 5,2 Md€ en 2022. La mission a choisi d'aborder dans un premier temps la question du rapport aux « preuves » de manière globale (1), avant de la circonscrire ensuite aux actions locales de PPS qui visent à modifier les comportements néfastes à la santé (2).

1. Le fondement des politiques de prévention sur des preuves scientifiques, inspiré des évolutions engagées depuis les années 1970 dans le domaine clinique, est encore peu structuré en France, et mobilise de façon insuffisante des analyses d'efficience.

[2] Dans le domaine clinique, il est admis que les pratiques doivent être fondées sur des preuves issues des essais cliniques et des évaluations en vie réelle (*evidence based médecine*). Par analogie, même si la transposition du biologique au socio /politique est aventureuse, s'est développé le concept *d'evidence based policy* pour promouvoir l'exigence de fonder les politiques publiques sur des preuves ; concept décliné pour les politiques de PPS en *evidence based public health*.

[3] Le premier niveau de preuve qu'il convient d'établir pour fonder une action de PPS est la preuve de son efficacité, vérifier et attester que l'action améliore effectivement la santé. Mais dès lors que l'on se situe dans un contexte de ressources limitées, le fait qu'une action soit efficace ne suffit pas à justifier sa mise en œuvre. Il convient aussi d'établir qu'elle est efficiente soit que le rapport entre les ressources engagées et les résultats obtenus est favorable.

[4] Le premier résultat que l'on peut attendre d'une action de PPS est constitué par d'éventuelles économies ultérieures induites en matière de dépenses de santé ou plus largement de dépenses sociales. Pour autant il serait réducteur de réduire aux économies induites, le résultat des actions de PPS, de s'en tenir à une approche restreinte à l'impact en matière de finances publiques. En-effet, le résultat majeur que l'on peut attendre d'une action de PPS efficace, au-delà des économies qu'elle est susceptible de générer, réside dans le gain en santé : plus d'années de vie et des vies de meilleure qualité (avec moins de souffrances, moins de limitations d'activité). Dès lors construire des preuves d'efficience, c'est (1) soit établir que le coût d'une action PPS (ressources engagées moins éventuelles économies induites) rapportées à l'année de vie pondérée par la qualité (Qaly) gagnée est inférieure à une valeur de référence préétablie (analyse dite coût-utilité), (2) soit établir en donnant une valeur aux Qalys que le retour sur investissement de l'action de PPS est au moins positif (analyse dite coût- bénéfice). Dans les deux cas, cela suppose de disposer d'une valeur de référence pour un Qaly soit sous la forme d'un seuil, soit pour l'introduire directement dans le calcul du retour sur investissement.

[5] Les études d'efficience conduites à l'étranger montrent qu'engager des actions de PPS constitue souvent un investissement pertinent pour les fonds publics. Certaines actions de PPS sont dominantes, elles permettent à la fois de faire des économies de dépenses publiques et d'obtenir des bénéfices sanitaires. A cet égard, les actions qui s'appuient sur une taxation des produits et des comportements néfastes à la santé figurent souvent parmi les plus efficaces notamment car elles mobilisent peu de ressources publiques même si le coût de l'action est supporté par les personnes qui ne modifient pas leur comportement. Certaines mesures sans générer d'économie apparaissent efficaces car elles permettent d'obtenir des bénéfices sanitaires pour un coût acceptable, appréciation qui dépend bien évidemment de la valeur de référence choisie. Pour autant, les actions de PPS ne sont pas toutes pertinentes et certaines ne procurent des bénéfices en santé qu'à des coûts prohibitifs sans même évoquer celle qui sont tout simplement inefficaces sur le plan sanitaire.

[6] Constituer des preuves d'efficience est donc nécessaire pour discriminer entre les actions de PPS (toutes ne méritent pas d'être engagées) mais constitue aussi un élément de plaidoyer pour en entreprendre certaines (celles qui s'avèrent constituer un excellent investissement pour les ressources publiques, les études d'efficience permettent de les envisager au-delà de la seule analyse d'impact budgétaire à court terme).

[7] La construction de telles preuves d'efficience pour fonder les actions de PPS n'est pas développée en France. Un détour par l'Angleterre montre que dans ce pays, les études d'efficience se sont développées sous l'égide du National Institute for Clinical Excellence (NICE). Initialement centré sur les études d'efficacité et d'efficience pour le médicament, le NICE s'est vu confier la mission d'établir des recommandations de santé publique. Il a transposé au domaine des actions de PPS, la démarche construite pour le médicament : la mise en œuvre d'une action de PPS ne sera recommandée par le comité d'évaluation regroupant toutes les parties prenantes que si l'action est, non seulement efficace, mais aussi efficiente selon les mêmes critères (seuil par Qaly) que ceux retenus pour le médicament.

[8] Une telle dynamique, du médicament vers la santé publique, ne s'est pas enclenchée en France. Les études d'efficience dans le domaine du médicament n'ont pas de réelle portée pour les décisions d'admission au remboursement et les négociations des prix. Il n'y a pas d'instance en France en charge d'établir des recommandations de santé publique selon une méthodologie prédéfinie, même si de nombreuses institutions (SpF, HAS, INSERM, HCSP, INCa, ANSES, DREES), par des avis ou des synthèses, éclairent la décision publique à partir de résultats scientifiques.

[9] **Ces constats sont à l'origine de deux recommandations principales : développer des études d'efficience pour éclairer les décisions en matière d'action de PPS, établir des recommandations en matière d'action de PPS.** Ces deux recommandations sont liées. En effet, l'établissement de recommandations structurées exige de développer des études d'efficience ; ces études ne se développeront vraiment que si l'impulsion est donnée par une institution en charge d'établir des recommandations.

2. Pour ce qui concerne les actions locales de PPS, l'exigence de s'appuyer sur des « preuves d'efficacité » est largement reconnue par tous les acteurs, mais peine à se matérialiser

[10] Les preuves d'efficacité d'une intervention locale de PPS, même établies sur la base d'une démarche scientifique, sont particulièrement dépendantes du contexte de l'intervention (environnement, public, effecteurs). Aussi, les financeurs et les effecteurs des

interventions sont-ils partagés entre le souci de reproduire strictement des programmes ayant fait leurs preuves (programmes dits « probants »), et la volonté, en s'appuyant sur des résultats scientifiques (données probantes) de laisser plus de place aux savoirs expérientiels des effecteurs pour garantir une adaptation au contexte. Le débat vif autour de cette question rend nécessairement complexe le pilotage et de déploiement de programme d'intervention évalués. Ces approches se traduisent par des outils différents : le répertoire de SpF des interventions efficaces a vocation à consolider les interventions associées à des données d'efficacité, et à les classer suivant le niveau de preuves. Le portail de capitalisation (CAPS), constitué par l'initiative Inspire-ID, permet les partages de bonnes pratiques. Ces approches sont parfois opposées, mais devraient avoir vocation à être complémentaires, les démarches de capitalisation permettant d'assurer l'adaptation d'interventions évaluées.

[11] Les interventions locales de PPS s'orientent de plus en plus vers le développement des compétences psychosociales des enfants et des adolescents. Les travaux engagés dans le secteur éducatif anglo-saxon depuis les années 1970 sur le développement des compétences psychosociales ont permis d'attester non seulement de leur efficacité en matière d'apprentissage à court terme et en matière de santé publique à l'horizon de plusieurs années mais aussi de leur efficience. Ces programmes sont progressivement intégrés dans le champ de l'éducation et de la petite enfance, leur mise en œuvre est priorisée à l'horizon 2037 par une instruction interministérielle publiée en 2022. La mise en œuvre de cette démarche est accompagnée par un guide de SpF, qui évalue les principaux facteurs de réussite dans la conception et l'animation des interventions.

[12] Plus largement, les programmes locaux de PPS évalués restent, dans leur grande majorité, des interventions conçues aux Etats-Unis, au Canada ou en Grande-Bretagne. La faible émergence d'actions évaluées en France s'explique par les financements récents et limités dans le champ de la recherche interventionnelle (moins de 10 M€ par an), par la faible structuration du paysage universitaire et les liens inégaux engagés avec le tissu associatif. En relais, l'évaluation d'actions financées par l'assurance maladie (Fonds de lutte contre les addictions, expérimentations dites « article 51 ») permet d'amorcer une démarche d'accompagnement d'initiatives locales. La stratégie d'accélération « prévention » pilotée par l'Agence pour l'innovation en santé dans le cadre de France 2030 a vocation à compléter ces travaux, notamment pour évaluer des outils digitaux ou développer des infrastructures de recherche.

[13] Enfin, le déploiement des programmes fondés sur les preuves ne suit pas une approche dite « planificatrice », suivant laquelle quelques interventions seraient priorisées, un objectif de déploiement affiché, et les ressources nécessaires associées. Le cadre d'action au niveau régional étant très dépendant de l'écosystème associatif et institutionnel (secteurs de l'éducation nationale et de la petite enfance), le déploiement des interventions répond plutôt à une logique que l'on pourrait qualifier « d'opportuniste ». A titre d'exemple, la mission a estimé la mise en œuvre de quatre projets spécifiquement valorisés par SpF¹ ; celle-ci est très variable suivant les régions, et représente un engagement financier global de l'ordre de 4 M€ pour moins de 27 000 bénéficiaires. Ces interventions locales sont engagées sur la capacité de financement résiduelle du FIR, qui est très contrainte à la fois par les missions réglementaires et par des partenariats associatifs historiques. Les orientations nationales sont peu suivies, en l'absence de leviers de

¹ Good Behavior Game, PSFP, Unplugged, ICAPS

financement et d'objectifs associés aux plans de santé publique, et d'acteurs solides identifiés pour assurer le déploiement opérationnel.

[14] Plusieurs évolutions de fond devraient permettre de faciliter l'évaluation d'interventions de PPS, et leur déploiement suivant des priorités définies, et adapté aux besoins des territoires :

- Mobiliser le futur appel à projets de recherche piloté par l'Agence pour l'innovation en santé sur deux infrastructures de recherche prioritaires : conforter le réseau universitaire naissant SO-RISP dans le champ de la recherche interventionnelle ; initier la création d'une ou deux cohortes en santé en population générale ;
- Etoffer les informations et référentiels mis en place par SpF pour outiller les interventions de PPS : accélérer la cotation par niveau des programmes évalués dans le registre de SpF ; développer de nouveaux référentiels thématiques sur le modèle utilisé pour les compétences psychosociales² (CPS) ;
- Renforcer le pilotage national pour le développement des CPS, en identifiant une trajectoire de montée en charge sur la période 2025-2027, associée à une dotation financière ciblée sur le fonds d'intervention régional, et au suivi d'objectifs quantitatifs et qualitatifs.

² Notion détaillée en partie 2.1.2, qui peut être définie comme un ensemble cohérent et pertinent d'aptitudes et de conduites personnelles mobilisées dans le cadre d'interactions humaines (s'appuyant sur des connaissances, des attitudes, des comportements, des pensées et des émotions) qui peuvent évoluer et être acquises, et, d'autre part, comme des compétences transversales, génériques et interdisciplinaires mobilisées tout au long de la vie.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
1	Développer les études d'efficacité et d'efficience pour éclairer les décisions en matière de santé publique	1	DSS DGS HAS SpF	NP
2	Etablir des recommandations de santé publique pour éclairer les décisions nationales et locales en matière de prévention et promotion de la santé. Ces recommandations doivent concerner des thèmes prioritaires (ex. lutte contre le surpoids), être établies à partir d'une méthodologie explicite, se fonder sur une évaluation des données scientifiques disponibles par l'ensemble des parties prenantes (scientifiques, mais aussi les acteurs des politiques dans toute leur diversité).	1	DGS HAS SpF	NP
3	Constituer au sein du ministère de la santé une capacité à modéliser les effets économiques des politiques de santé publique.	1	DSS DREES	2026
4	Intégrer systématiquement dans les études d'impact des mesures législatives dans le domaine du soin ou de la santé publique, en complément de l'estimation de leurs effets sur les finances publiques, une analyse de leur efficience et, si c'est approprié, de leurs conséquences économiques. La mise en œuvre de cette recommandation à moyen terme est conditionnée par la mise en œuvre des recommandations n°1 à 3.	2	DSS	NP
5	Mobiliser le renforcement des moyens effectué par SpF sur le registre d'interventions efficaces et prometteuses, afin de permettre la cotation par niveau des programmes relatifs aux addictions et au développement des CPS déjà rendus publics, ainsi que l'évaluation des programmes déposés et répondant à cette thématique.	1	DGS SpF	2025
6	A titre complémentaire, mobiliser SpF sur des guides de pratiques afin d'identifier les facteurs clés de réussite d'interventions, notamment pour les actions relatives à la nutrition et à l'activité physique, suivant le modèle déjà utilisé pour le développement des CPS.	1	DGS SpF	2025

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
7	Mobiliser le PEPR Prévention piloté par l'Agence pour l'innovation en santé et l'INSERM, afin de conforter le réseau SO-RISP dans le champ de la recherche interventionnelle, y adjoindre un volet d'analyse médico-économique.	1	AIS INSERM	2024
8	Mobiliser le PEPR prévention ou la stratégie nationale Cohortes 2030, afin d'initier la création d'une ou deux cohortes de santé en population générale (une cohorte d'adultes, et une cohorte d'enfants à la naissance).	1	AIS INSERM	2024
9	Missionner le « Lab innovation » de SpF, dont la création est prévue dans le contrat d'objectifs et de performance 2024-2028, pour lancer un appel à projets afin d'évaluer quelques actions sur des champs identifiés comme prioritaires, du fait du manque de données d'efficacité (ex. santé sexuelle identifiée comme un champ d'intérêt par SpF)	2	SpF	2025
10	Associer systématiquement à tout programme introduit dans le registre de SpF une évaluation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du programme et, une analyse de ROI ou d'efficacité réalisée avec la HAS/CEESP (recommandation liée à la recommandation n°1)	2	SpF	2025
11	Positionner SpF sur l'appui plus opérationnel au déploiement des programmes identifiés comme prioritaires, en définissant : - Une modélisation économique type pour le déploiement du programme, et dans la mesure du possible une analyse d'efficacité ; - En lien avec les ARS, des publics prioritaires de déploiement et une cible chiffrée de montée en charge ; - En conséquence, un renforcement du financement des opérateurs désignés pour la formation et l'accompagnement des programmes	2	SpF	2025
12	Prioriser la mobilisation des associations Promotions Santé sur la formation des acteurs sur les méthodologies évaluées (notamment les CPS), coordonner leur programme avec les priorités définies par SpF	2	DGS SGMAS ARS	2025
13	Accompagner le déploiement des CPS : modéliser les besoins de financement nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés sur la période 2025-2027 ; constituer	1	DGS SGMAS	2025

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
	une dotation complémentaire de financements fléchés sur le FIR ; prévoir un cadre conventionnel tripartite ARS-Education nationale-Assurance maladie pour définir des cibles prioritaires pour renforcer les actions de prévention, associées à un appui à la réalisation des examens individuels au titre de la santé scolaire			
14	Remobiliser des marges de manœuvre sur le fonds d'intervention régional au titre de la prévention, en faisant évoluer le financement de l'éducation thérapeutique vers un financement sur le risque dans le cadre des parcours coordonnés renforcés, pour les indications évaluées comme pertinentes par la Haute Autorité de Santé.	1	DGS DSS	2025

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	6
RAPPORT	11
1 LES POLITIQUES DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE ET LES « PREUVES »	13
1.1 UNE EXTENSION PAR ANALOGIE : DE L'EVIDENCE-BASED MEDECINE A L'EVIDENCE-BASED POLICY	13
1.1.1 L'ambition de l'evidence-based medecine : fonder les pratiques cliniques sur des données issues de la science	13
1.1.2 L'ambition de l'evidence-based policy : fonder les politiques publiques sur des données scientifiques ..	14
1.2 QUELS TYPES DE PREUVES POUR ORIENTER LES POLITIQUES DE SANTE PUBLIQUE ?	16
1.2.1 La définition de cibles quantifiées et la mesure du « fardeau des maladies »	16
1.2.2 La quantification économique des cibles des politiques de PPS.....	18
1.2.3 La preuve de l'efficacité des interventions fondée sur une métrique commune	20
1.2.4 La preuve de l'efficacité des interventions, à fin d'arbitrages dans un contexte de rareté des ressources.....	21
1.2.5 L'efficacité d'une intervention, une notion à distinguer de la recherche d'économies budgétaires....	22
1.2.6 Les limites des études coût-utilité, pour mesurer les effets positifs des interventions au-delà des seuls gains sanitaires	24
1.3 LES DONNEES D'EFFICIENCE SUR LES ACTIONS DE PPS	26
1.3.1 Les actions de PPS ont-elles fait la preuve de leur efficacité ?.....	26
1.3.2 L'Angleterre, une référence pour les études d'efficacité	29
1.3.3 L'absence de dynamique en France autour des études d'efficacité	33
1.3.4 La dispersion des instances de recommandations de PPS en France	35
1.4 LES POLITIQUES DE PPS EN FRANCE ET LEUR RAPPORT AUX « PREUVES »	38
1.4.1 La politique de réduction du tabagisme, une illustration de l'efficacité et de l'efficacité des politiques de PPS mobilisant les prix.....	38
1.4.2 La mise en place du Nutri-score, ou l'importance d'utiliser des données scientifiques structurées auprès d'intérêts économiques constitués	43
1.4.3 Les bilans de prévention dédiés, ou l'articulation entre la notion de « bon sens » et la construction d'une politique efficace	45
1.5 RECOMMANDATIONS.....	47
2 LES INTERVENTIONS LOCALES EN PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE	50
2.1 UNE UTILISATION RECENTE ET POLYSEMIQUE DE LA NOTION DE « DONNEES PROBANTES »	50
2.1.1 Des tensions au sein du monde de la PPS entre l'utilisation des seules données expérimentales, et l'évaluation dite « réaliste »	50
2.1.2 Des interventions progressivement structurées autour du développement des compétences psychosociales.....	54
2.1.3 Les limites de la consolidation de programmes hétérogènes dans différents répertoires ou portails	58
2.2 LA DIFFICILE EMERGENCE DE PROGRAMMES EVALUES, DANS UN PAYSAGE ECLATE DE LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE EN SANTE PUBLIQUE	62
2.2.1 L'évaluation scientifique reste limitée, malgré plusieurs guichets de financement.....	62
2.2.2 Des capacités de recherche et d'évaluation limitées.....	66
2.3 UNE ORGANISATION GLOBALE QUI N'EST PAS CONÇUE POUR FAVORISER LE PASSAGE A L'ECHELLE DES INTERVENTIONS LOCALES DE PPS	68
2.3.1 Des priorités d'action au niveau régional fortement déterminées par la mobilisation du tissu associatif et des partenaires.....	68
2.3.2 Un cadre de pilotage national relativement limité	73
2.3.3 De faibles marges de manœuvre financières.....	77

ANNEXE 1 :	ORGANISATION DE LA SANTE PUBLIQUE AU NIVEAU LOCAL EN ANGLETERRE.....	85
ANNEXE 2 :	PRESENTATION DETAILLEE DE QUATRE PROGRAMMES SUIVIS PAR SPF.....	87
1	ICAPS.....	87
2	UNPLUGGED.....	89
3	GOOD BEHAVIOR GAME.....	91
4	PROGRAMME DE SOUTIEN AUX FAMILLES ET A LA PARENTALITE (PSFP).....	92
ANNEXE 3 :	ESTIMATION DU MONTANT DU FIR LIE A DES MISSIONS REGLEMENTAIRES	96
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	99
	SIGLES UTILISES	105

RAPPORT

[15] En 2003, le rapport thématique annuel de l'IGAS *Santé, pour une politique de prévention durable*, recommandait de prioriser le déploiement d'actions structurées et évaluées. Plusieurs rapports récents de l'IGAS, consacrés à des thématiques de prévention (activité physique³, dépistage organisé des cancers⁴, éducation à l'alimentation⁵, politique de santé scolaire⁶, prévention et prise en charge de l'obésité⁷) reprennent cet axe de recommandation. Ils insistent sur la nécessité de s'appuyer davantage sur des éléments d'évaluation afin d'outiller les interventions vers des actions ciblées et efficaces⁸.

[16] Inscrite dans le programme de travail de l'IGAS, cette mission d'évaluation a vocation à décrire de façon transversale les débats qui traversent le secteur de la prévention et de la promotion de la santé (PPS) concernant le recours aux preuves scientifiques et aux évaluations, dans une démarche inspirée de *evidence-based medicine*. Son objectif porte également sur le fait d'explicitier les facteurs qui limitent le déploiement d'actions de prévention fondées sur les preuves. Ces travaux sont coordonnés avec la mission engagée par l'IGAS pour inscrire une démarche de prévention primaire dans les pratiques des établissements de santé, parmi les priorités associées à la réforme de leur financement⁹.

[17] Le champ de la PPS est particulièrement vaste, et répond à plusieurs types de catégorisations. L'une est canonique, entre prévention primaire, secondaire et tertiaire¹⁰ :

- les actions de prévention primaire ont pour objectif d'empêcher l'apparition des maladies (campagnes d'information, vaccination, éducation à la santé) ;

³ *Evaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé*, IGAS-IGJS, mars 2018

⁴ *Le dépistage organisé des cancers en France*, janvier 2022

⁵ *L'éducation à la santé*, IGAS-CGAEER-IGESR-IGAC, septembre 2023

⁶ *Rapport au Parlement sur le devenir de la médecine scolaire et sur la politique de santé scolaire*, juin 2022

⁷ *Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité en France*, avril 2023

⁸ Exemples de recommandations :

- Alimentation : « confier à l'INRAE la conception de guides et outils méthodologiques à destination des porteurs de projets d'éducation à l'alimentation, permettant une évaluation de leurs actions » ;
- Activité physique : « développer les évaluations des programmes financés par les PRSSBE en lien avec des équipes scientifiques » ;
- Dépistage organisé des cancers : « Favoriser la diffusion des actions probantes alimentant le répertoire ad hoc de SPF qui pourrait animer le réseau des acteurs concernés » ;
- Obésité : « En matière de prévention de l'obésité, ne financer que des actions issues de programmes labellisés, si possible au niveau interministériel ; ou des actions innovantes, assorties de moyens et de compétences permettant leur évaluation scientifique »

⁹ *Le financement de la prévention primaire dans les établissements de santé*, Dr. Anne-Carole Bensadon, Benjamin Maurice, Frédéric Turblin, septembre 2024

¹⁰ La prévention quaternaire, associée aux soins palliatifs, n'est pas explorée par la mission actuelle, car elle s'inscrit dans le champ de l'accompagnement de la fin de vie qui relève d'une logique différente

- les actions de prévention secondaire ont vocation à identifier la maladie ou le problème de santé à son stade le plus précoce et à appliquer un traitement ou une action préventive rapide et efficace pour en circonscrire les conséquences néfastes (ex. dépistage du cancer) ;
- les actions de prévention tertiaire visent à limiter les incapacités pour la personne, et les conséquences de cette maladie (ex. éducation thérapeutique d'un patient diabétique afin de prévenir l'insuffisance rénale chronique).

[18] D'autres catégorisations des politiques de PPS peuvent intervenir, notamment selon les critères suivants :

- selon qu'elles visent à modifier l'environnement des personnes, ou directement les comportements¹¹ de ces mêmes personnes ;
- selon les milieux d'intervention : scolaire, travail/emploi, ville.... ;
- selon les outils utilisés : prohibition, taxation/incitation, éducation/information ;
- selon qu'elles se déploient à partir du système de soins en association avec des interventions curatives, ou indépendamment des interventions curatives.

[19] La promotion de la santé, qui porte une ambition plus large que les actions de prévention de pathologies, est définie comme un « processus qui permet aux populations d'améliorer la maîtrise de leur santé et de ses déterminants » depuis la charte d'Ottawa du 21 novembre 1986 (intégrée dans la Charte de Genève sur le bien-être en 2021). La promotion de la santé s'organise autour de cinq axes : (1) élaborer des politiques saines, (2) créer des milieux favorables, (3) renforcer l'action communautaire, (4) acquérir des aptitudes individuelles, (5) réorienter les services de santé. Elle se distingue des actions de prévention, dans la mesure où elle vise à donner aux individus et à la collectivité des moyens d'agir favorablement sur les facteurs déterminants de la santé de façon transversale (littératie en santé, compétences psychosociales).

[20] L'ensemble de ces actions peuvent répondre à des objectifs d'efficacité, d'efficience, et d'équité. Au vu du fort gradient social associé aux principaux déterminants de santé (addictions, alimentation, activité physique, santé psychique), les interventions en PPS sont marquées par le principe dit d'« universalisme proportionné ¹²», c'est-à-dire par la conduite d'actions universelles, « mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale » ¹³.

[21] Les travaux de la mission portent dans un premier temps sur une présentation des débats qui traversent le secteur de la prévention (hors secteur de la santé au travail, qui mobilise des cadres d'analyse spécifiques). Dans un second temps, ces travaux se concentrent sur certaines interventions de santé publique, celles qui consistent à intervenir auprès de populations pour modifier les comportements dans un sens favorable à la santé¹⁴.

¹¹ Le projet de SNS 2023-2030 indique que la mortalité évitable par une réduction des comportements à risques représente 30 % de la mortalité des personnes de moins de 65 ans

¹² Notion élaborée par Michael Marmot dans l'ouvrage *Fair society, health lives : a strategic review of health inequalities in England post-2010*, 2010

¹³ Pour un panorama de l'ensemble des politiques de PPS voir F. Bourdillon. *Agir en santé publique de la connaissance à l'action*. Rennes, Presses de l'EHESP, 2020

¹⁴ Sachant que dans le milieu qui développe ce type d'intervention, on préfère souvent du fait de la dimension paternaliste/intrusive de l'expression « modifier les comportements », « accroître le pouvoir d'agir » des bénéficiaires

[22] Au-delà d'entretiens avec les interlocuteurs institutionnels de référence, la mission a conduit une analyse bibliographique des références disponibles en France et au niveau international, à la fois pour ce qui concerne la méthode d'évaluation de l'efficacité et de l'efficacité des interventions en PPS. Elle a rencontré plusieurs interlocuteurs universitaires pour évoquer les débats qui peuvent traverser le secteur de la PPS.

[23] Afin d'apporter un éclairage international, la mission s'est particulièrement intéressée à l'organisation du modèle britannique (cf. annexe 1), notamment au travers d'entretiens avec plusieurs directeurs de la santé publique locaux.

[24] Enfin, la mission a examiné plus particulièrement la situation de trois régions, en raison de leurs positions assez différentes sur le pilotage des interventions en PPS. L'ARS Nouvelle-Aquitaine a annoncé un plan d'actions pour limiter les actions de prévention financées aux seules actions « probantes » d'ici à 2026. Au contraire, l'ARS Ile-de-France revendique une approche ciblée sur des populations fragiles et sur la montée en compétence des intervenants régionaux actuels. Enfin, l'ARS Normandie présente une position intermédiaire, dans un territoire d'une taille intermédiaire.

[25] Une analyse plus approfondie de certaines actions a été réalisée par la mission, afin d'apporter une approche incarnée des débats en jeu autour des principaux facteurs de risques (addictions, alimentation, activité physique, santé psychique). Ces analyses sont présentées à la fin de la partie 1 du rapport, et dans l'annexe 2.

1 Les politiques de prévention et promotion de la santé et les « preuves »

1.1 Une extension par analogie : de l'*evidence-based medicine* à l'*evidence-based policy*

1.1.1 L'ambition de l'*evidence-based medicine* : fonder les pratiques cliniques sur des données issues de la science

[26] C'est dans le domaine clinique que s'est imposée l'exigence de fonder les pratiques sur un faisceau de données et d'arguments scientifiques rigoureusement établis, exigence que l'on peut synthétiser en « médecine fondée sur les preuves » (*evidence based medicine*)¹⁵.

[27] Cette exigence s'est imposée très tôt au plan juridique. En témoigne, en France, l'arrêt Mercier de la Cour de Cassation qui, en 1936 déjà, établissait que se noue entre le médecin et le patient « un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement... de lui donner des soins... consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, **conformes aux données acquises de la science** ».

¹⁵ Pour être concis, on fera référence dans ce rapport à la notion de « preuves », sachant que ce terme est ambigu et qu'il désigne la plus souvent « un faisceau de données et d'arguments scientifiques rigoureusement établis ».

[28] Au plan des principes, il est donc admis depuis longtemps que la médecine doit se pratiquer selon les données de la science. Toutefois, pour que ce principe soit effectif, il a été nécessaire d'organiser la production des preuves d'efficacité et de promouvoir leur utilisation dans la pratique. Dans les années 70, A. L. Cochrane, au Royaume Uni, promeut les essais randomisés et les revues systématiques pour établir des données scientifiques probantes¹⁶. Dans les années 1990, toujours au Royaume-Uni, se constitue sous le terme d'*evidence based médecine* (EBM), un nouveau paradigme qui vise à une plus grande mobilisation des données scientifiques pour orienter les pratiques médicales.

[29] Les essais cliniques randomisés, à la base de l'EBM, n'en ont pas moins des limites évidentes et reconnues. Les patients « réels » peuvent présenter des caractéristiques différentes des patients inclus dans l'essai (ils sont plus jeunes, plus âgés, affectés par des pathologies multiples...). La durée limitée des essais et l'utilisation de critères intermédiaires de jugements ne permettent pas d'établir des effets à long terme en matière de morbi-mortalité. Les évaluations en vie réelle sont donc nécessaires pour confirmer ou infirmer les enseignements tirés des essais cliniques afin d'asseoir les arguments scientifiques susceptibles d'orienter la pratique clinique. Par ailleurs, la mise en évidence, dans de nombreux cas, de bénéfices mais aussi de risques ne permet pas de prescrire une décision, mais exige du praticien qu'il prenne en compte les préférences du patient à qui il revient d'apprécier, pour ce qui le concerne, l'équilibre entre ces bénéfices et ces risques.

[30] L'EBM ne conduit donc pas à envisager la pratique clinique comme la simple application de prescriptions issues de la recherche scientifique mais, selon les initiateurs du mouvement, d'y intégrer tant les meilleures données et preuves scientifiques que l'expertise professionnelle des praticiens, et les choix et préférences des patients.

[31] L'ambition forte portée par la démarche EBM n'en reste pas moins de rendre accessibles aux praticiens les données de la science, de promouvoir leur mise en œuvre, de réduire la diversité des pratiques pour les orienter vers les plus efficaces¹⁷. Né au Royaume-Uni, le paradigme de l'EBM est devenu international. C'est souvent en référence à l'EBM qu'ont été affinées les procédures d'autorisation des médicaments ou qu'ont été développées des recommandations de bonnes pratiques. C'est à partir de cette ambition que se sont constituées les agences d'évaluation en santé et notamment, en France, la Haute Autorité de Santé (HAS).

1.1.2 L'ambition de l'*evidence-based policy* : fonder les politiques publiques sur des données scientifiques

[32] Née dans le champ de la médecine clinique, l'ambition de fonder les pratiques sur des preuves scientifiques a été suffisamment attractive par sa capacité de suggestion (des pratiques fondées sur la « science » et non sur la tradition ou l'habitude, sur les intérêts constitués, sur des représentations relevant d'un empirisme naïf), pour être élargie à l'ensemble des politiques publiques. Ainsi par extension de l'EBM, s'est progressivement constituée la notion d'*evidence*

¹⁶ Cochrane AL. Effectiveness and efficiency: reflection on health services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.

¹⁷ Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996 Jan 13;312(7023):71-2.

based policy ou politiques publiques (au sens de programme d'intervention publique) fondées sur des preuves.

[33] La démarche britannique est emblématique du transfert de la médecine vers les politiques publiques de l'exigence de fonder les décisions sur des données scientifiques à travers la création du réseau *What Works* (cf. encadré).

Le réseau *What Works*

Sur le modèle du *National institute for health and care excellence* (NICE) constitué en 1999, soit l'institution en charge au Royaume-Uni de promouvoir l'EBM, un réseau, dénommé *What Works*, composé de 13 institutions indépendantes, a été constitué en 2013. Ce réseau a vocation à favoriser dans un large champ de l'action publique (santé mais aussi éducation, sécurité publique, action sociale...) la référence à des données probantes pour asseoir les décisions en matière de politiques publiques. A titre d'exemple, participent à ce réseau, dans le domaine de la sécurité publique le *What Works Centre for Crime Reduction*, dans le domaine de la politique à l'égard des personnes âgées le *Center for better ageing*, ou dans le domaine de l'éducation l'*Education Endowment Foundation*.

Ces institutions ont vocation à rassembler des preuves sur l'efficacité des programmes et des pratiques, à produire des revues systématiques et des synthèses de qualité, à évaluer l'efficacité des politiques, à engager des expérimentations dans les domaines où les preuves d'efficacité manquent, à partager leurs résultats de manière accessible, à aider les décideurs publics à prendre en compte leurs résultats. Elles privilégient les évaluations d'impact avec contrefactuel et les revues systématiques de littérature.

[34] Il s'est notamment agi de développer dans le domaine des politiques publiques, les outils (expérimentations : essais, revue systématique de littératures) qui servent de base à l'EBM pour asseoir les pratiques cliniques.

[35] Cette extension du concept « *evidence based* » de la médecine au domaine des politiques publiques est porteuse d'une exigence bienvenue, elle invite en effet à mobiliser des « données scientifiques » pour fonder les décisions en matière de politiques publiques¹⁸. Il n'en reste pas moins qu'il est souvent impossible de reproduire, en matière d'expérimentation des politiques publiques, les conditions strictes exigées des essais cliniques pour qu'ils soient réputés probants. De plus, dans le cas de la pratique clinique, l'expérimentation vise à attester d'une relation intervention/effet de nature essentiellement biologique et donc relativement universalisable ; il est bien plus complexe d'universaliser une relation intervention/effet dans le domaine des politiques publiques ; la relation entre l'intervention et l'effet étant bien plus dépendante du contexte (social, culturel, économique...). A cet égard, une intervention publique constitue un objet plus complexe qu'une intervention clinique.

[36] Le champ de la santé publique ne pouvait pas rester étranger à cette exigence de fonder les programmes et les politiques, sur des « preuves ». Ainsi est né dans les années 2000, le concept

¹⁸ Cf. Agence nationale pour les solidarités actives, *Vers une action publique éclairée par la preuve : un guide pour identifier et mettre en œuvre ce qui fonctionne*, mars 2021

d'« *evidence based public health* » (EBPH)¹⁹. La proximité entre l'EBM et l'EBPH est naturellement forte. Les programmes en matière de dépistage ou la vaccination sont susceptibles d'approches similaires à celles de l'EBM classique. Par ailleurs, la prévention secondaire et tertiaire est très largement liée à la pratique clinique. Mais dans le domaine de la prévention primaire ou de la promotion de la santé, l'exigence de fonder les programmes ou les politiques sur des preuves s'est imposé plus difficilement en France et a dû se confronter à des idées reçues, notamment les deux suivantes : les « bonnes intentions » sont le gage d'une intervention efficace ; il suffit d'informer sur les risques pour que les comportements se modifient. Au début des années 2010, en France, il fallait encore plaider pour fonder les programmes de prévention sur des preuves : « la créativité en prévention est donc forte – ce dont nous devons nous réjouir ; l'évaluation de son efficacité et de ses impacts est rare »²⁰.

1.2 Quels types de preuves pour orienter les politiques de santé publique ?

[37] L'exigence de fonder les politiques de PPS sur des données scientifiques probantes s'affirme progressivement, cette exigence implique de mobiliser un ensemble de connaissances, allant de l'épidémiologie à la médico-économie, et mobilisant l'ensemble des sciences humaines²¹.

1.2.1 La définition de cibles quantifiées et la mesure du « fardeau des maladies »

[38] Le premier type de preuves nécessaires pour orienter les politiques de PPS consiste à identifier les cibles potentielles, c'est-à-dire les expositions à un agent pathogène et/ou les activités/comportements qui sont à l'origine d'effets délétères sur la santé, soit l'ensemble des situations qu'une politique de PPS peut éventuellement viser à infléchir. On ne peut définir de politiques pertinentes de PPS si l'on n'a pas défini des cibles pertinentes de ces politiques.

[39] L'établissement de la preuve de la nocivité d'un agent ou d'une situation pathogène heurte souvent des intérêts économiques constitués qui s'efforceront de contrecarrer le travail scientifique nécessaire pour constituer de telles preuves. La stratégie la plus commune consiste à susciter un doute systématique sur les éléments de preuves fournis par les études scientifiques, en suscitant des analyses concurrentes. Cette stratégie est d'autant plus efficace qu'elle s'inscrit dans le cadre paradigmatique de la science moderne (tout résultat scientifique peut et doit être soumis à la critique), et que les groupes d'intérêt peuvent mobiliser des moyens conséquents pour financer des études qui alimentent des controverses. Susciter des controverses aboutit à minorer la perception des risques réels au sein du grand public et à freiner d'éventuelles interventions des pouvoirs publics. L'exemple le plus éloquent de ce travail d'obstruction a été documenté dans le

¹⁹ Brownson RC, Fielding JE, Maylaln CM. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annu Rev Public Health*. 2009 ;30 : 175-201

²⁰ Ardvison P. En prévention, les bonnes intentions ne suffisent pas. *Santé publique*, 2013, vol. 61, n°1 Supp., p. 7-8

²¹ La mobilisation des méthodes associées aux sciences comportementales, notamment dans le champ du marketing social, a été identifiée par la mission, sans faire l'objet d'investigations spécifiques sur leurs limites méthodologiques

cas du tabac²², mais l'obstruction au repérage des cibles pertinentes ne concerne pas ce seul produit²³.

[40] S'il est utile de repérer un agent ou une situation pathogène, il est aussi nécessaire pour orienter les politiques de santé publique de pouvoir quantifier ses effets sur la santé. Cette quantification des effets s'appuie sur des études qui, d'une part, analysent les niveaux de morbidité ou les décès par grand type de maladies (analyse dite « *burden of disease* »)²⁴ et qui, d'autre part, pour chacune des maladies, évaluent la part qui peuvent être attribuée à tel ou tel agent/situation pathogène (analyse de la fraction attribuable). Le contrat d'objectifs et de performance 2024-2028 de SPF prévoit opportunément de « contribuer à l'optimisation des politiques publiques par la production de connaissances sur le fardeau et ses déterminants »²⁵.

[41] Ainsi, c'est à partir de ces analyses que l'INCa peut affirmer que 40 % des cancers pourraient être évités par des politiques de prévention et que 19,8 % des cancers sont dus au tabac et 8 % à l'alcool. Un même agent pathogène peut être à l'origine de plusieurs maladies, et c'est le même type d'analyse qui permet d'affirmer qu'en 2019, le tabac est à l'origine de 73 000 décès et que l'alcool en a causé 41 000.

[42] Pour autant, l'estimation d'un nombre de décès ne permet pas de caractériser précisément l'impact d'un agent pathogène : un décès à vingt ans n'est pas équivalent en nombre d'années de vies perdues à un décès à 80 ans ; une maladie peut se traduire par des incapacités qui, indépendamment même des décès, doivent être prises en compte. On construira donc une mesure les années perdues pondérées par les incapacités (en anglais *Daly, Disability-adjusted life year*) qui agrège les années de vie perdues et les années de vie vécues en situation d'incapacité pour caractériser les effets de tel ou tel agent pathogène.

Daly et Qaly : quelques éléments de définition

Les Dalys (*disability adjusted life years* ou années de vies ajustées par les incapacités) sont une métrique utilisée pour mesurer des années de vie (ajustée) perdues. Ils permettent de mesurer l'effet sanitaire d'une maladie, d'un comportement néfaste pour la santé.

Les Qalys (*quality adjusted life years* ou années de vie ajustées par la qualité) sont une métrique utilisée pour mesurer des années de vie (ajustées) gagnées. Ils permettent de mesurer l'effet sanitaire d'un médicament, d'un programme de santé publique.

Les deux concepts sont donc complémentaires et largement substituables, leur utilisation dépend largement des données disponibles. Ils se différencient selon la manière d'ajuster les années de vie : pour les Dalys, à partir des limitations fonctionnelles ou des incapacités, et sur la base d'estimations d'experts ; pour les Qalys, à partir de la qualité de vie.

²² Robert Proctor. *Golden Holocaust. Origins of the Cigarette Catastrophe and the Case for Abolition*. University of California Press, 2011

²³ Voir Gilbert C ; Henry E. (dir) *Comment se construisent des problèmes de santé publique*. Paris, Editions la Découverte, 2009 ou Henry E. *La fabrique des non-problèmes*. Paris, Presses de Sciences-Po, 2021

²⁴ Francis-Oliviero F. et al. *The health state of France before COVID-19 pandemic between 1990 and 2019: an analysis of the Global Burden of disease*. *The Lancet Regional Health - Europe*, 2024, vol. 39, p. 100848

²⁵ Contrat d'objectifs et de performance 2024-2028 de SPF : orientation 1 de l'axe 1, p.9.

La qualité de vie est valorisée à partir des préférences pour les états de santé établies à partir d'études en population générale (et non à dire d'expert). Ces préférences sont mesurées par des scores d'utilité le plus souvent, sur cinq dimensions (mobilité, capacité à prendre soin de soi, capacité à faire les actes habituels de la vie courante, souffrance/inconfort, anxiété/dépression). Aussi, une étude d'efficacité dont les résultats sont exprimés en Qalys sera une étude coût-utilité.

Dans la littérature scientifique, suivant la perspective utilisée, les chercheurs peuvent utiliser les notions de Dalys et Qalys pour mesurer un même objet (cf. développements en partie 1.3.1)

[43] Le repérage des causes des maladies (les agents et situations pathogènes) n'est cependant pas suffisant pour orienter les politiques de PPS, ces déterminants proximaux des maladies renvoient à des déterminants distaux, soit l'ensemble des facteurs psychologiques, culturels, sociaux, économiques, environnementaux qui sont à l'origine des expositions ou des comportements délétères pour la santé. Les données de la toxicologie et de l'épidémiologie doivent donc être complétées par des connaissances issues de l'ensemble des sciences sociales.

1.2.2 La quantification économique des cibles des politiques de PPS

[44] Pour orienter et guider les politiques de PPS, et notamment hiérarchiser leurs objectifs et allouer de manière pertinente les moyens disponibles, il est utile de disposer d'une quantification économique globale des effets des expositions et comportements délétères pour la santé.

[45] Cette étude de coût a été entreprise dans le cas des drogues (tabac, alcool, drogues illicites)²⁶. Elle distingue, d'une part, un coût pour les finances publiques (coût des traitements, coût de la répression, de la prévention et des dépenses sociales minoré des gains dus à de moindres dépenses sur les retraites et à la taxation des produits) et, d'autre part, un coût social. Le coût social englobe :

- les « coûts externes » supportés par les personnes exposées, en l'occurrence les consommateurs et leur entourage, soit les coûts des années de vie perdues (coûts liés aux décès), le coût de la perte de qualité de vie (coût lié à la morbidité et aux incapacités qui en résulte) et les pertes de production ;
- les coûts en « bien être » induits par le coût des finances publiques. Il est admis que devoir prélever un euro par l'impôt a, du fait des effets distorsifs de l'impôt, un coût en bien-être qui ne se limite pas à 1 €, mais peut être évalué à 1,2 €.

²⁶ P. Kopp. Le coût social des drogues : estimation en France en 2019. Note de l'OFDTA, juillet 2023

[46] Les résultats sont synthétisés dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Coût social des drogues en 2019

	Alcool	Tabac	Drogues illicites
Nombre de décès	41 080	73 189	1 230
1. Coût externe (2+3+4) (M€)	98 457 (96,10 %)	154 200 (99,02 %)	5 277 (68,28 %)
2. Coût des vies perdues	55 349 (54,02 %)	88 216 (56,65 %)	2 740 (35,45 %)
3. Coût de la perte de qualité de vie	35 949 (35,09 %)	55 674 (35,75 %)	2 123 (27,47 %)
4. Pertes de production	7 159 (6,99 %)	10 310 (6,62 %)	414 (5,36 %)
5. Coût pour les finances publiques (M€) (6+7+8+9)	3 332 (3,25 %)	1 691 (0,82 %)	2 042 (26,43 %)
6. Coût des traitements	7 849 (7,66 %)	16 439 (10,56 %)	760 (9,83 %)
7. Économie de retraites	- 1 256 (-1,23 %)	- 2 845 (- 1,83 %)	- 65 (- 0,85 %)
8. Prévention, répression et dépenses sociales	740 (0,72 %)	778 (0,50 %)	1 348 (17,44 %)
9. Taxation	- 4 000 (- 3,90 %)	- 13 100 (8,41 %)	0 (0 %)
10. Effet sur le bien-être* (M€)	3 998	1 527	2 451
11. Coût social (1+10) (M€)	102 455	155 726	7 730

Source : OFDT

[47] L'essentiel du coût social des drogues est constitué par les années de vie perdues et les pertes de qualité de vie. Si les coûts pour les finances publiques ne sont pas négligeables (3,3 Md€ pour l'alcool, 1,7 Md€ pour le tabac, et 2 Md€ pour les drogues illicites), l'essentiel des coûts sont des coûts externes intangibles, soit les coûts des années de vie perdue ou des pertes de qualité de vie (91 Md€ pour l'alcool, 144 Md€ pour le tabac et 5 Md€ pour les drogues illicites).

[48] L'enjeu majeur des politiques de réduction de l'exposition aux drogues n'est donc pas l'impact sur les finances publiques. Les effets délétères majeurs des drogues sont ignorés, si ces derniers ne sont appréhendés que sous l'angle des finances publiques. Paradoxalement, c'est l'analyse économique qui permet de mettre en exergue l'importance des effets strictement sanitaires.

[49] Pour parvenir à ce résultat, il faut toutefois donner une valeur monétaire à une année de vie en bonne santé (sans incapacités). Dans l'étude, une année en bonne santé est valorisée à 115 000€. Cette valeur est déduite d'un rapport de 2013 consacré à l'évaluation socioéconomique des investissements publics²⁷. Ce rapport recommandait de valoriser à 3 M€ (valeur 2010) la vie statistique dans les calculs visant à apprécier la pertinence d'un investissement public. Pour apprécier, par exemple, s'il convient de construire une autoroute, les bénéfices induits ne se limiteront pas aux gains de temps que permettra l'ouvrage, mais intégreront aussi les accidents évités et donc les vies gagnées pour une valeur de 3 M€²⁸.

²⁷ Quinet E. (2013) L'évaluation socioéconomique des investissements publics. Paris, Commissariat général à la stratégie et à la prospective. Ce rapport est souvent désigné par le nom de son auteur comme le « rapport Quinet », on reprendra cette appellation dans la suite du texte.

²⁸ Sur le calcul de la valeur d'une année en bonne santé à partir de la même référence voir aussi : Téhard B, Detournay B, Borget I, Roze S, De Pourville G. *Value of a QALY for France : A New Approach to Propose Acceptable Reference Values*, Value Health. 2020 Aug;23(8):985-993

1.2.3 La preuve de l'efficacité des interventions fondée sur une métrique commune

[50] Avoir repéré des agents ou des comportements pathogènes, avoir mesuré l'ampleur de leurs effets sur la santé et en avoir, éventuellement, quantifié les impacts en termes monétaires donne des indications précieuses mais ne suffit pas à définir le contenu d'une politique de PPS ; il est nécessaire de disposer de preuves que l'on dispose d'interventions efficaces pour réduire les expositions ou modifier les comportements.

[51] L'efficacité d'une intervention peut ainsi se mesurer en quantifiant ces effets par rapport à un objectif attendu prédéfini (ex : telle intervention fait baisser le taux de fumeurs quotidiens dans la population traitée de... %).

[52] Il va de soi qu'un décideur public ne devrait pas soutenir une intervention dont l'efficacité pour réduire les expositions à un agent pathogène n'est pas démontrée. En ce sens, la preuve d'efficacité par rapport à un objectif prédéfini constitue le niveau de preuve minimal que l'on peut exiger avant d'engager un programme de PPS.

[53] La mesure des effets par rapport à un objectif défini reste une information pauvre car elle ne permet pas, le plus souvent, des comparaisons d'efficacité entre plusieurs interventions. Elle permet de comparer l'efficacité de deux interventions ayant la même visée et s'évaluant sur le même objectif (dans l'exemple choisi : diminuer le taux de fumeurs quotidiens dans une population). Mais les études d'efficacité fondées sur un critère spécifique à l'intervention étudiée ne permettront pas de comparer deux interventions ayant des cibles différentes (par exemple : une intervention ayant pour effet de faire baisser le niveau de tabagisme et une intervention ayant pour effet de faire baisser le niveau d'alcoolémie), ou s'articulant autour d'objectifs différents (par exemple dans le cas du tabagisme : taux de sevrage d'un public de fumeurs, ou diminution du taux de fumeurs quotidiens).

[54] Pour comparer les deux interventions pour ce qui concerne leurs effets sanitaires, il faut disposer d'une métrique commune qui permet de comparer le résultat en santé de ces deux interventions. L'outil qui fait consensus pour apprécier les résultats en santé sont les années de vie pondérées par la qualité gagnée (en anglais Quality Adjusted Life Years ou Qalys)²⁹. Cette métrique n'est pas propre aux interventions de santé publique, elle a été développée initialement pour mesurer les résultats des pratiques de soins ou les effets des médicaments. Ainsi, en France, c'est l'instrument de mesures recommandé par la HAS pour apprécier l'apport en santé de la prise en charge d'un nouveau médicament³⁰.

[55] L'utilisation de cette métrique est aussi nécessaire si l'intervention étudiée est susceptible d'avoir des effets secondaires délétères sur la santé. La plupart des interventions de santé publique ne comportent pas de risques (par exemple : informer sur les risques du tabagisme est *a priori* une intervention qui ne comporte pas d'effets nocifs sur la santé), mais certaines démarches de prévention peuvent avoir de tels effets secondaires (une campagne de dépistage permet d'économiser des vies à travers une prise en charge précoce mais peut entraîner en cas de faux

²⁹ L'acronyme anglais Qaly étant devenu d'usage courant même dans la littérature française, on l'utilisera dans la suite du rapport.

³⁰ Haute Autorité de Santé, Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS. Guide méthodologique - Mis en ligne le 29 juil. 2020 - Mis à jour le 06 nov. 2023

positifs un surcroît des troubles d'anxiété et des actes invasifs non pertinents). Dans ce cas, la preuve d'efficacité de la politique ne pourra pas se limiter à examiner l'effet de l'intervention par rapport au résultat attendu (dans l'exemple, repérer des cancers à un stade précoce), mais devra intégrer l'ensemble de ces effets dans le cadre d'une analyse bénéfices-risques. Seul un outil exprimant, dans une même métrique, les effets positifs et négatifs de l'intervention, est à même d'établir valablement un bilan bénéfice-risque.

[56] Quantifier vraiment l'efficacité d'une intervention de santé publique suppose donc de mesurer l'ensemble de ses impacts (positifs et éventuellement négatifs), non pas simplement par rapport à un objectif prédéfini, mais dans une unité qui permette la synthèse des effets santé de l'intervention sur un horizon temporel adéquat. Il reste que mesurer le résultat d'une intervention en Qalys apporte une information plus riche mais s'avère bien plus exigeant du point de vue des données, des analyses et des modélisations qu'une mesure à l'aune d'un indicateur spécifique à l'intervention.

1.2.4 La preuve de l'efficacité des interventions, à fin d'arbitrages dans un contexte de rareté des ressources

[57] Etablir des preuves de l'efficacité d'une intervention en santé publique serait suffisant si le décideur public n'était pas soumis à la contrainte de rareté, si les ressources dont il peut disposer pour financer des programmes de PPS étaient illimitées. Dans un tel monde où effectivement « la santé n'aurait pas prix », le décideur public se devrait d'entreprendre toutes les actions réputées efficaces. Mais dans le monde réel, les ressources consacrées à la santé et en particulier à la santé publique restent limitées ; les votes annuels de l'ONDAM en témoignent.

[58] Dans un contexte de rareté, le décideur public ne peut se satisfaire de disposer de preuves de l'efficacité des interventions mais doit aussi pouvoir aussi mesurer leur efficacité. L'efficacité désigne le rapport entre les ressources consacrées à une intervention (le coût de cette intervention minoré des éventuelles économies induites), et les bénéfices en santé de ladite intervention. Dans le cadre d'un budget limité, si le décideur consacre des moyens à l'intervention A qui est efficace mais qui s'avère moins efficace que l'action B, il ne tire pas le meilleur parti des ressources dont il dispose pour maximiser les bénéfices en santé de la population. Il contribue de ce fait à accroître le nombre de vies perdues ou d'incapacités subies.

[59] Dans le cadre des études d'efficacité, les plus communes sont les études coût-utilité. Les coûts seront exprimés en euros et les bénéfices sanitaires (l'utilité) en Qalys. Un calcul d'efficacité aboutit donc à un résultat qui prend la forme d'un coût par Qaly. Le calcul s'opérant par rapport à une situation de référence, l'estimation prend la forme d'un ratio différentiel coût-résultat RDCR³¹ (en langue anglaise ICER pour *incremental cost-effectiveness ratio*).

³¹ Sur cette notion, voir : HAS. Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS. Guide méthodologique - Mis en ligne le 29 juil. 2020 - Mis à jour le 06 nov. 2020 L'établissement d'un RDCR est exigé des entreprises pharmaceutiques depuis 2012, dans le cadre des procédures de fixation des prix et d'admission au remboursement des médicaments, la qualité de l'estimation du RDCR proposée par le laboratoire pharmaceutique est évaluée par la CEESP, commission spécialisée de la HAS.

[60] La comparaison des coûts par Qaly permet l'arbitrage entre deux actions différentes, quelles que soient leurs caractéristiques, et d'orienter les décideurs vers les actions les plus pertinentes (celles qui apportent « plus de santé ») dans le cadre d'un budget en tout état de cause limité.

[61] Une analyse d'efficacité, en première analyse, attribue la même valeur à un Qaly quelles que soient les caractéristiques de la personne qui en bénéficie. L'objectif de réduction des inégalités sociales de santé peut toutefois être intégré dans de telles analyses, en donnant plus de poids aux interventions qui bénéficient aux personnes les plus défavorisées sur le plan sanitaire ou économique (Qaly majoré).

1.2.5 L'efficacité d'une intervention, une notion à distinguer de la recherche d'économies budgétaires

[62] Il importe de marquer la différence fondamentale entre une analyse de l'efficacité et une analyse en termes d'économies pour les finances publiques.

[63] Tout d'abord, l'analyse coût-utilité peut entrer en contradiction avec une approche budgétaire de court terme. L'analyse coût-utilité permet de repérer des interventions qui génèrent des économies, l'ICER ou RDCR est alors négatif et l'intervention est considérée comme dominante (elle améliore la santé et permet des économies). Il faut toutefois noter que les économies réalisées le sont souvent à long terme (actualisation de tous les flux futurs de dépenses supplémentaires et de dépenses évitées). Les études coût-utilité sont réalisées sur des horizons divers, mais les résultats s'entendent souvent à plus de 20 ans ou sur une vie entière. L'analyse d'efficacité ne renseigne pas sur l'impact budgétaire immédiat (elle peut éventuellement être couplée avec des analyses d'impact budgétaire), mais une préoccupation budgétaire de court terme peut entrer en contradiction avec les résultats favorables d'une analyse d'efficacité.

[64] Par ailleurs, dans le cadre d'une analyse centrée sur les dépenses publiques, les dépenses de prévention sont justifiées par les économies budgétaires qu'elles sont censées permettre ultérieurement sur les dépenses de soins (cf. encadré ci-dessous). Ces analyses relatives aux économies pour les finances publiques apportent une information utile, et peuvent venir conforter un plaidoyer pour développer la PPS ; l'argument selon lequel les dépenses de PPS contribuent à la maîtrise des dépenses de santé est généralement bien accepté.

Un exemple d'analyse en termes d'économies budgétaires

Dans le rapport *Charges et produits* pour l'année 2024³², la CNAM établit le bilan financier d'une augmentation du taux de recours au dépistage colorectal, soit un passage du taux de recours de 35 % (taux actuel) au taux cible de 45 % ce qui correspondrait à une augmentation de 2 millions du nombre de dépistages.

En termes financiers, cette augmentation du recours au dépistage se traduit par un surcoût initial, progressivement compensé par les dépenses évitées grâce au dépistage par la détection de cancers moins graves (traitement moins coûteux), puis à plus long terme par les cancers évités.

Il s'ensuit selon le scénario principal qu'après un surcoût initial à court terme de 43 M€ en première année, on aboutit à un horizon de 10 -20 ans à un état stationnaire, où l'augmentation du taux de dépistage se traduit par une économie de 14 M€ par an.

[65] Toutefois, ces analyses omettent souvent de préciser le taux d'actualisation utilisé ou de prendre en compte des dépenses publiques induites par la politique de prévention, notamment au titre des dépenses de retraite. Elles négligent aussi souvent le fait qu'éviter une dépense sur tel segment de soins (un cancer évité) se traduira aussi par des dépenses, plus tardives mais éventuellement plus élevées, sur d'autres pathologies (par exemple, un cancer évité permet à un syndrome Alzheimer de développer).

[66] Mais plus fondamentalement, une analyse même bien conduite quant au gain pour les finances publiques, passe à côté de l'essentiel de la valeur créée par l'action de prévention : des années de vie gagnées, une qualité de vie améliorée. Aussi, évaluer une action de PPS à la seule aune du critère des économies qu'elle est susceptible de provoquer constitue une erreur manifeste. Nous acceptons de prendre en charge des dépenses de soins, sans esprit de retour en termes d'économies, pour sauver des vies ou réduire des incapacités ; nous devrions donc accepter des dépenses de PPS parce qu'elles permettent de sauver des vies ou de réduire des incapacités. Mais, tant pour les soins que pour la prévention, encore faut-il s'assurer du rapport entre les coûts exposés et les gains en santé³³.

[67] Bien évidemment, un programme qui produit des économies sera efficient dès qu'il est efficace (qu'il produit des gains en santé), mais une action qui ne produit pas d'économies peut parfaitement constituer une action efficiente si elle se traduit par des gains en santé majeurs. Ces gains en santé sont pris en compte dans l'analyse d'efficience à travers les Qalys, et occultés dans une analyse réduite à l'effet sur les finances publiques. Une action de PPS peut mériter d'être entreprise si elle est efficiente même si elle ne produit pas d'économies.

³² CNAM, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'assurance maladie pour 2024*, juillet 2023

³³ Newhouse J. P. *An ounce of prevention*. Journal of Economic Perspectives. Printemps 2021, vol. 35, n°2, pp. 101-118

1.2.6 Les limites des études coût-utilité, pour mesurer les effets positifs des interventions au-delà des seuls gains sanitaires

[68] Les études coûts-utilité rapportent des coûts (dépenses moins économies) dans le champ de la santé à des bénéfices en santé, exprimés sous forme de Qalys. Elles permettent ainsi d'optimiser l'usage des ressources publiques qu'il a été décidé de consacrer à la santé.

[69] Mais les interventions en PPS peuvent avoir et ont souvent des effets qui ne limitent pas aux seules dépenses sanitaires et aux seuls gains en santé. Elles peuvent impacter d'autres champs des finances publiques. On a déjà évoqué dans ce registre les effets sur les dépenses de retraite, mais on peut évoquer d'autres effets potentiels ; par exemple, la prévention de la perte d'autonomie peut se traduire par des économies sur les dépenses sociales à engager au titre de la prise en charge de la dépendance. Le HCAAM vient d'engager une réflexion sur les co-bénéfices sanitaires et environnementaux que l'on peut attendre de certaines interventions ou politiques.

[70] Elles peuvent aussi avoir des effets positifs au-delà des seuls gains en santé, notamment des effets économiques : des personnes en meilleure santé avec une espérance de vie en bonne santé plus longue seront plus enclines à se former, à investir, seront plus aptes à participer au marché du travail et seront plus productives (réduction de l'absentéisme et du présentéisme).

[71] Ces effets peuvent être captés dans des études au spectre élargi par rapport aux études coût-utilité, par des études coûts-conséquences (les effets positifs sont quantifiés dans une métrique propre à la dimension considérée : par exemple, effet sur la croissance de la population active) (cf. infra 1.4.1, encadré), ou des analyses coûts-bénéfices (l'ensemble des effets sont exprimés en valeur monétaire).

[72] Dans son contrat d'objectif et de performance 2024-2028, SpF prévoit d'engager d'ici 2028 six études coûts-bénéfices pour des programmes de PPS dont l'efficacité, mais non l'efficience, a été établie. Une telle étude a d'ores et déjà été réalisée pour le programme *Unplugged* (cf. infra partie 2) sous la forme d'une étude de type « retour sur investissement », en s'inspirant de la méthodologie du WSIPP (cf. encadré).

Le Washington State Institute for public policy (WSIPP) et les études coût-bénéfices

Le WSIPP réalise depuis 1997 des études coût-bénéfices pour le compte des autorités publiques de l'Etat de Washington. Il vise à établir, pour chacune des politiques publiques analysées, une estimation du retour sur investissement (ROI) de la politique envisagée, associée à une estimation de la probabilité que ce ROI soit supérieur à 1. Il est ainsi amené à évaluer des actions de prévention, mais aussi des actions dans le domaine des soins ou hors champ sanitaire (sécurité publique, éducation, justice).

Cette analyse s'appuie sur une revue de la littérature pour quantifier les effets/résultats du programme étudié, une valeur monétaire de ces effets est estimée en distinguant divers types de bénéfices, la somme des bénéfices est établie en évitant les doubles comptes, ces bénéfices sont rapprochés des coûts du programme pour aboutir à un ratio de retour sur investissement. L'analyse repose sur de nombreuses hypothèses pour estimer les effets et valoriser les bénéfices. Ces études intègrent une valorisation monétaire des gains en santé soit des années de vie ajustées par la qualité.

Ainsi, le WSIPP a étudié le ROI d'un programme de prévention « *Good Behaviour Game* »³⁴ (programme de développement des compétences psychosociales d'enfants en CP et CE1, implanté également en France, cf. partie 2), les résultats sont synthétisés sous la forme suivante (forme retenue pour toutes action/programme de manière à faciliter la comparaison des résultats et le choix entre programmes, sachant que les modalités d'évaluation des divers programmes sont homogènes).

Benefit-Cost Summary Statistics Per Participant			
Benefits to:			
Taxpayers	\$3,223	Benefits minus costs	\$11,392
Participants	\$4,095	Benefit to cost ratio	\$64.42
Others	\$3,501	Chance the program will produce	
Indirect	\$752	benefits greater than the costs	77%
Total benefits	\$11,571		
Net program cost	(\$180)		
Benefits minus cost	\$11,392		

Il ressort donc de l'étude que la valeur centrale du ROI pour ce programme est particulièrement élevée (64) avec, après étude de sensibilité, 77 % de chances que le ROI soit supérieur à 1.

Tous les programmes de santé publique n'aboutissent pas à de tels résultats. Ainsi, l'évaluation d'un programme qui consistait à mesurer le poids des enfants et à informer les parents du résultat par un courrier personnalisé fait apparaître une valeur centrale inférieure à 1 (0,48), avec toutefois 50 % de chances que ce ROI soit supérieur à 1.

³⁴ Washington State Institute for public policy. *Benefit-cost model. Technical documentation*. Décembre 2023.

Ce type d'étude permet donc de discriminer les programmes selon qu'ils sont efficaces ou non, et d'orienter l'emploi des ressources publiques consacrées à la PPS.

1.3 Les données d'efficience sur les actions de PPS

[73] Les « preuves » susceptibles d'orienter des actions de PPS sont donc de natures diverses. Mais, dans l'idéal, elles doivent s'articuler de l'amont (détermination des facteurs délétères pour la santé), à l'efficacité (preuve de l'effet bénéfique des interventions) et à l'efficience des interventions (rapport entre les coûts exposés et les effets bénéfiques).

1.3.1 Les actions de PPS ont-elles fait la preuve de leur efficience ?

[74] Une étude au Royaume-Uni suggère que les dépenses en matière de santé publique sont globalement plus efficaces que les dépenses de soins. Ainsi, faudrait-il 3 800 £ pour produire une année de vie en bonne santé (un Qaly) dans le domaine de la santé publique, contre 13 500 £ dans le domaine des soins³⁵.

[75] Cette étude vient confirmer l'adage : « il vaut mieux prévenir que guérir », l'affectation des ressources à la santé publique serait plus productive en gains de santé qu'une affectation aux soins curatifs. Il importe de préciser que ce résultat, établi en Angleterre, ne peut être transposé tel quel dans le contexte français. Par ailleurs, cette approche globale ne nous renseigne pas sur l'efficience de telle ou telle action de PPS. Or, l'enjeu pour le décideur est moins de savoir si l'équilibre des fonds entre préventif et curatif est pertinent, que de savoir s'il doit engager des ressources sur telle ou telle action de PPS. Des revues de littérature permettent d'apprécier, à l'étranger, l'efficience des actions de PPS.

[76] Ainsi en Australie, 123 programmes préventifs et 27 programmes de soins ont-ils été évalués sur des bases homogènes. Les actions étaient classées en interventions dominantes (des gains en santé et des économies de ressources), très ou modérément efficaces (le coût par Daly est respectivement inférieur à 10 000 et 50 000 dollars australiens), inefficaces (le coût par Daly est supérieur à 50 000 dollars australiens), dominées (des alternatives moins coûteuses sont disponibles pour un même gain en santé)³⁶. Sur les 123 interventions de prévention, 43 se sont avérées dominantes (21) ou très efficaces (22), 31 présentaient un coût par Daly inférieur à 50 000 dollars mais 42 s'avéraient inefficaces ou dominées. Si la prévention est souvent efficace, elle ne l'est pas systématiquement. Parmi les programmes de prévention dominants, on relève notamment les hausses de la fiscalité sur le tabac ; l'alcool et sur les produits alimentaires délétères pour la santé, la limitation du sel dans les produits transformés, la fluoration de l'eau de boisson...

³⁵ Martin S, Lomas J, Claxton K. Is an ounce of prevention worth a pound of cure? A cross-sectional study of the impact of English public health grant on mortality and morbidity. *BMJ Open* 2020;10

³⁶ Vos, Theo, Carter, Rob, Barendregt, Jan, Mihalopoulos, Cathrine, Veerman, Lennert, Magnus, Anne, Cobiac, Linda, Bertram, Melanie and Wallace, Angela 2010, Assessing cost-effectiveness in prevention : ACE-prevention September 2010 final report.

[77] Une autre étude a analysé les résultats publiés aux Etats-Unis de 2000 à 2005 sous forme de coûts incrémentaux par Qaly pour des interventions relevant tant de la prévention primaire (279), que de soins curatifs. Dans 19 % des cas, les interventions en prévention sont dominantes, dans 46 % des cas, les interventions présentent un coût par Qaly inférieur à 50 000\$. Dans 35 % des cas, les actions sont peu efficaces ou dominées³⁷.

[78] Au Royaume-Uni, le NICE établit des recommandations de santé publique et calcule, dès lors que c'est possible, des ICER pour les interventions de PPS analysées (cf. encadré pour un exemple de calcul d'efficacité pour une intervention de santé publique).

Analyse coût-utilité et établissement de recommandations de santé publique au Royaume-Uni : une illustration de la démarche

Une recommandation (*guideline*) de santé publique sur le tabagisme émise par le NICE invite, parmi d'autres propositions, les autorités de santé publique du Royaume-Uni à financer une intervention visant à favoriser l'arrêt du tabac : la « *Allen Carr's Easy Way to Stop Smoking method* » (ACE), soit un séminaire de groupe (4,5h - 6h) visant à modifier les représentations et croyances des participants par rapport à l'arrêt du tabac et à les initier à des techniques de relaxation. La participation au séminaire est facturée 299 £.

Pour intégrer ce type d'intervention parmi celles qu'il est recommandé de financer, le comité en charge de l'établissement de la recommandation tabagisme s'est appuyé dans ses délibérations sur cette intervention sur une étude coût-efficacité réalisée par les équipes du NICE³⁸.

Une revue de littérature a permis de sélectionner deux études d'efficacité à base d'essais randomisés, comparant la méthode ACE et deux autres dispositifs d'aide à l'arrêt du tabac considérés comme des pratiques usuelles au sein du NHS. Le critère principal de comparaison est l'arrêt du tabac vérifié par test biochimique à 26 semaines de l'intervention. L'intervention ACE est plus coûteuse que les pratiques usuelles, mais s'avère aussi plus efficace (plus d'arrêts du tabac).

³⁷ Cohen, J. T., Neumann, P. J., & Weinstein, M. C. (2008). Does preventive care save money? Health economics and the presidential candidates. *New England Journal of Medicine*, 358(7), 661-663

³⁸ NICE Guideline. Tobacco; preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. Publié le 30 novembre 2021, dernière actualisation 16 janvier 2023. NICE. Effectiveness and cost-effectiveness of Allen Carr's Easyway. Août 2022

Un modèle sur les effets à long terme des cessations d'arrêts du tabac permet à l'équipe du NICE de calculer tant les Qalys gagnés que les dépenses sanitaires évitées du fait des arrêts du tabac induits par les diverses interventions. Ce modèle permet ainsi d'établir que l'intervention ACE est coût/efficace, dans l'hypothèse où les coûts de l'intervention sont financés par le NHS. Malgré un coût initial supérieur, la méthode ACE, qui entraîne plus d'arrêts du tabac, s'avère dominante à l'horizon de 20 ans dans la comparaison avec un premier dispositif (elle coûte moins cher au NHS et procure plus de Qalys), et aboutit toujours à l'horizon de 20 ans à un ICER de 88 £ dans la comparaison avec un second dispositif. Du fait des nombreuses hypothèses qui sous-tendent les calculs précédents, une analyse d'incertitude permet de tester la robustesse du constat de coût/efficacité à diverses variations dans les hypothèses retenues.

Le comité en charge d'établir la recommandation générale sur la politique à l'égard du tabagisme délibère à partir de ces résultats. Ils le conduisent à recommander aux autorités de santé publique de favoriser l'accès à l'intervention ACE (recommandation 1.12.2), en soulignant notamment que sans aide publique, elle risque d'être réservée aux personnes qui peuvent acquitter les frais de participation. La dépense serait ainsi non seulement coût-efficace, mais susceptible de contribuer à réduire les inégalités de santé.

[79] Une analyse des résultats des évaluations d'ICER réalisées entre 2005 et 2018 montre que sur les 71 recommandations de santé publique analysées, 27 comprenaient des analyses coût-utilité³⁹. Un ICER avait été estimé pour 380 interventions. Pour ces 380 interventions, le coût médian par Qaly était de 1986 £. Parmi ces interventions, 21 % entraînaient des économies nettes, 54 % aboutissaient à un coût par Qaly inférieur à 20 000 £, 3 % à un coût par Qaly compris entre 20 000 et 30 000 £, 16 % à un coût par Qaly supérieur à 30 000 £, et 5 % étaient dominées.

[80] Ces diverses études montrent que les interventions de PPS sont souvent un excellent emploi des ressources publiques, dans la mesure où elles permettent à la fois d'améliorer la santé et de réaliser des économies pour les finances publiques. Elles montrent aussi que certaines interventions de prévention ne génèrent pas d'économies mais méritent pour autant d'être entreprises, car la dépense est justifiée par les gains en santé qu'elles permettent. Enfin, elles montrent que certaines interventions de PPS ne méritent pas d'être entreprises, malgré leur efficacité sanitaire, du fait de coûts très (trop) élevés.

³⁹ Owen L, Fischer A. The cost-effectiveness of public health interventions examined by the National Institute for Health and Care Excellence from 2005 to 2018. Public Health. 2019

1.3.2 L'Angleterre, une référence pour les études d'efficience

[81] S'il s'avère que des preuves d'efficience sont essentielles pour orienter les décisions en matière de PPS, il reste que les études et donc les preuves d'efficience sont quasiment inexistantes en France, même si des académiques peuvent prendre l'initiative d'en produire (cf. encadré sur un exemple d'étude française).

Un exemple d'étude d'efficience en France : le remboursement des substituts nicotiniques

Une étude d'efficience réalisée en France⁴⁰ a évalué le coût par année de vie gagnée d'une prise en charge intégrale des substituts nicotiniques, comparée à la prise en charge forfaitaire limitée à 50 euros par an qui prévalait au moment de l'étude. Les années de vie gagnées étaient évaluées pour les trois principales pathologies induites par le tabagisme : cancer du poumon, broncho-pneumopathie chronique obstructive et maladies cardiovasculaires (soit une approche conservatrice, car les maladies liées au tabac sont bien plus nombreuses).

En termes d'efficacité, l'étude s'appuie des évaluations qui conduisent à estimer les taux d'arrêt du tabac à 7 % en cas de couverture intégrale, contre 2,6 % en l'absence de prise en charge. Les effets de ces arrêts sur les pathologies et les coûts de soins associés sont alors modélisés. L'ICER de la mesure s'élevait à 3,868€ par année de vie gagnée. L'analyse de sensibilité établissait que dans 99 % des cas, l'ICER était inférieur à 11 187€. Cette analyse d'efficience était complétée par une analyse d'impact budgétaire, qui évaluait les économies associées à une moindre consommation de traitements médicaux dans un intervalle de 15 à 215 M€ à un horizon de cinq ans, pour un coût initial de la mesure qui était estimé entre 125 et 412 M€.

Les résultats de cette étude ont pu contribuer à la décision prise en 2019 de rembourser les substituts nicotiniques.

[82] Pour autant, les études internationales sont souvent mobilisées dans des argumentaires ou des plaidoyers par référence à des résultats établis à l'étranger. On lit ainsi souvent qu'une intervention est coût-efficace, alors même qu'aucune étude coût-efficacité n'a été entreprise en France, et sans d'ailleurs que le seuil de coût/efficacité (soit un coût maximum par Qaly) ait été défini. Transposer des résultats établis à l'étranger est toujours audacieux : d'une part, les contextes sociaux, culturels sont déterminants de l'efficacité de interventions PPS et dès lors que l'on raisonne en termes d'efficience, il est pour le moins hasardeux de postuler que les contextes économiques sont semblables. Ainsi, vingt-huit analyses séparées d'un même programme d'interventions brèves pour réduire les consommations d'alcool excessives ont-elles conclu que

⁴⁰ Cadier B, Durand-Zaleski I, Thomas D, Chevreul K (2016) *Cost Effectiveness of Free Access to Smoking Cessation Treatment in France considering the Economic Burden of Smoking-Related Diseases*. PLoS ONE 11(2): e0148750

ce type d'intervention était dominant dans 14 pays, coût-efficace dans 10 pays, mais qu'il n'était pas coût-efficace dans 4 pays⁴¹.

[83] Aux Etats-Unis, les analyses d'efficience se sont développées sur la base d'initiatives privées, en s'appuyant sur de nombreux centres de recherche en médico-économie dans un contexte très différent de celui qui prévaut en France. Elles sont aussi très développées au Royaume-Uni, et plus particulièrement en Angleterre où elles sont mises en œuvre sous l'égide des pouvoirs publics. Un détour Outre-manche s'avère donc utile pour apprécier le contexte qui est à l'origine d'un tel développement.

[84] Il convient de préciser que ce détour par l'Angleterre a paru pertinent à la mission pour apprécier par contraste la situation française sur la question des preuves et des politiques de PPS, il ne signifie pas pour autant qu'elle considère que les résultats de l'Angleterre sont meilleurs que ceux de la France dans le domaine de santé publique et de la prévention. Au contraire, ils semblent moins bons, le taux standardisé de mortalité évitable par la prévention⁴² s'élève, en 2017, à 125 pour 100 000 habitants au Royaume-Uni, contre 109 en France⁴³.

[85] Comprendre la place donnée aux études d'efficience dans la conduite des politiques de santé publique en Angleterre renvoie au contexte global de mise en œuvre de ces politiques (cf. annexe 1), mais on se concentrera principalement sur le rôle joué par le *National institute for health and care excellence* (NICE) à qui il revient la responsabilité d'établir des recommandations fondées sur les preuves en matière de santé publique.

[86] Le NICE se définit lui-même ainsi : « Nous sommes les experts sur les meilleures pratiques fondées sur les preuves et sur la valeur créée par les sommes dépensées (*value for money*). Notre vocation fondamentale est d'aider les praticiens et les acheteurs de soins à procurer les meilleurs soins aux patients tout en garantissant au contribuable que sa contribution crée le maximum de valeur (*value for taxpayer*) »⁴⁴. La référence dans la définition à la « *value for money* », redoublée par une référence à la « *value for taxpayer* », souligne que le NICE n'a pas seulement pour ambition de promouvoir l'excellence sanitaire - le meilleur soin -, mais aussi l'efficience médico-économique des sommes consacrées à la politique de santé. En d'autres termes, le NICE vise, dans les limites du budget consacré à la santé, à affecter les ressources aux interventions et soins qui apportent le plus de santé (années de vies pondérées par leur qualité ou Qalys) aux Britanniques, l'efficience est au cœur de ses démarches d'évaluation.

[87] La démarche du NICE s'est construite, à l'origine, à partir de l'évaluation des médicaments pour décider s'ils devaient être pris en charge par le NHS. Elle s'organise autour d'études coût-utilité systématiques qui visent à établir pour tout nouveau médicament un ICER (*incremental cost*

⁴¹ Angus C, Thomas C, Anderson P, Meier PS, Brennan A. Estimating the cost-effectiveness of brief interventions for heavy drinking in primary health care across Europe. *European Journal of Public Health*. 2017;27(2):345-51

⁴² Cet indicateur est construit à partir des registres nationaux des causes de décès. Une liste des causes de décès pour lesquels la mortalité peut être réduite par des politiques efficaces de prévention est établie par des experts. Après standardisation par l'âge et le sexe, il est alors possible d'établir le taux de mortalité évitable par la prévention et de le comparer entre pays.

⁴³ Base de données de l'OCDE sur la santé. L'année 2017 est la dernière année renseignée pour la France

⁴⁴ A partir du site du NICE, traduction par la mission de « We are the experts in evidence-based best practice and value for money. Our core purpose is to help practitioners and commissioners get the best care to patients, fast, while ensuring value for the taxpayer. »

effectiveness ratio). Le niveau d'ICER est un élément central dans l'évaluation du médicament. Cette évaluation sera conduite par un comité composé de soignants du NHS, de représentants des patients, des personnalités qualifiées issues du monde universitaire, des représentants de l'industrie pharmaceutique et des matériels médicaux. Le comité agira avec l'appui mais aussi sous le contrôle des équipes du NICE. La règle qui oriente les délibérations du comité et la décision du NICE peut se formuler ainsi :

- les médicaments dont le niveau d'ICER est inférieur à 20 000 £ seront pris en charge par la NHS ;
- pour un ICER entre 20 000 et 30 000 £, la décision de prise en charge du médicament dépendra des délibérations du comité, qui est appelé notamment à prendre en compte le degré d'incertitude autour de l'ICER et les bénéfices éventuels que la prise en charge du médicament pourrait apporter hors du domaine de la santé, soit hors du domaine ouvert par le calcul de l'ICER (par exemple influence sur la dépense sociale, sur la charge des aidants...) ;
- au-delà de 30 000 £, la prise en charge du médicament est exclue, ou plus précisément selon la formulation tirée des documents du NICE, ils ne seront pris en charge que si le comité s'accorde sur « de très forts arguments pour justifier qu'il s'agit d'un usage approprié des ressources du NHS ».

[88] Ces seuils sont établis en surpondérant les Qalys lorsque la maladie traitée est une maladie sévère : perte de plus de 12 Qalys ou réduction de l'espérance en Qalys de plus de 85 %. Cette surpondération se fonde sur le constat que le contribuable britannique est disposé à payer plus pour réduire l'impact d'une maladie grave que pour soulager les affections bénignes. La valeur maximale de cette surpondération est de 1,7 dans les maladies les plus sévères. Pour ces maladies, les seuils 20 000/30 000 £ deviennent ainsi des seuils à 34 000/51 000 £⁴⁵. La question d'introduire une pondération différente des Qalys selon le statut social des populations bénéficiaires, afin d'intégrer l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé dans la démarche (les Qalys des groupes défavorisés seraient surpondérés), est en débat.

[89] La justification fondamentale de cette démarche est fondée sur l'argumentaire suivant : les ressources du NHS sont contraintes par un budget voté par le Parlement ; si le NHS prend en charge un médicament dont l'ICER est supérieur au seuil de 20 000/30 000 £, il devra nécessairement restreindre les ressources allouées à d'autres démarches de soins ; le bilan sanitaire pour la population britannique sera alors dégradé car des dépenses qui permettent de générer un Qaly pour moins de 20 000/30 000 £ seront évincées⁴⁶.

[90] Si telle est bien la logique qui sous-tend la démarche, il semble néanmoins que sa mise en œuvre ait été et reste assez « empirique », notamment en ce qui concerne la détermination des seuils. Une étude a établi que les seuils seraient trop élevés, car supérieurs au coût marginal par

⁴⁵ On notera que le niveau de ces seuils est très inférieur à la valeur (115 000€) d'une année de vie qui est recommandée dans la méthodologie de calcul socio-économique en France (cf. rapport Quinet déjà cité).

⁴⁶ Des seuils beaucoup plus élevés peuvent se justifier si l'on ne vise pas à optimiser un budget de santé préfixé (perspective retenue par les Britanniques), mais à consacrer à la santé des moyens à hauteur de la disposition à payer pour des gains de santé. Sur ce sujet, voir Wouterse B, van Baal P, Versteegh M, Brouwer W. *The Value of Health in a Cost-Effectiveness Analysis: Theory Versus Practice*. *Pharmacoeconomics*. 2023 Jun;41(6):607-617

Qalys pour les dépenses courantes du NHS ; coût marginal qui s'établirait à 13 000 £⁴⁷. Avec des seuils à 20 000/30 000 £, on risque donc d'évincer des dépenses plus efficaces pour financer l'introduction d'un médicament. Les seuils n'ont pas évolué depuis 1999, alors qu'ils auraient dû logiquement être modifiés avec l'inflation et la croissance du budget du NHS⁴⁸. De fait, cette non-revalorisation les rapproche progressivement du seuil pertinent d'efficacité si l'on se réfère à l'étude précédente.

[91] Il faut préciser que cette volonté de fonder les décisions en matière de santé sur des critères d'efficacité et la rigueur de la démarche qui s'ensuit n'ont pas été sans donner lieu à des tensions et des conflits politiques⁴⁹.

[92] Cette démarche, construite pour l'évaluation des médicaments et articulée autour d'un calcul d'efficacité, va influencer fortement la manière dont sont établies les recommandations émises par le NICE dans d'autres domaines des politiques de santé. En effet, par extension de sa mission initiale dans le domaine du médicament, le NICE est devenu une instance d'évaluation générale en matière de santé tant pour les technologies que pour les pratiques de soins. Sa compétence a été élargie au domaine de la santé publique et des actions de PPS en 2005, année où le NICE absorbe la *Health Development Agency* et devient dès lors l'instance de production des recommandations en matière de santé publique. Il publie en 2006 sa première recommandation en ce domaine, elle est consacrée aux interventions brèves pour réduire le tabagisme. En 2013, il est aussi chargé d'établir des recommandations pour le secteur des services sociaux⁵⁰.

[93] L'établissement des recommandations du NICE, quel que soit leur type (médicament, clinique, santé publique...), est organisé sur la base d'une méthodologie commune⁵¹. Sans entrer dans le détail du processus, il obéit aux étapes suivantes :

- définition du champ de la recommandation ;
- constitution d'un comité décisionnel intégrant l'ensemble des parties prenantes ;
- définition des questions posées et organisation de la recherche des preuves ;
- recherche de la littérature pertinente et appréciation de la validité des preuves ;
- développement de l'analyse médico-économique ;
- établissement de la recommandation par le comité et publication par le NICE.

⁴⁷ Claxton K, Martin S, Soares M, Rice N, Spackman E, Hinde S, Devlin N, Smith PC, Sculpher M. *Methods for the estimation of the National Institute for Health and Care Excellence cost-effectiveness threshold*. *Health Technol Assess*. 2015 Feb;19(14)

⁴⁸ Rais Ali S. Tubeuf S. "Seuil d'acceptabilité des technologies de santé : quel retour d'expérience 20 ans après ?," *PSE Working Papers* 2018

⁴⁹ Sur cette question voir Benamouzig D. *NICE et les interférences pharmaceutiques. La négociation de prix exorbitants*. *Revue française des affaires sociales* 2018/3, pp. 181 à 201

⁵⁰ Sans changer d'acronyme, le NICE qui se dénommait à l'origine « *national institute for clinical excellence* » se dénomme désormais « *National institute for health and care excellence* »

⁵¹ La démarche d'établissement des recommandations est formalisée dans : NICE, *Developing NICE guidelines: the manual*. *NICE process and methods*, publié le 31 octobre 2014 avec une dernière mise à jour le 17 janvier 2024

[94] Ce qui est caractéristique de la démarche du NICE est la constitution d'un comité ad hoc pour chaque recommandation qui vise à réunir toutes les parties prenantes, la publication de documents à chaque étape du processus pour permettre l'expression du public intéressé, la prise en compte explicite de la dimension de l'équité et de la réduction des inégalités de santé tout au long du processus d'élaboration de la recommandation.

[95] Mais la marque propre du NICE est l'intégration des études médico-économiques au processus d'évaluation pour apprécier non seulement l'efficacité mais aussi l'efficience de la dépense. Le coût par Qaly est un élément central dans l'établissement des recommandations de santé publique, comme pour le médicament. Logiquement, ce sont les mêmes seuils qui prévalent pour l'évaluation d'un médicament ou d'une action de santé publique. L'analyse médico-économique s'appuie sur une revue de la littérature existante dont la qualité est évaluée mais, en l'absence de données dans la littérature, une analyse/modélisation économique peut être développée par ou sous l'égide du NICE. Sauf impossibilité avérée de procéder à de telles études, l'analyse médico-économique en coût-utilité est donc systématique.

[96] Les exigences retenues pour les médicaments sont ainsi transposées dans le domaine des recommandations de santé publique. La méthodologie générale d'analyse est toutefois adaptée dans le cadre des programmes de santé publique, notamment sur deux points :

- en matière de santé publique, les coûts ont vocation à être pris en compte par les autorités locales alors que d'éventuelles économies sur les dépenses de soins bénéficieront au NHS : l'analyse coût-utilité englobe donc les effets de l'intervention sur l'ensemble de la dépense publique (et non sur les seules dépenses de santé comme dans le cas du médicament) ;
- les programmes de santé publique sont mis en œuvre par des autorités locales dont la responsabilité ne se limite pas à améliorer l'état de santé de la population, mais aussi à promouvoir plus largement son bien-être. Le NICE prévoit donc de faire une place plus large dans l'analyse aux études coûts-conséquences ou aux études coûts-bénéfices. Pour autant, il est recommandé de procéder à une analyse coût-utilité dès lors que cela s'avère possible.

[97] Bien évidemment, le développement du calcul médico-économique suppose de lui consacrer des moyens. Pour élaborer ses recommandations, le NICE dispose d'un budget de 58 M£ sur l'année budgétaire 2022/2023, soit environ 68 M€⁵², il n'est pas possible d'isoler la part du budget mobilisé spécifiquement par le domaine de la santé publique. Selon la Cour des comptes, le NICE compte 723 agents et dispose de conventions de partenariat avec neuf centres universitaires indépendants et organismes de recherche, soit environ 3 000 experts indépendants (médecins, épidémiologistes, statisticiens, économistes, patients)⁵³.

1.3.3 L'absence de dynamique en France autour des études d'efficience

[98] Ce détour par l'Angleterre montre que le recours à des données d'efficience pour établir des recommandations en matière de santé publique trouve son origine dans la volonté incarnée par le NICE d'optimiser les gains en santé dans le cadre de budgets (soins et santé publique) limités. Cette volonté se traduit par la définition d'un seuil qui déterminera si un médicament ou

⁵² National Institute for Health and Care Excellence Annual Report and Accounts 2021/22

⁵³ Cour des comptes. Rapport sur la sécurité sociale 2024. Mai 2024

une action de santé publique mérite d'être financé, les études d'efficacité coût-utilité deviennent ainsi des études qui portent de forts enjeux et deviennent une référence incontournable pour les décideurs et acteurs du domaine de la santé. Le domaine du médicament a été le premier point d'application de cette dynamique, qui s'est assez logiquement prolongée dans les autres dimensions du soin et dans celui de la santé publique ; il n'y a aucune raison que les exigences pour engager une action de santé publique soit différentes de celles posées pour l'adoption d'un médicament. L'exigence de démontrer l'efficacité stimule par ailleurs les études d'efficacité qui en sont le préalable nécessaire.

[99] Une telle dynamique ne s'est pas développée en France. Ce n'est qu'en 2008 que la loi de financement pour la sécurité sociale a confié à la HAS la mission d'établir des recommandations et des avis médico-économiques ; avant cette date, sa mission se bornait à garantir la qualité des médicaments, technologies, pratiques, soit leur efficacité sanitaire. Cette nouvelle mission conduira à la création au sein de la HAS de la commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP). A partir de 2012, les entreprises se devront de fournir, à l'appui de leurs demandes d'inscription au remboursement une analyse médico-économique si l'amélioration du service médical rendu (ASMR) par le médicament ou la technologie est majeur, important ou modéré, ou si l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie est significatif (plus de 20 M€). Les exigences formulées par la CEESP quant aux études que les entreprises doivent fournir sont très largement similaires à celles qui prévalent pour les études qui servent de base aux décisions du NICE. Elles s'organisent autour du calcul d'un ratio différentiel coût-résultat (RDCR), équivalent à l'ICER qui sert de pivot aux études d'efficacité du NICE.

[100] A l'orée des années 2010, des préoccupations d'efficacité et le recours à la médico-économie trouvent donc leur place dans les missions de la HAS et le dispositif d'évaluation des médicaments et technologies. Pour autant, alors, on l'a vu, que le NICE s'organise autour de la notion d'efficacité, la CEESP n'est qu'une des nombreuses commissions de la HAS, et cette introduction de la médico-économie est restée d'une portée foncièrement limitée.

[101] Les analyses d'efficacité ne sont pas systématiques. Les entreprises doivent proposer de telles analyses à l'appui de leur demande d'inscription au remboursement et la CEESP est chargée d'évaluer la qualité de l'étude. Mais, en cas d'étude de qualité insuffisante, on ne disposera pas d'appréciation de l'efficacité du médicament ou de la technologie considérée. Or, cette situation est relativement fréquente : ainsi en 2023, sur 22 avis économiques de la CEESP, 6 aboutissaient à des réserves majeures de la CEESP sur l'évaluation, et 4 à une incertitude globale majeure, c'est-à-dire qu'il n'était pas possible de déterminer le RDCR du médicament ou de la technologie.

[102] Par ailleurs, même si l'étude fournie par l'entreprise aboutit à la détermination d'un RDCR, l'influence que le niveau de ce RDCR aura sur la suite de la procédure soit la négociation d'un prix par le comité économique des produits de santé (CEPS) est très incertaine. Ainsi, l'article 162-16-4 du code de la sécurité sociale prévoit-il que ce prix « tient compte **principalement** de l'amélioration du service médical rendu par le médicament, **le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique**, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament ». En 2017, le CEPS dans son rapport d'activité notait d'ailleurs que : « alors que les avis d'efficacité mentionnent des RDCR de quelques milliers d'euros à plus d'un million d'euro par année de vie gagnée pondérée par la qualité de vie (Qaly), **le Comité n'a pu et ne peut en tirer de conséquence explicite en l'absence de référence communément admise** ». Alors que la

procédure de décision anglaise organisée autour d'un seuil fait du niveau d'ICER un enjeu important, le niveau de RDCR même dans les cas où il est calculé ne joue pas un rôle majeur. D'ailleurs, la CEESP, consciente des limites de l'exercice à laquelle elle participe, a longtemps plaidé en vain pour l'édiction de valeurs de référence⁵⁴⁵⁵. Désormais, en l'absence d'une telle valeur, elle « **s'autorise ... à porter un avis sur le niveau de RDCR** qu'elle peut qualifier d'élevé, de très élevé, voire d'extrêmement élevé »⁵⁶. Le fait que la CEESP s'autorise elle-même à formuler un jugement d'efficience n'est pas de nature à modifier la nature des décisions.

[103] Au total, la faiblesse des études et des considérations d'efficience dans le domaine de la santé publique et des actions de PPS en France s'explique assez aisément : la place effective de la médico-économie est restée limitée dans le domaine où il est le plus « naturel » de la développer (l'évaluation du médicament et des technologies), dès lors elle ne pouvait pas se développer dans le domaine des actions de PPS.

1.3.4 La dispersion des instances de recommandations de PPS en France

[104] Notre détour par l'Angleterre a permis de mettre en exergue le contraste avec la France pour ce qui concerne l'intégration du calcul médico-économique dans les « preuves » exigées pour définir les politiques de PPS. Ce détour met aussi en lumière une autre différence : les politiques de PPS font l'objet au Royaume-Uni de recommandations de santé publique, alors que ce n'est pas le cas de façon systématique ou consolidée en France.

[105] En Angleterre, ces recommandations mobilisent, à travers un comité d'évaluation, l'ensemble des parties prenantes, et sont établies sous l'égide d'une autorité indépendante garante du respect d'une méthodologie explicite, qui sert aussi de base aux recommandations de pratiques cliniques et aux évaluations de médicaments et de technologies. Ces recommandations s'adressent à l'ensemble des acteurs : autorités centrales, autorités locales, organisations et professionnels intervenant dans le domaine du soin, du médico-social ou de la santé publique. Ces recommandations peuvent viser une question spécifique (comment favoriser l'arrêt du tabac ?), ou évaluer des pratiques/technologies, comme les interventions brèves en prévention ou les applications digitales (cf. encadré pour un exemple de recommandation de santé publique du NICE). Ces recommandations ont vocation à organiser un lien entre les données scientifiques probantes et les pratiques en matière de PPS.

⁵⁴ Le terme « valeurs de référence » est souvent préféré à celui qui paraît plus agressif de « seuil » ; il permet par ailleurs de prendre de la distance par rapport au dispositif anglais (le système anglais étant souvent considéré comme un contre-modèle) même si en Angleterre, , on l'a vu, le seuil est le support de la décision d'un comité d'évaluation et non un couperet automatique. Il reste qu'au-delà des jeux sémantiques, une valeur de référence si elle était définie et servait de support à des décisions s'apparenterait au seuil anglais.

⁵⁵ La Cour des Comptes recommande aussi de déterminer des « valeurs de référence ». CF Cour des comptes Les médicaments anti-cancéreux : mieux réguler en préservant un accès rapide aux traitements innovants. Chapitre VI du Rapport sur la sécurité sociale 2024. Mai 2024, p 248.

⁵⁶ Principes d'évaluation de la CEESP relatifs aux produits de santé en vue de leur tarification, Guide méthodologique - Mis en ligne le 29 sept. 2021

Une recommandation du NICE : les applications mobiles visant à modifier les comportements

La recommandation⁵⁷ concerne les applications digitales qui, sans intervention d'un professionnel, visent à aider les personnes à adopter une alimentation plus saine, devenir plus actif, arrêter de fumer, réduire leur consommation d'alcool ou adopter des pratiques sexuelles plus sûres.

Les destinataires affichés de l'intervention sont, entre autres, les autorités locales, les professionnels intervenant dans le domaine de la promotion de la santé, les individus qui envisagent de changer de comportement ou encore les développeurs d'application.

Des recommandations sont formulées pour chacun des domaines visés (nutrition, alcool, tabac...). Pour ce qui concerne les applications en matière de nutrition, le comité d'évaluation, à partir d'une revue des études publiées, considère que celles-ci montrent que les applications digitales peuvent favoriser des réductions du poids, accroître l'activité physique ou la consommation de fruits et légumes. Le comité se dit confiant que certaines applications peuvent avoir des effets favorables et que certaines personnes peuvent en bénéficier. Mais, d'une part, les preuves d'efficacité varient selon les applications et, d'autre part, le comité n'est pas en mesure de préciser quelle application va fonctionner et pour quels publics. La recommandation principale sera donc que ces applications doivent être considérées comme une prestation supplémentaire, qui ne doit pas se substituer à des services existants.

Des recommandations particulières sont aussi formulées à l'attention de chacun des destinataires. Ainsi, pour les services en charge de financer ou acheter des prestations de santé publique (les autorités locales en Angleterre), il est recommandé de considérer que le recours à ces applications est une option qui peut effectivement induire des changements favorables de comportements, mais que la fourniture de tels services doit s'envisager comme un service supplémentaire et ne doit pas se substituer à des services existants ; de ne pas recourir à des applications développées par l'industrie du tabac, de procéder à une analyse des besoins locaux pour sélectionner des applications qui respectent les standards développés au Royaume-Uni...

[106] Il s'avère qu'il n'existe pas en France d'institution en charge d'une mission semblable, même si de nombreuses institutions contribuent par des synthèses de connaissances, des avis à la conception des politiques de PPS.

[107] La Haute Autorité de Santé (HAS) réalise principalement des recommandations pour les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social, afin d'optimiser et d'harmoniser leurs pratiques et leurs organisations, favoriser et promouvoir la pertinence des actes et des soins. Elle aborde nécessairement, de ce fait, les questions de santé publique : elle élabore des recommandations en matière de dépistage et de vaccination ; les pratiques en matière de prévention secondaire et tertiaire sont indissociables des pratiques de soins. Comme le NICE, elle prend en charge l'établissement de recommandations dans le domaine du médicament et des

⁵⁷ NICE guideline, *Behaviour change: digital and mobile health interventions*, octobre 2020

pratiques cliniques, elle ne s'est toutefois pas vu confier la mission d'établir des recommandations dans le champ spécifique des politiques de PPS. Elle l'aborde essentiellement à partir de sa mission première : garantir l'excellence des pratiques cliniques. Par ce biais, la HAS a notamment pu mobiliser des avis sur les interventions brèves des consommateurs à risques d'addictions⁵⁸, sur la place des interventions non médicamenteuses (dont activité physique) dans la prise en charge des patients⁵⁹, ou sur l'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques⁶⁰.

[108] Santé publique France (SpF) assure la veille sanitaire et développe les connaissances sur l'état de santé de la population, les comportements, les risques pour la santé. Elle exerce une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention, d'éducation pour la santé et de promotion de la santé, et contribue à la conception de programme et de projets de prévention et à leur évaluation. Elle élabore des documents qui constituent des références majeures pour les acteurs des politiques de PPS⁶¹, mais n'élabore pas pour autant de recommandations systématiques. Son approche est marquée par le prisme « éducation pour la santé » qui constituait le domaine de référence de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) avant la fusion de 2016. Les travaux de SpF sont complétés par une approche thématique de l'INCa, notamment dans le champ du dépistage des cancers, et de l'ANSES dans le champ de l'alimentation et de l'activité physique⁶².

[109] L'INSERM contribue également à la conception des politiques de PPS à travers le format des expertises collectives. Ces expertises collectives constituent des bilans des connaissances scientifiques sur un sujet donné dans le domaine de la santé à partir de l'analyse critique de la littérature scientifique internationale. Elles sont réalisées à la demande d'institutions (ministères, organismes d'assurance maladie, agences sanitaires, etc.) qui souhaitent disposer de données récentes issues de la recherche et utiles à leurs processus décisionnels. Environ 80 expertises collectives ont été réalisées par l'INSERM ; parmi les expertises récentes on peut citer celle de 2021 sur la réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Ces synthèses élaborées par des experts (chercheurs ou des cliniciens) constituent des documents de référence de par leur qualité scientifique.

[110] Instance composée d'experts auprès du ministère de la santé, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a notamment pour mission selon la loi de « fournir aux pouvoirs publics, en lien avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention... des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique ». Agissant sur saisine ministérielle, le HCSP a pu émettre un nombre relativement

⁵⁸ HAS, *Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte*, recommandations de bonnes pratiques, février 2021

⁵⁹ HAS, *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*, juin 2011

⁶⁰ Revue de littérature, recommandations de santé publique, guide méthodologique pour la structuration d'un programme d'ETP publiés en 2014, actualisation en 2018.

⁶¹ Cf. partie 2 le document sur les compétences psycho-sociales.

⁶² Voir notamment l'avis de l'ANSES en 2020 relatif à l'évaluation des risques liés au niveau d'activité physique et de sédentarité des enfants et des adolescents, ou les avis de l'ANSES en 2016 révisant les repères de consommation alimentaire et les recommandations d'apport en sucre.

circonscrit d'avis dans le champ de la prévention, sur des thématiques identifiées par le ministère⁶³.

[111] Enfin, la DREES peut également contribuer à éclairer la décision sur les politiques de PPS en élaborant des synthèses et des revues de littérature sur tel ou tel problème de santé publique. Elle a récemment produit une synthèse sur l'obésité où, à partir d'une revue de littérature, elle fournit des indications sur l'efficacité relative des diverses politiques de prévention⁶⁴.

[112] Ce sont donc sept institutions qui, dans des synthèses ou des avis, peuvent rassembler des « données probantes » pour orienter les politiques de PPS. Pour autant, ces institutions ne permettent pas d'appréhender les recommandations de santé publique sur l'ensemble du périmètre associé à une thématique ; il est en effet difficile d'élaborer des recommandations sur le champ de la promotion de l'activité physique sans aborder la planification urbaine, ou l'organisation des temps de travail ou scolaires. De plus, ces institutions abordent rarement la méthodologie des interventions en santé qui peuvent être mobilisées au niveau local, ce qui conduit différents acteurs régionaux à élaborer des guides et recommandations (cf. partie 2). Enfin la dispersion des institutions, l'absence de méthodologie commune pour le traitement et la mise en forme des données établies par la science, rendent difficile la synthèse de ces données et leur appropriation par l'ensemble des acteurs des politiques de PPS (décideurs politiques, autorités sanitaires, collectivités locales, soignants...). En résumé, le domaine de la PPS se caractérise par l'abondance d'avis et de travaux de synthèse, mais aussi par l'absence d'une instance où seraient établies des recommandations pour l'action à partir des données scientifiques.

1.4 Les politiques de PPS en France et leur rapport aux « preuves ».

[113] Les politiques de PPS sont très diverses. Les données scientifiques qui peuvent être mobilisées pour les définir ou qui peuvent influencer leur conception le sont également. Il n'y a donc pas un rapport entre politiques de PPS et données probantes, mais des configurations multiples. Il a donc paru utile à la mission, d'examiner pour certaines politiques comment s'articulent politiques de PPS et mobilisation de données probantes : la politique de réduction du tabagisme, l'instauration du Nutri-score et l'organisation d'un bilan de prévention à divers âges de la vie.

1.4.1 La politique de réduction du tabagisme, une illustration de l'efficacité et de l'efficience des politiques de PPS mobilisant les prix

[114] La situation française en matière de tabagisme n'est pas satisfaisante si on la compare à celle qui prévaut dans d'autres pays. L'OCDE estime, en 2021, à 25,3 % le taux de fumeurs quotidiens en France parmi la population ayant 15 ans et plus contre 8,8 % aux Etats Unis, 12,7 % au Royaume Uni, 14,6 % en Allemagne ou 19,1 % en Italie.

⁶³ Quelques exemples d'avis : Bénéfice-risque de la cigarette électronique en population générale (2016), Santé sexuelle et reproductive (2016), Exposition des enfants et des jeunes aux écrans (2019).

⁶⁴L Troy. Surpoids et obésité : facteurs de risque et politiques de prévention en France et dans le monde. Les dossiers de la DREES, n° 118, juillet 2024.

[115] L'usage du tabac est toutefois en diminution sur la période récente. Le taux de tabagisme quotidien pour la population adulte de 18-75 ans, quasiment stable autour de 30 % de 2000 à 2016, a diminué de 6,5 points pour atteindre 24,5 % en 2022 (la crise COVID semble avoir influé sur cette tendance, après un point bas en 2019 à 24 %, le taux se situe à 25,5 % en 2020)⁶⁵.

[116] L'évolution récente du tabagisme parmi les jeunes est elle aussi bien orientée. Le taux de fumeurs quotidiens à 17 ans avait décru de 41,7 % en 2000 à 28,9 % en 2008, il avait augmenté de 2008 à 2014 (32,4 %) avant d'amorcer une forte décrue d'environ 16 points pour se situer à 15,6 % en 2022⁶⁶. D'autres mesures d'exposition au tabagisme (expérimentation, usage dans le mois) montrent des évolutions parallèles. Cette évolution favorable à l'âge de 17 ans renvoie à une baisse des usages et des expérimentations à tous les niveaux scolaires de la 6^e à la terminale depuis 2018⁶⁷. En 2022, l'usage régulier du tabac concernait 8,2 % des élèves de terminale, contre 21,5 % en 2018.

[117] Les premières données relatives à 2023 qui portent sur les ventes de cigarettes suggèrent que la tendance favorable sur l'évolution du tabagisme se prolonge. Les volumes de tabac vendus dans le réseau des buralistes ont diminué de 7,2 % en 2023 par rapport à 2022 (diminution qui, pour une partie limitée, traduit une augmentation des achats de cigarettes à l'étranger et non une diminution du tabagisme)⁶⁸.

[118] L'exposition au tabagisme est fortement différenciée selon les caractéristiques sociales (catégorie socioprofessionnelle, niveau de revenu, niveau de diplôme...). Pour la population de 18-75 ans, le taux de tabagisme quotidien se situe en 2022 à 33,6 % parmi le tiers de la population dont les revenus par UC est le plus bas (taux légèrement plus élevé que celui de 2000), alors que ce même taux se situe aux environs de 21 % pour les deux autres tiers (taux en diminution d'environ 9 points par rapport à la situation en 2000). Les évolutions favorables n'ont pas concerné le tiers des personnes les plus modestes en niveau de vie. Les inégalités sociales devant le tabagisme se sont plutôt accrues en population générale.

[119] Cette différenciation selon les caractéristiques sociales vaut aussi pour les jeunes. Pour les jeunes de 17 ans, en 2022, le taux de tabagisme quotidien s'élevait à 10,1 % pour les élèves de lycée général, 22,1 % pour les élèves de lycée professionnel, 38,4 % pour les apprentis et 43,5 % pour les jeunes non scolarisés. Toutefois les évolutions favorables sur la dernière période ont concerné toutes les catégories de jeunes. De 2017 à 2022, le taux de tabagisme quotidien est passé de 22,2 % à 13,3 % pour les élèves de lycée, de 47,3 % à 38,4 % pour les apprentis et de 57 % à 43,5 % pour les jeunes non scolarisés⁶⁹. La réduction du tabagisme pour ce qui concerne les jeunes concerne toutes les catégories ; les inégalités sociales persistent mais ne se sont pas aggravées, ce qui contraste avec le résultat obtenu en population adulte.

⁶⁵ A. Pasquereau, R. Andler, R. Guignard, N. Soullier, F. Beck, V. Nguyen-Thanh Prévalence du tabagisme et du vapotage en France métropolitaines en 2022 parmi les 18-75 ans. BEH 9-10, mai 2023.

⁶⁶ OFDT. Les drogues à 17 ans - Analyse de l'enquête ESCAPAD 2022, Tendances n° 155, Mars 2023.

⁶⁷ OFDT. Les usages de substances psycho actives chez les collégiens et les lycéens. Résultats Enclass 2022. Janvier 2024.

⁶⁸ OFDT Tabagisme et arrêt du tabac en 2023. Mai 2024

⁶⁹ OFDT déjà cité. On ne dispose pas pour 2017 de la décomposition des élèves de lycée entre enseignement général et professionnel.

[120] Cette évolution favorable du tabagisme sur les années récentes peut être rapprochée des politiques déployées depuis 2016 : mise en place de la campagne « Mois sans tabac » à partir d'octobre 2016, instauration du paquet neutre en 2017, augmentation des taxes et par la suite des prix à partir de 2017 à 2020, remboursement des substituts nicotiniques selon le droit commun à partir de 2019.

[121] Il est difficile de caractériser l'effet propre de chacune des mesures (sur l'analyse globale des conséquences, cf. encadré), elles entrent en synergie, le caractère global de la politique engagée conforte son efficacité. Chacune des mesures prises isolément s'appuie toutefois sur des données qui attestent de leur efficacité. On a déjà évoqué l'analyse de l'effet du remboursement intégral des substituts nicotiniques (cf. encadré précédent). L'opération de marketing social « Mois sans tabac » a été inspirée de celle conduite en Angleterre (*Stoptober*) depuis 2012 au vu de ses résultats positifs : les tentatives d'arrêt du tabac étaient supérieures de 50 % en octobre à celles enregistrées les autres mois. Des résultats similaires ont été constatés en France. Le taux de tentatives d'arrêt (arrêt du tabac pendant au moins 24h) au dernier trimestre a augmenté de manière continue entre 2016 (15,9 %) et 2019 (24,4 %). Sur l'ensemble des fumeurs quotidiens au lancement de « Mois sans tabac », le taux de tentatives d'arrêt directement attribuables à l'opération a augmenté de 2,9 % en 2016 et 2017, à 4,8 % en 2018, avant de se stabiliser en 2019 (4,3 %). Sur l'ensemble de la période 2016-2019, environ 1,8 million de tentatives d'arrêt étaient attribuables à « Mois sans tabac »⁷⁰. L'OCDE estime à partir de ces données que « Mois sans tabac » se traduirait à l'horizon 2050 par 107 000 années de vie supplémentaires et 140 000 années de vie supplémentaires en bonne santé⁷¹.

Une analyse coût-conséquence de la politique de réduction du tabagisme

L'OCDE a procédé à une évaluation des effets de la politique de lutte contre le tabagisme conduite en France⁷². L'intérêt de la démarche repose sur le fait que l'institution est en mesure de relier les effets directs de la politique conduite (réduction du tabagisme) à ces effets sanitaires (maladies évitées) et aux bénéfices économiques induits par ces effets sanitaires : réduction des dépenses de santé, mais aussi accroissement de la population active et de la productivité.

⁷⁰ Guignard R, Gautier A, Andler R, Soullier N, Nguyen-Thanh V. Tentatives d'arrêt du tabac pendant l'opération Mois sans tabac (2016-2019) : résultats des Baromètres santé de Santé publique France. Bull Epidémiol. Hebdomadaire. 2021;(16):284-9.

⁷¹ Marion Devaux, Alexandra Aldea, Aliénor Lerouge, Marina Dorfmüller Ciampi, Michele Cecchini, « Évaluation du programme national de lutte contre le tabagisme en France », Documents de travail de l'OCDE sur la santé n° 155, 8 juin 2023

⁷² Marion Devaux, Alexandra Aldea, Aliénor Lerouge, Marina Dorfmüller Ciampi, Michele Cecchini, « Évaluation du programme national de lutte contre le tabagisme en France », Documents de travail de l'OCDE sur la santé n° 155, 8 juin 2023

Ainsi, selon l'OCDE, les mesures engagées dans la lutte contre le tabagisme sont susceptibles sur la période 2030-2050 de permettre d'éviter 4 millions de cas de maladies (infections des voies respiratoires inférieures, BPCO, maladies cardiovasculaires...), de prolonger l'espérance de vie de 1,3 mois et l'espérance de vie en bonne santé de 1,5 mois. Ces résultats sanitaires permettraient une économie sur les dépenses de santé de 578 M€ par an, et auraient un effet bénéfique sur la productivité et le marché du travail, représentant l'équivalent de 19 800 équivalents temps plein supplémentaires par an.

L'intérêt de ce type d'analyse est qu'il permet de prendre en compte non seulement les effets sanitaires des programmes de PPS, mais aussi d'en approcher les bénéfices économiques induits, ce qui peut conforter les plaidoyers en faveur de telles politiques. A la différence des études coût-utilité ou des études coût-bénéfices, il ne s'articule pas autour d'une valorisation des années de vie gagnées que ce soit à travers un seuil (analyse coût-utilité) ou à travers une valorisation intégrée au calcul économique (analyse coût-bénéfice).

Ce type d'analyse s'appuie sur un modèle de micro-simulation ; l'OCDE a développé, pour conduire ses travaux, le modèle de planification des stratégies de santé publique pour les maladies non transmissibles (SPHEP-NCD). L'OCDE travaille à élargir le modèle dans la perspective d'approcher les effets sur le bien-être des politiques de prévention. Les autorités sanitaires françaises ne disposent de modèles de ce type pour évaluer les effets de politiques de PPS.

[122] Enfin, comme l'indique le ministre de la santé reprenant les constats de l'OMS⁷³ : « le levier du prix, c'est ce qui fonctionne le mieux »⁷⁴. Effectivement, on dispose de données probantes sur l'effet des hausses de prix sur la consommation de tabac. Les études nombreuses sur l'élasticité de la consommation de tabac aux prix, même s'il est réducteur de les synthétiser par un seul résultat, permettent de considérer qu'elle se situe autour de -0,4 %, et la hausse des prix engagée depuis 2016 sur la base de cette élasticité permet de rendre compte de l'évolution des ventes de cigarette depuis cette date⁷⁵. Efficace, la hausse des prix provoquée par une augmentation des taxes est nécessairement efficiente du point de vue des finances publiques, dès lors qu'elle procure un surcroît de ressources publiques à travers, il est vrai, un surcroît de charge pour les personnes qui continuent à consommer du tabac.

[123] En effet, selon l'OFDT, le prix moyen du paquet de cigarette est passé de 7 euros en 2016 à 10,5 euros en 2021 soit une augmentation en valeur nominale de 50 % et de 41 % en valeur réelle. Ce mouvement de hausse s'est toutefois interrompu depuis 2021. Le prix moyen du paquet s'est établi en 10,92 euros en 2023, soit une hausse limitée en valeur nominale à 4 % depuis 2021 et, compte tenu de l'inflation en 2022-2023, une diminution en valeur réelle d'environ 6 %. Pour autant, le PNLT 2023-2027 prévoit un prix cible de 15 euros en 2027, soit une croissance nominale par rapport à 2021 de 43 % et, compte tenu de l'inflation observé et anticipée, une évolution réelle d'environ 25 % sur la période. Après une « pause » de fait de l'inflation soutenue, la hausse

⁷³ Organisation mondiale de la Santé, Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2021.

⁷⁴ Aurélien Rousseau, ministre de la santé, Edito du Programme de lutte contre le tabagisme 2023-2027.

⁷⁵ Rapport d'information du Sénat. La fiscalité comportementale dans le domaine de la santé. Mai 2024 et notamment son annexe IV, Transmission des hausses de taxe dans les prix et élasticité-prix, pour la synthèse des études relatives à l'élasticité consommation/prix.

des prix réels devrait reprendre si les objectifs de prix sont tenus et les prévisions d'inflation vérifiées. Fixer des objectifs en valeur réelle plutôt qu'en valeur nominale permettrait d'éviter ces à-coups et ces incertitudes.

[124] La politique de lutte contre le tabagisme s'est donc organisée dans les années récentes autour d'un ensemble de mesures qui avaient fait leurs preuves. Il reste que la mesure la plus efficace et aussi la plus efficiente pour les dépenses publiques reste le recours à la fiscalité comportementale pour provoquer une hausse des prix et une baisse de la consommation.

[125] Les constats en matière de tabac valent également en matière d'alcool. L'action sur les prix est un moyen efficace de réduire la consommation de boissons alcoolisées, l'élasticité au prix s'établirait au plan international à -0,5 (les études françaises sont anciennes et contradictoires)⁷⁶.

[126] Comme pour le tabac, la fiscalité peut être utilisée pour induire une hausse des prix. Toutefois en matière d'alcool, l'instauration d'un prix minimum sur le verre standard d'alcool pur pourrait être une option à privilégier, dans la mesure où elle permettrait d'augmenter le prix des alcools d'entrée de gamme qui constituent l'essentiel de la consommation des gros buveurs, en préservant relativement les petits producteurs indépendants qui opèrent plutôt dans une gamme supérieure⁷⁷. Une mesure équivalente mise en œuvre en Ecosse depuis mai 2018 se serait traduite par une réduction de 13,4 % des décès (156 décès par an) et de 4,1 % des hospitalisations attribuables à l'alcool (411 hospitalisations par an), avec une concentration des effets dans les territoires défavorisés⁷⁸. En France, un prix minimum de 0,5 € par verre standard diminuerait de 15 % les apports individuels en alcool pur et réduirait la mortalité par cancer attribuable à la consommation d'alcool de 22 %⁷⁹.

[127] En 2021, L'INSERM recommandait déjà sur la base de la littérature scientifique « de faire du système de taxation des boissons alcoolisées un outil de santé publique pour changer les comportements en instaurant un prix minimum des boissons contenant de l'alcool et/ou les taxant en fonction du grammage d'alcool pur contenu ; le niveau de taxation devant être assez élevé pour éviter les effets de reports sur d'autres boissons (moins alcoolisées mais consommées en plus grande quantité) »⁸⁰.

[128] Les données probantes ne manquent donc pas pour souligner que l'action sur les prix constitue l'une des mesures les plus efficaces et les plus efficientes pour réduire certains comportements de consommations délétères pour la santé. Mais l'accumulation de telles données ne semble toutefois pas suffisante pour engager de telles politiques de PPS dès lors que des intérêts économiques majeurs seraient affectés.

⁷⁶ Annexe IV du rapport du Sénat déjà cité

⁷⁷ Sébastien Lecocq, Valérie Orozco, Christine Boizot-Szantai, Céline Bonnet, Fabrice Etilé, « *La régulation des prix des alcools en France : quels scénarios de réforme pour une politique proportionnée aux objectifs de santé publique et d'équité fiscale ?* », *Economie et Statistique*, 541, 17-32, 2023

⁷⁸ Wyper G M A et al. Evaluating the impact of alcohol minimum unit pricing on deaths and hospitalisations in Scotland: a controlled interrupted time series study. *The Lancet*, Volume 401, Issue 10385, 1361 - 1370

⁷⁹ Fabrice Etilé (dir.), Effets économiques et épidémiologiques de politiques de prix des boissons alcoolisées, rapport de recherche avec le soutien financier de l'INCa et de la Mildeca, août 2022.

⁸⁰ INSERM. Expertise Collective. Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Éditions EDP Sciences, 2021

1.4.2 La mise en place du Nutri-score, ou l'importance d'utiliser des données scientifiques structurées auprès d'intérêts économiques constitués

[129] Si les données probantes sont parfois insuffisantes pour orienter les décisions en matière de santé publique, évoquer le Nutri-score permet *a contrario* d'illustrer un cas où l'accumulation de données probantes en matière d'efficacité a permis à un dispositif de PPS de se déployer.

[130] Le logo nutritionnel Nutri-score est un élément d'une politique publique globale de nutrition définie par des programmes nationaux nutrition santé (PNNS) successifs. Ils visent à prévenir les surpoids et l'obésité à travers deux dimensions : « équilibre des apports alimentaires » et « promotion de l'activité physique ». Dès lors qu'il est scientifiquement démontré que la qualité nutritionnelle des aliments consommés a des conséquences sur la santé, le Nutri-score, en fournissant une information simple, aisément interprétable, entend à modifier le comportement des consommateurs à travers une modification de l'environnement dans lequel s'opèrent ces choix. Il incite également les producteurs à reformuler les recettes pour optimiser la qualité nutritionnelle des produits et pouvoir afficher un score favorable à la santé sur leurs produits.

[131] En 2013, un rapport sur la politique nutritionnelle propose de « mettre en place un système d'information nutritionnelle unique sur la face avant des emballages des aliments »⁸¹. En s'appuyant sur les travaux de l'équipe du Pr. Serge Hercberg, un logo à 5 à couleurs, le Nutriscore, est alors recommandé par le HCSP, et promu par SpF.

[132] Les oppositions à l'adoption de ce logo et la mise en avant de dispositifs concurrents conduisent à organiser une expérimentation visant à établir les effets comparés à trois dispositifs d'étiquetage. L'expérimentation permet d'établir, d'une part, que trois des systèmes testés ont un impact sur les achats en situation réelle dans le sens attendu d'une meilleure qualité nutritionnelle et, d'autre part, que le système Nutri-Score apparaît comme le plus efficace et aurait plus d'impact que les autres sur les populations achetant les produits moins chers. Le volet qualitatif de l'étude montrait que les systèmes synthétiques (dont Nutri-Score) sont sans doute une meilleure aide à la décision, dans la mesure où ils permettent sans ambiguïté au consommateur de classer les produits, même si les systèmes analytiques sont plus informatifs⁸².

[133] Ces résultats permettent de surmonter les oppositions et de déployer le dispositif Nutri-score dans un cadre réglementaire à partir de 2017, restant cependant soumis au principe de volontariat des entreprises. En juin 2023, 1 197 entreprises étaient engagées dans la démarche Nutri-Score en France. Depuis 2018, la part de marché estimée des marques engagées n'a cessé d'augmenter, de 22 % en 2018 à 62 % des volumes de ventes en 2023, avec des variations selon le type de produits (5 % pour les fromages contre 98 % pour les barres céréalières), les marques de distributeurs (entrée de gamme ou non) sont quasiment toutes engagées dans la démarche du Nutri-Score dès 2021⁸³.

[134] La France a été le premier pays engagé en faveur du Nutri-score depuis 2017. Elle a été rejointe depuis par six autres pays : la Belgique, la Suisse, l'Allemagne, le Luxembourg, l'Espagne et

⁸¹ A. Basdevant, S. Hercberg. Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique. Novembre 2013.

⁸² Evaluation ex- ante de systèmes d'étiquetage nutritionnel graphique simplifié. Rapport final du comité scientifique. Mars 2017.

⁸³ ANSES, INRAE. Suivi du Nutri-Score par l'Oqali – Bilan annuel – Edition 2023

les Pays-Bas. En octobre 2021, le Parlement européen, dans le cadre de la stratégie « De la ferme à la table », a voté pour un système harmonisé et obligatoire d'étiquetage nutritionnel sur les emballages au niveau de l'Union européenne. La Commission européenne s'est engagée à proposer, d'ici 2023, un logo d'information nutritionnelle obligatoire à l'échelle de toute l'Union européenne.

[135] Dans cette perspective, l'OCDE a engagé une revue des études d'efficacité des logos nutritionnels et en a modélisé les effets économiques à l'aide de son modèle de microsimulation SPHeP-NCD (cf. encadré précédent). Seulement deux études, dont celle conduites en France en 2017, ont pu être retenues ; l'étude confirme donc la supériorité de Nutri-Score par rapport aux autres logos nutritionnels. La simulation des effets des modifications de comportement de consommation à partir de la seule dimension effet de la prise de calories, soit une approche plutôt restrictive pour l'appréciation des résultats, a estimé que dans l'hypothèse d'une mise en œuvre obligatoire, au niveau européen, 28,8 vies pour 100 000 habitants seraient gagnées et 39,9 Dalys pour 100 000 habitants seraient évités. Les dépenses de santé seraient réduites en moyenne de 0,088 %, l'emploi et la productivité seraient accrus de l'équivalent de 17,1 équivalents temps plein pour 100 000 personnes d'âge actif.

[136] Mais les oppositions qui se sont manifestées en France lors de l'instauration du Nutri-score se manifestent à présent au niveau européen, l'enjeu étant plus fort, puisque qu'il s'agit d'envisager un label nutritionnel qui ne serait plus seulement volontaire mais obligatoire, donc plus contraignant pour les industries concernées, mais aussi plus efficace pour la santé publique. Dans ce cadre, comme pour le Nutri-score en France, des scientifiques sont conduits à se mobiliser pour faire valoir les données qui justifient l'adoption du Nutri-score. Ainsi, un article résume toutes les données scientifiques qui viennent à l'appui de ce logo. Ce plaidoyer pour l'adoption du Nutri-score au niveau européen souligne que, même si le Nutri-score doit s'envisager dans le cadre d'une politique globale de nutrition, il s'agit du « seul logo nutritionnel en Europe qui a fait l'objet de nombreuses études publiées dans des journaux scientifiques internationaux avec revue par les pairs et qui a démontré son efficacité, sa pertinence et son apport pour le consommateur et la santé publique »⁸⁴.

[137] Le Nutri-score fournit donc un exemple d'une mesure de santé publique qui s'est construite progressivement à partir de données scientifiques ; les controverses suscitées par les opposants à la mesure ont pu être dépassées par l'administration de la preuve d'efficacité du dispositif. Par ailleurs, les scientifiques à l'origine de la production des connaissances ont joué un rôle majeur en déployant, à partir des connaissances produites, un plaidoyer en faveur du dispositif qui a largement contribué à la décision politique. Une dynamique similaire est désormais à l'œuvre au niveau européen sans que l'on en connaisse l'issue, les données probantes et les plaidoyers permettront-ils de surmonter les oppositions à un dispositif dont l'intérêt pour la santé publique est attesté ?

⁸⁴ Hercberg S, Touvier M, Salas-Salvado J, on Behalf of the Group of European Scientists Supporting the Implementation of Nutri-Score in Europe. The Nutri-Score nutrition label :A public health tool based on rigorous scientific evidence aiming to improve the nutritional status of the population. Int J Vitam Nutr Res. 2021 Jul 27. doi : 10.1024/0300-9831/a000722

1.4.3 Les bilans de prévention dédiés, ou l'articulation entre la notion de « bon sens » et la construction d'une politique efficace

[138] La décision de mettre en place des bilans de prévention dédiés permet d'illustrer un autre rapport des politiques de santé publique aux données scientifiques. Il apparaît que cette initiative a été engagée avec un faible support de données attestant de son efficacité. La décision prise, des éléments de preuve sont toutefois mobilisés pour en assurer l'efficacité maximale. En tout état de cause, une évaluation programmée devrait permettre d'apprécier si cette politique est efficace et efficiente.

[139] Dans un rapport, daté de 2009, le HCSP notait que l'on disposait « de très faibles éléments de preuve concernant l'intérêt d'une consultation périodique de prévention dédiée ». Il souligne que « l'affirmation - pratiquer périodiquement des bilans de santé est une manière efficace de prévenir les maladies- relève plus d'une notion de bon sens admise par tous, a priori, que d'une analyse des expériences ou des programmes mis en œuvre et qui auraient montré leur intérêt ou leur efficacité ». Il conclut donc qu'il « est nécessaire de développer une logique préventive s'inscrivant dans un continuum organisé au sein d'un parcours coordonné de santé, s'appuyant sur les temps de consultation habituels et itératifs entre médecin traitant et patient, plutôt que sur une consultation dédiée à la prévention ». Le HCSP concède néanmoins qu'il « pourrait être pertinent de promouvoir des consultations dédiées au moment de certains « événements de vie » (plutôt qu'en fonction de certaines tranches d'âge) correspondant à des ruptures de différentes natures : l'adolescence et l'entrée dans le dispositif médecin traitant, le chômage et les difficultés d'insertion, la retraite et les jeunes seniors »⁸⁵.

[140] L'avis du HCSP est somme toute ambigu, il récuse la pertinence de « consultations de prévention dédiées » pour manque de preuves, mais reconnaît leur pertinence lors de « certains événements de la vie » et non en fonction de tranches d'âge, comme si certains des « événements de la vie » qu'il évoque (adolescence, retraite) n'avaient pas un lien étroit avec l'âge, et sans d'ailleurs apporter de preuves particulières en soutien de cette proposition.

[141] Il y avait donc peu de données probantes⁸⁶, et un avis somme toute ambigu du HCSP, pour fonder la décision inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 de proposer en population générale des consultations de prévention pour les tranches d'âge 20-25 ans, 40-45 ans, 60-65 ans, en sus d'une consultation de prévention déjà prévue pour les plus de 70 ans⁸⁷.

[142] Des rendez-vous de prévention avaient déjà été proposés auparavant pour les 60-65 ans, dans le cadre de la stratégie « Vieillir en bonne santé », avec une cible de 200 000 consultations en 2022. Une évaluation de cette initiative aurait pu éclairer la décision. L'étude d'impact de l'article de loi note simplement que « 92 531 invitations ont été envoyées », mais que « le nombre de rendez-vous effectivement réalisés n'est pas encore connu (bilan en cours) » et conclut que

⁸⁵ Haut Conseil de la santé publique. Consultations de prévention Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Rapport Mars 2009.

⁸⁶ Au niveau international, Il existe des études sur les *check-up* plus ou moins réguliers à l'âge adulte dès lors qu'il s'agit d'une pratique de certaines organisations de soins, mais ces *check-up*, dont l'efficacité semble faible, peuvent être assimilés aux consultations de prévention envisagés en France. A notre connaissance, il n'y aurait pas de référence à l'étranger qui auraient pu nourrir une évaluation de l'initiative française.

⁸⁷ Le principe d'une consultation de prévention prise en charge à 100 % par l'assurance maladie pour les personnes de 70 ans était déjà inscrit à l'article L.160-14 du code de la sécurité sociale

« sa montée en charge, sécurisée juridiquement et financièrement, est essentielle pour ... évaluer les bénéfices obtenus sur le long terme quant aux changements de comportement des bénéficiaires »⁸⁸. Le dispositif de bilans de prévention dédiés sera ainsi acté sans attendre que cette évaluation ait pu être réalisée.

[143] Dans ce contexte, l'étude d'impact de l'article de loi instaurant les rendez-vous de prévention n'apporte pas vraiment d'arguments en termes d'efficacité ou d'efficience pour justifier la mesure, mais se borne à rappeler l'importance de la prévention, l'intérêt qu'il y a à mieux dépister pour prévenir les maladies chroniques, les coûts associés aux pratiques addictives ... soit des propos généraux qui pourraient venir soutenir toutes mesures de prévention ou de promotion de la santé⁸⁹. Le débat parlementaire sur cette question s'est engagé sans référence à des données probantes.

[144] Cet exemple montre que les décisions en matière de santé publique sont loin d'être guidées par des preuves ou des éléments de preuve. Distance par rapport aux données probantes qui apparaît d'ailleurs dès l'avis du HCSP où le recours aux preuves dans l'argumentation s'accompagne, on l'a vu, de certaines recommandations non associées à des données issues de la littérature. Plus qu'à des éléments susceptibles d'attester de l'efficacité de la mesure, on peut penser que la décision d'instituer des bilans dédiés répond au fort attrait, dénoncé en 2009 par le HCSP, d'une « notion de bon sens », à sa capacité à manifester concrètement de « bonnes intentions » en matière de santé.

[145] Il est vrai d'ailleurs que si l'on ne peut préjuger des bénéfices de ces bilans dédiés, les risques associés sont *a priori* limités. La mesure peut être questionnée du fait des coûts qu'elle est susceptible d'engendrer, ressources qui pourraient éventuellement être mieux employées au bénéfice de la santé. Toutefois, dans le cadre de ressources médicales fortement contraintes⁹⁰, il est probable que ces bilans, s'ils se développent, ne viendront pas s'ajouter aux consultations classiques, mais se substitueront à certaines d'entre elles. C'est d'ailleurs en ce sens que la mesure peut éventuellement présenter des risques.

[146] Pour autant, peut-être ne faut-il pas attendre des preuves pour prendre des initiatives ? Les « bonnes intentions » ne conduisent pas nécessairement à l'enfer. La décision de créer ces bilans dédiés ayant été votée, des dispositions ont été adoptées pour en tirer le meilleur parti. Le HCSP, s'appuyant sur la littérature scientifique, a contribué à définir les modalités d'organisation des consultations pour maximiser leurs bénéfices dans le champ de la santé publique. Parmi ses nombreuses recommandations (54), on note l'introduction d'un auto-questionnaire pour préparer le temps d'échange, le ciblage vers les populations les plus éloignées du système de santé, la réalisation des consultations par le médecin généraliste (recommandation non retenue), le recours à l'entretien motivationnel, l'établissement d'un parcours personnalisé co-construit... Un programme pilote a été déployé dans les Hauts-de-France afin de tester auprès des professionnels

⁸⁸ Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, annexe 9

⁸⁹ Idem.

⁹⁰ Les médecins ne sont pas les seuls professionnels de santé appelés à réaliser les consultations de prévention, elles pourront aussi être dispensées par des infirmiers, des sages-femmes ou des pharmaciens. Il faut noter par ailleurs que la consultation de prévention sera honorée à hauteur de 30 euros pour une consultation censée durer de 30 à 45 minutes, soit le montant prévu fin 2023 pour une consultation de généraliste classique qui dure en moyenne 15 à 20 minutes.

de santé les outils qui seront mis à leur disposition dans le cadre du déploiement des bilans de prévention.

[147] Enfin, une évaluation est prévue pour permettre de mesurer l'adhésion, la satisfaction mais aussi de réaliser les ajustements nécessaires dès que possible, afin de maximiser les effets potentiels sur les changements de comportements dont les bénéfices sanitaires apparaîtront à moyen terme. Le HCSP a été saisi en avril 2024, il devrait rendre un rapport qui évaluera notamment le coût du dispositif et les gains pour la santé publique en fonction des tranches d'âge concernées et des catégories socioprofessionnelles. On pourrait alors disposer d'une analyse d'efficacité et d'efficience du dispositif si le dispositif d'évaluation est bien construit.

1.5 Recommandations

[148] A l'issue de ce constat général, il s'avère que les politiques de PPS ne sont plus exclusivement pilotées à partir du « bon sens » et des « bonnes intentions », mais que le rapport aux données scientifiques reste toutefois relativement distant, et cela particulièrement pour ce qui concerne l'efficience des actions entreprises. La mission juge donc pertinent de formuler les recommandations suivantes :

Recommandation n°1 Développer les études d'efficacité et d'efficience pour éclairer les décisions en matière de santé publique

Recommandation n°2 Etablir des recommandations de santé publique pour éclairer les décisions nationales et locales en matière de prévention et promotion de la santé. Ces recommandations doivent concerner des thèmes prioritaires (ex. lutte contre le surpoids), être établies à partir d'une méthodologie explicite, se fonder sur une évaluation des données scientifiques disponibles par l'ensemble des parties prenantes (scientifiques, mais aussi les acteurs des politiques dans toute leur diversité).

[149] Ces deux recommandations sont liées. L'établissement de recommandations de santé publique structurées exige de développer des études systématiques d'efficacité et d'efficience, et ces études ne se développeront vraiment que si l'impulsion est donnée par une institution en charge d'établir des recommandations de santé.

[150] La recommandation 1 est formulée en sachant, comme les développements précédents l'ont montré, que la médico-économie en matière de PPS ne se développera certainement pas si celle-ci n'est mieux prise en compte dans le processus de décision pour le médicament et les technologies.

Recommandation n°3 Constituer au sein du ministère de la santé une capacité à modéliser les effets économiques des politiques de santé publique.

[151] Cette troisième recommandation vient à l'appui des précédentes, les politiques de PPS génèrent des bénéfices dans le champ de la santé, mais ont aussi des effets économiques souvent positifs. Les travaux de l'OCDE mentionnés supra montrent qu'il est possible de construire des modèles de micro-simulation qui permettent de capter ces effets. Ces travaux pourraient être portés par la DREES, au vu des expertises disponibles au sein de cette direction.

[152] L'ensemble de ces recommandations visent un double objectif. Tout d'abord permettre aux acteurs de distinguer l'efficacité et l'efficience des diverses interventions de PPS pour promouvoir les plus pertinentes. Mais aussi renforcer le plaidoyer pour la santé publique : même si ce n'est pas systématique, affecter des ressources à la PPS s'avère bien souvent un investissement judicieux ; la réalisation d'études d'efficience devrait permettre de mettre en exergue ces résultats favorables et de favoriser ainsi le financement des actions de PPS par rapport à une situation où elles sont trop souvent appréhendées dans une perspective budgétaire de court terme.

[153] La mission estime, même si cela mérite d'être discuté, que les recommandations de santé publique devraient être établies par des comités *ad hoc* selon les sujets sous l'égide de la HAS. La HAS est déjà en charge des recommandations cliniques, qui intègrent nécessairement les dimensions de prévention secondaire et tertiaire. Par ailleurs, elle abrite, à travers la CEESP, une unité qui peut prendre en charge le pilotage du développement des études médico-économiques.

[154] A cet égard, la mission ne peut que se réjouir que la HAS, à travers la CEESP, ait décidé de constituer un groupe de travail sur l'approche médico-économique de la prévention. La conduite de ces travaux mériterait d'être priorisée dans le programme de travail de la HAS. La priorité portée par le COP 2024-2028 de SpF, de développer l'approche médico-économique de la prévention à travers des études coûts/bénéfices, est également très positive. Il convient de veiller à ce que ces deux initiatives s'articulent, pour fédérer les compétences mobilisées sur le sujet, et permettre de travailler sur des méthodologies partagées.

[155] Il est nécessaire qu'une institution à travers la définition de recommandation organise le champ des études médico-économiques dans le domaine de la santé publique. Les développements précédents l'ont montré, les études d'évaluation de l'efficience des politiques de prévention sont des opérations particulièrement complexes. Elles peuvent reposer sur des niveaux d'exigence divers quant à la qualité méthodologique des études de base, adopter des formats divers (analyse coût-utilité, coût-bénéfices, coût-conséquences...), renvoyer à des horizons temporels différents, s'appuyer sur des outils de modélisation qui, nécessairement, reposent sur des hypothèses soumises à de fortes incertitudes... Sans organisation du champ de production des études d'efficience, les résultats qui peuvent être présentés sont ainsi souvent difficilement interprétables et comparables. Ils peuvent être utilisés dans des plaidoyers mais sans pour autant convaincre, car ils peuvent toujours être soupçonnés d'avoir été produits avec des méthodologies *ad hoc*. L'enjeu est moins de prescrire une méthodologie que de garantir l'homogénéité et la transparence des méthodes pour permettre d'étalonner les différentes mesures (comparabilité des résultats) et de définir un format de présentation des résultats (intelligibilité des résultats). C'est, on l'a vu, l'apport d'institutions comme le NICE ou le WSIPP d'organiser la production des études et la présentation dans des cadres homogènes, afin qu'elles puissent servir de référence à la décision.

[156] Un des enjeux majeurs dans la « normalisation » des études est de s'accorder sur la valeur qu'il convient de donner à une vie sauvée, ou à une année de vie en bonne santé. Pour apprécier les résultats d'une étude coût-utilité, il faut disposer d'une valeur de référence ou d'un seuil. Dans le cadre d'une étude coût-bénéfices, la valeur accordée aux années de vie gagnées sera intégrée dans les bénéfices, et constituera un élément déterminant des résultats. On dispose en France d'une telle référence, celle issue du rapport Quinet qui est, on l'a vu, utilisé notamment dans le domaine de la santé pour calculer le coût social des drogues (cf. supra partie 1.2). On pourrait souhaiter que la valeur utilisée pour valoriser la vie humaine et/ou les années de vie gagnée soit

actualisée. En effet, le rapport Quinet date de plus de 10 ans ; depuis 2013, de nombreux travaux ont été accumulés et les méthodes améliorées pour aboutir à des valorisations pertinentes. Il serait aussi souhaitable que de telles valorisations soient construites à partir des travaux émanant d'économistes et d'experts du monde de la santé, et ne soit pas importées à partir de travaux centrés sur la programmation des grandes infrastructures publiques.

[157] Par ailleurs, ces valeurs de références doivent être établies dans un cadre transparent, l'édition de telles références suscite en effet des réticences éthiques. Il convient à cet égard de souligner qu'en édictant une telle valeur, il ne s'agit en aucun de fixer une norme de moyens qui aurait vocation à s'appliquer dans un contexte clinique, au lit du malade, et qui viendrait borner les ressources dont un médecin peut disposer pour prendre en charge tel ou tel patient. Il s'agit de fixer une référence pour fonder des décisions générales (introduire tel ou tel médicament, engager tel ou tel programme de PPS...) dans la perspective de maximiser les gains en santé dans un contexte de ressources nécessairement limitées. Loin d'ailleurs de contraindre les ressources, la définition d'une valeur de référence permet au contraire de conforter des plaidoyers en faveur des dépenses de PPS. A cet égard, la question de savoir si ces valeurs de références doivent être construites dans la perspective de maximiser les effets santé d'un budget établi (perspective du NICE), ou en s'appuyant sur la disposition à payer des Français (démarche qui a inspiré le rapport Quinet de 2013), mérite aussi d'être discutée.

Recommandation n°4 Intégrer systématiquement dans les études d'impact des mesures législatives dans le domaine du soin ou de la santé publique, en complément de l'estimation de leurs effets sur les finances publiques, une analyse de leur efficience et, si c'est approprié, de leurs conséquences économiques. La mise en œuvre de cette recommandation à moyen terme est conditionnée par la mise en œuvre des recommandations n°1 à 3.

[158] Précisons enfin que la mission est consciente des obstacles à la mise en œuvre de ses recommandations qui, plus que des prescriptions d'action immédiates, doivent être lues comme des orientations qui pourraient guider l'évolution de nos institutions. Pour s'en convaincre, il suffit de faire référence à un article, signé par six membres de l'IGAS, il y a maintenant plus de dix ans, qui préconisait : « la prise en compte d'un critère d'efficience dans les orientations de la politique de prévention, via une approche médico-économique telle qu'elle est développée au Royaume-Uni, mériterait ... d'être davantage envisagée en France ».⁹¹ Un rapport de l'IGAS de 2014 formulait des recommandations dans cette perspective⁹². Durant ces dix années, la situation a peu évolué en ce sens, pour autant il n'a pas paru inutile à la mission de renouveler ces préconisations.

⁹¹ B. Buguet, J. Emmanuelli, M. Jeantet, A. Lopez, D. Nizri, F. Schaetzel L. Alter, *La nécessité d'un pilotage local et intersectoriel de la prévention et d'une action ciblée*. ADSP, n° 83, juin 2013

⁹² M. Jeantet, A. Lopez. *Evaluation médico-économique en santé*. Rapport IGAS, décembre 2014

2 Les interventions locales en prévention et promotion de la santé

[159] Dans la première partie de ce rapport, la relation entre politiques de PPS et « preuves » a été abordée de manière générale. Or, on l’a noté dès l’introduction, les politiques de PPS peuvent prendre des formes très diverses. Dans cette seconde partie, nous nous concentrerons sur une dimension particulière des politiques de PPS, qui soulève des questions méthodologiques spécifiques : celles qui, à travers des interventions auprès des populations, visent à favoriser l’adoption de comportements favorables à la santé⁹³. Ces actions ou programmes⁹⁴ s’inscrivent dans le quatrième axe des politiques de promotion de la santé : acquérir des compétences individuelles (cf. introduction générale).

[160] Les débats autour de la notion de données scientifiques, utilisée dans ce domaine depuis vingt ans, tendent à converger vers une utilisation de données à la fois expérimentales et expérientielles (2.1). L’émergence de programmes évalués en France est complexifiée par la faible structuration du champ de la recherche interventionnelle (2.2.). Le mode de pilotage des politiques de prévention ne permet pas actuellement un large déploiement des programmes qui ont été évalués (2.3).

2.1 Une utilisation récente et polysémique de la notion de « données probantes »

2.1.1 Des tensions au sein du monde de la PPS entre l’utilisation des seules données expérimentales, et l’évaluation dite « réaliste »

[161] Dans le domaine de l’EBM, il est usuel de considérer qu’un médicament a fait la preuve de son efficacité au vu de résultats scientifiques (essais cliniques, études en vie réelle) La transposition en matière d’intervention de PPS conduit à considérer, selon la terminologie utilisée par l’institut national de santé publique du Québec, qu’une « intervention est probante si son efficacité a été prouvée par des évaluations scientifiques »⁹⁵.

[162] C’est dans ce cadre que les « programmes probants », évalués dans un contexte anglo-saxon à partir des années 1980⁹⁶, commencent à être repris en France par l’INPES (actuel Santé publique France) à partir de 2005. Au même moment, des appels à projets annuels sont lancés pour

⁹³ Sachant que dans le milieu qui développe ce type d’intervention, on préfère souvent du fait de la dimension paternaliste/intrusive de l’expression « modifier les comportements », la référence à « accroître le pouvoir d’agir » des bénéficiaires

⁹⁴ Par programme, on désigne la conduite d’une intervention spécifiquement formalisée et déployée selon un protocole précisément défini

⁹⁵ Première définition présentée avec une certaine distance dans l’article de Lamboy B. Interventions fondées sur les données probantes en prévention et promotion de la santé : définitions et enjeux, La Santé en Action, n. 456, juin 2021

⁹⁶ Les deux exemples emblématiques correspondent aux Etats-Unis à *Strengthening Families Program* (1983) et *Good Behavior Game* (évaluation contrôlée randomisée dans 19 classes de Baltimore en 1985-1986)

développer la recherche interventionnelle en santé publique, afin de permettre l'évaluation d'actions portées au niveau national.

[163] Pour autant, la possibilité de transposer dans le domaine des interventions PPS, la norme admise pour les évaluations des pratiques cliniques est discutée.

[164] En premier lieu, la littérature internationale montre les difficultés à engager des essais randomisés contrôlés (avec groupe d'étude et groupe contrôle) dans le champ de la PPS. Une revue de 851 articles scientifiques publiés dans ce champ entre 2010 et 2020 permet d'identifier que seuls 22 % d'entre eux permettent de limiter les biais relatifs à la validité interne des résultats de l'essai ; les biais principaux portant sur de potentielles sources de biais dans la sélection des publics, dans leurs conditions d'étude, ou dans les taux d'abandon différenciés entre le groupe d'étude et le groupe contrôle⁹⁷.

[165] En deuxième lieu, les acteurs du champ de PPS soulignent qu'il est particulièrement difficile de garantir la reproductibilité de l'ensemble des composantes d'une intervention conduite dans le cadre d'un essai randomisé contrôlé⁹⁸. Par exemple, les effecteurs de l'intervention n'auront ni les mêmes compétences, ni les mêmes motivations que ceux qui sont intervenus dans un cadre expérimental. Ils soulignent également que les résultats établis dans le cadre d'un essai peuvent être affecté par des « effets de contexte ». Les résultats d'intervention visant à modifier des comportements sont aussi bien plus sensibles aux caractéristiques socioculturelles des bénéficiaires que l'action d'un médicament, visant à influencer sur des paramètres biologiques. Les résultats d'intervention sont aussi sensibles aux ressources économiques et sociales que peuvent mobiliser par ailleurs les bénéficiaires de l'intervention.

[166] De ce fait, plutôt que de se référer à des « programmes probants », il faudrait préférer la notion des programmes fondés sur des « données probantes », soit des programmes fondés sur les résultats des études scientifiques disponibles, mais aussi sur les connaissances expérientielles des intervenants sur le contexte de l'intervention⁹⁹.

[167] Cette seconde acception est retenue par l'Organisation mondiale de la santé, qui définit l'*evidence-based health promotion* comme « l'utilisation d'informations issues de la recherche scientifique et d'investigations structurées pour identifier les facteurs ayant un impact sur les déterminants de santé, et les actions les plus efficaces de promotion de la santé qui permettent d'agir sur ces facteurs sur des populations et contextes donnés »¹⁰⁰. L'OMS cite, parmi les sources utilisées, à la fois des études épidémiologiques, l'évaluation de programmes PPS (intégrant l'expertise des praticiens), des enquêtes sociologiques et ethnologiques, ainsi que des études économiques sur l'efficacité des interventions.

⁹⁷ Steeger CM, Buckley PR, Pampel FC, Gust CJ, Hill KG, Common methodological problems in randomized controlled trials of preventive interventions. *Prev Sci.* 2021;22(8):1159-72.

⁹⁸ L'IRESP a consacré, en 2024, un colloque à cette question sous le titre : Le contexte au cœur de la recherche en interventionnelle en santé publique : enjeux, méthode, effets.

⁹⁹ Lamboy B. Interventions fondées sur les données probantes en prévention et promotion de la santé : définitions et enjeux, *La Santé en Action*, n. 456, juin 2021

¹⁰⁰ Smith B. J., Tang K. C., Nutbeam D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 2006, vol. 21, no 4, p. 340-345.

[168] Dans ce cadre, un certain nombre d'acteurs dans le champ de la santé publique plaident pour l'évaluation des interventions en PPS comme des interventions complexes, du fait du contexte de l'intervention, des dimensions organisationnelles, socio-culturelles ou environnementales¹⁰¹. Trois conséquences principales sont associées à ces réflexions :

- Le protocole d'intervention des interventions en santé est décrit de façon rigoureuse et détaillée, en explicitant la théorie scientifique qui appuie l'intervention et la description de la chaîne causale et les mécanismes associés entre l'action et les effets attendus (ex. session d'activité physique en groupe : effet associé à l'animation par un tiers, ou à la dynamique de groupe) ;
- Des modèles alternatifs d'évaluation doivent être mobilisés, pour apporter des éclairages sur les leviers d'efficacité associés à l'intervention en fonction des données contextuelles, de façon plus adaptée que les essais contrôlés randomisés. Dans ce cadre, des chercheurs en santé publique mobilisent de façon privilégiée la méthode dite d'« évaluation réaliste »¹⁰². A la différence de l'essai contrôlé randomisé, qui étudie la relation causale entre une intervention et son effet, l'évaluation réaliste identifie la régularité des effets d'une intervention dans un contexte donné, et analyse les mécanismes déterminants qui expliquent cet effet. C'est en ce sens que ses promoteurs indiquent qu'une évaluation réaliste a vocation à sortir de la « boîte noire de l'intervention », pour analyser les mécanismes en jeu, en construire la « théorie ». Le tableau ci-dessous explicite les principales spécificités de l'évaluation réaliste par rapport à une évaluation expérimentale classique :

Evaluation expérimentale	Evaluation réaliste
<u>Question posée</u> : est-ce que ça marche ? - L'intervention produit-elle un résultat ? - Le résultat est-il significatif ? - Le résultat peut-il seulement être expliqué par l'intervention ? <u>Méthode utilisée</u> : étude randomisée en double aveugle <u>Logique</u> : relation cause-conséquence Elimination ou contrôle des éléments de contexte (groupes randomisés)	<u>Question posée</u> : comment, pour qui, et dans quelles circonstances est-ce que l'intervention produit un résultat ? <u>Méthode utilisée</u> : études de cas dans des contextes comparables et différents, pour identifier les récurrences d'effets, et analyser les mécanismes explicatifs <u>Logique</u> : boucles de rétroaction entre l'intervention et le contexte Facteurs de contexte pris en compte en tant que tels, comme contribuant à l'effet.

Source : *Synthèse par la mission des éléments présentés notamment dans l'ouvrage précité, La recherche interventionnelle en santé des populations*

¹⁰¹ A titre d'exemple, voir les travaux de Cécile Marie Dupin, Eric Breton, Joëlle Kivits, Laetitia Minary. Pistes de réflexion pour l'évaluation et le financement des interventions complexes en santé publique. Santé Publique, 2015, 5, pp.653-657.

¹⁰² L'ensemble de ces éléments sont détaillés dans le récent ouvrage *La recherche interventionnelle en santé des populations* de François Alla, Linda Cambon et Valéry Ridde (IRD Editions, décembre 2023), qui est une référence récente dans ce domaine.

[169] L'analyse de l'efficacité de l'intervention intégrant le contexte comme une de ses composantes, le transfert de l'intervention s'accompagne d'un outillage afin d'assurer un équilibre entre la fidélité aux principes essentiels de l'intervention, et l'adaptation à de nouveaux environnements. Des études dites de « transférabilité » évaluent dans quelle mesure les effets d'une intervention dans un contexte donné peuvent être atteints dans un autre environnement¹⁰³. Il ne s'agit pas de viser la simple reproduction d'un protocole évalué, mais à partir d'une description précise des mécanismes en jeu, d'identifier les facteurs clés qui doivent être préservés (ex. « dose d'intervention » associée au nombre de séances, à la taille des groupes et aux procédés incitatifs utilisés vers les bénéficiaires) et ceux qui méritent d'être adaptés en fonction du contexte de l'intervention (ex. l'intervention peut être modifiée pour tenir compte du degré d'accessibilité aux prestations recommandées durant l'intervention). L'analyse de ces fonctions clés peut être accompagnée par des outils protocolisés¹⁰⁴.

[170] Les acteurs qui financent et mettent en œuvre des interventions locales de PPS sont donc traversés par des tensions sur la pertinence de la référence à la démarche classique de *evidence based medicine* : la promotion de pratiques fondées sur des données objectives issues d'essais contrôlés. Certains estiment qu'il est possible de se concentrer sur le déploiement de programmes évalués suivant des approches inspirées de la recherche biomédicale, en adaptant ces derniers au contexte d'intervention mais en veillant à préserver la fidélité au design de l'intervention initialement évaluée. D'autres acteurs privilégient l'accumulation de connaissances issues d'essais, d'études d'évaluations mais aussi de l'expérience des opérateurs pour définir les facteurs clés d'interventions efficaces. L'intervention sera alors conçue en fonction du contexte, à partir de l'expérience des acteurs locaux.

[171] Ces débats théoriques ont des implications pratiques pour l'action des pouvoirs publics. Si l'on s'en tient à une conception qui privilégie la notion de programmes probants, on s'attachera à ne financer que des interventions fondées sur des résultats scientifiques et implémentés par des opérateurs qui respectent strictement les protocoles d'intervention validés. Si l'on se réfère plutôt à la notion des programmes fondés sur des données probantes, on laissera plus de place à l'initiative, à la créativité des opérateurs et on privilégiera l'adaptation au contexte. Globalement, la mission a constaté que ce débat mobilisait l'ensemble des acteurs du champ des financeurs aux opérateurs mais qu'en tout état de cause, la référence aux résultats scientifiques et à la nécessité de justifier de l'efficacité des actions était un impératif partagé. Il est largement admis que les interventions locales de PPS ne peuvent seulement se fonder sur de « bonnes intentions ».

[172] Il convient de souligner que ces débats se concentrent sur la méthode retenue pour évaluer l'efficacité des interventions, l'évaluation médico-économique, voire la simple modélisation des coûts et moyens humains associés à ces interventions étant quasi-absente des réflexions¹⁰⁵. Par ailleurs, les indicateurs d'efficacité mobilisés dans la démarche sont le plus souvent des indicateurs intermédiaires (exemple : diminution du taux de lycéens fumeurs) qui ne renseignent pas sur l'impact sanitaire et économique de l'intervention, faute de modèle développé en France (exemple : modélisation de l'impact de la diminution des lycéens ayant arrêté de fumer sur

¹⁰³ Cambon L. Transfert de connaissances, données probantes, transférabilité : de la clarification des concepts aux changement des pratiques, La Santé en Action, n. 456, juin 2021

¹⁰⁴ Cambon L., Minary L., Ridde V., Alla F., Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE, Santé Publique 2014/6 (Vol. 26), pp. 783 à 786

¹⁰⁵ SpF affirme dans son COP 2024-2028 l'ambition de développer des études en ce sens, cf. infra

l'incidence de pathologies comme les cancers sur la morbi-mortalité de la cohorte, valorisation en Qaly).

2.1.2 Des interventions progressivement structurées autour du développement des compétences psychosociales

[173] En parallèle des approches thématiques de prévention centrés sur un produit, un type de comportement (ex. tabac, santé sexuelle...), une approche plus globale de la promotion de santé s'est développée, qui s'organise autour du développement des « compétences psychosociales » (CPS). Dès la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, en 1986, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) met en exergue l'importance de renforcer les « aptitudes indispensables à la vie » (« *life skills* ») pour favoriser la santé globale, et atteindre « un état de complet bien-être physique, mental et social ».

[174] La définition des CPS fait l'objet de controverses mais si l'on se réfère à la clarification opérée par SpF dans un rapport de 2021, elles se définissent, d'une part, comme « un ensemble cohérent et pertinent d'aptitudes et de conduites personnelles mobilisées dans le cadre d'interactions humaines (s'appuyant sur des connaissances, des attitudes, des comportements, des pensées et des émotions) qui peuvent évoluer et être acquises », et, d'autre part, comme des « compétences transversales, génériques et interdisciplinaires »¹⁰⁶, c'est-à-dire que ces compétences contribueront à la préservation de la santé mais contribueront aussi aux « performances » de l'individu dans d'autres domaines (scolaire, professionnel...).

[175] Envisagées de manière analytique, et selon le même rapport de SpF, les CPS renvoient à trois catégories de compétences (cognitives, émotionnelles, sociales) qui se subdivisent en neuf compétences générales : trois CPS cognitives (avoir conscience de soi, capacité de maîtrise de soi, prise de décisions constructives), trois CPS émotionnelles (conscience de ses émotions et de son stress, capacité à réguler ses émotions, capacité à gérer son stress, enfin trois CPS sociales (communiquer de façon constructive, développer des relations constructives, résoudre des difficultés). Ces neuf compétences générales recouvrent elles-mêmes 21 compétences spécifiques (par exemple, au sein de la compétence générale « gérer son stress », la compétence spécifique « faire face à l'adversité »).

[176] Le développement des CPS débute aux Etats-Unis dès les années 1970. A partir de 1994, l'organisme non-profit CASEL (collaborative to advance social and emotional learning), initialement adossé à l'université de Yale et son *Child Study Center* assure la promotion de cette démarche d'intervention sociale. Dès les années 1980, cette démarche orientée par des objectifs pédagogiques et éducatifs donne lieu à des évaluations de l'impact sur des cohortes d'enfants. Ces études permettent d'identifier des résultats significatifs à court terme sur le climat scolaire et les apprentissages, et à moyen terme sur la réussite scolaire des élèves concernés, mais aussi sur la réduction des comportements délictueux et sur l'amélioration de déterminants de santé (santé mentale, surpoids, addictions).

¹⁰⁶ Santé publique France. Les compétences psychosociales : état des connaissances scientifiques et théoriques réalisé en 2021, p.15

Les premières études : résultats associés au programme *Good Behavior Game*

Le programme *Good Behavior Game* consiste à faire animer par l'instituteur quatre courtes séances par semaine, dans laquelle des groupes d'élèves de CP-CE1 regroupés de façon aléatoire sont récompensés s'ils respectent collectivement les règles de vie collective définies de façon collective, quand ils réalisent en groupe un exercice de la vie scolaire.

Ce programme a fait l'objet d'une première étude contrôlée et randomisée en 1985-1986 en CP-CE1 dans 19 écoles publiques de Baltimore, auprès de 1196 élèves répartis dans 41 classes. Impact mesuré après quelques mois sur la diminution des comportements agressifs chez les garçons et les filles (plus marqué chez les garçons), diminution des postures de timidité excessives chez les filles. Ces élèves ont été suivis par l'*American Institutes for Research* jusqu'à l'âge de 19-21 ans. Ce suivi a démontré un moindre recours au service de santé scolaire, un moindre taux d'addiction (drogues, alcool, tabac), un taux d'incarcération et un taux de suicide diminués. La réduction du risque est significative, et ce particulièrement pour les garçons identifiés comme « agressifs et perturbateurs » en CP¹⁰⁷.

Les résultats concernant la réduction des comportements agressifs et perturbateurs ont été confirmés par un programme pilote aux Pays-Bas en 1999-2000, et en Grande-Bretagne en 2010-2012. Le suivi de cohorte aux Pays-Bas a permis de montrer une réduction significative de l'initiation au tabac et à l'alcool entre l'âge de 10 et 13 ans.

Par ailleurs, au-delà de ces « preuves » d'efficacité, ce programme a fait l'objet d'une étude coût-bénéfice par le WSIPP, qui a montré qu'il présentait un niveau de retour sur investissement particulièrement élevé (cf encadré en partie 1.2.6).

[177] Au vu de ces résultats, le développement des compétences psychosociales fait partie des stratégies prioritaires par les principales institutions internationales (Unicef, OCDE) dans le cadre éducatif depuis les années 2000, notamment dans le programme « Education 2030 » de l'OCDE. Dans les rapports PISA 2015 et 2018 (*Programme for International Student Assessment*), l'OCDE souligne que les CPS sont des indicateurs significatifs associés aux résultats scolaires. L'impact plus global des CPS sur la réussite scolaire et professionnelle, ainsi que sur le bien-être psychique, est souligné dans un récent rapport¹⁰⁸.

[178] Cependant, le développement de cette approche est relativement tardif en France. Amorcé en 1986 par Pr. Jacques Fortin, pédiatre conseiller du recteur de l'académie de Lille, il fait l'objet de premières initiatives locales, principalement pour adapter des programmes dans le champ de la prévention des addictions, au cours des années 1990. Plusieurs expertises collectives de l'Inserm au cours des années 2000, soulignent l'importance de cette approche pour la santé et le comportement des adolescents, mais se heurte à des oppositions notamment issues d'approches psychanalytiques du développement de l'enfant.

¹⁰⁷ Wilcox HC, Kellam SG, Brown CH, Poduska J, Ialongo NS, Wang W, Anthony JC, The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts, *Drug and Alcohol Dependence*, 95 (suppl. 1), 2008, S60-S73

¹⁰⁸ Findings from the OECD Survey on Social and Emotional Skills, 2023

[179] Le développement d'expérimentations qui adaptent, pour une partie d'entre elles, des programmes étrangers, est dès lors principalement porté en milieu scolaire, à partir des années 2000-2010 par des associations de prévention et de promotion de la santé, avec le soutien scientifique et financier de l'INPES, puis de SpF.

[180] Progressivement, les CPS deviennent une référence partagée entre les secteurs de la PPS, de l'éducation et du soutien à la parentalité. La définition des priorités dans le champ de l'éducation nationale intègre progressivement les CPS : mentionnées dans le champ de l'éducation à la santé dans la circulaire de 1998, les CPS sont inscrites dans le socle de compétences en 2006. L'accumulation de données sur leur impact dans le champ de la réussite scolaire et des interactions sociales, ainsi que sur le retard relatif de la France dans ce domaine¹⁰⁹, conduit à consolider la place des CPS dans les orientations de l'éducation nationale, au sein du parcours éducatif de santé (2016) et de la démarche « Ecole promotrice de santé » (2020). Parallèlement, le développement des compétences psychosociales fait partie des priorités de la stratégie nationale de santé 2018-2022, et est mentionné dans plusieurs plans de santé publique.

[181] Cette priorisation partagée est structurée, en août 2022, par la signature d'une instruction interministérielle¹¹⁰ ayant pour objectif la formation aux CPS de plus de 50 % des enfants de 3 à 12 ans, et de plus de 30 % des jeunes de 13 à 18 ans, d'ici à 2037. Cette instruction interministérielle doit être déclinée en feuilles de route sectorielles spécifiques aux publics¹¹¹ à l'automne 2024, et s'accompagner du pilotage d'un réseau de référents dans les agences régionales de santé et dans les académies. Ces travaux s'accompagnent d'analyses plus ciblées sur certains publics¹¹².

[182] L'approche globale que constitue le développement des CPS semble, en première approche, complexifier une approche fondée sur des indicateurs d'efficacité en santé. Les principaux indicateurs mesurés à court terme concernent l'appréciation de la progression des CPS, le climat scolaire et la diminution des comportements agressifs de certains élèves. Cependant, les cohortes ayant fait l'objet d'un suivi dans de nombreux pays démontrent les impacts sur la santé à moyen terme, associés aux interventions de CPS. Quatre méta-analyses successives publiées en 2011, 2017 et 2023¹¹³ permettent d'identifier l'impact de ces programmes

¹⁰⁹ L'étude PISA 2018 de l'OCDE souligne le classement très défavorable des élèves français sur plusieurs compétences : 62^e sur 65 des pays membres de l'enquête pour la confiance en ses capacités à réussir ; 62^e pour l'anxiété ; 58^e pour la perception du contrôle personnel sur les facteurs de réussite ; 53^e pour l'ouverture à la résolution des problèmes.

¹¹⁰ Instruction interministérielle N° DGS/SP4/DGCS/DGESCO/DJEPVA/DS/DGEFP/DPJJ/DGESIP/DGER/2022/131 du 19 août 2022 relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037

¹¹¹ Education nationale ; éducation populaire et vie associative/sports ; enseignement agricole ; enfants sous protection de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse ; enseignement supérieur ; insertion et accompagnement des 16/18 ans et des jeunes adultes.

¹¹² En témoigne le rapport remis en juin 2024 par l'IGESR, relatif au développement des compétences psychosociales en lycée professionnel

¹¹³ Durlak et al, The Impact of Enhancing students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal

Interventions, Child Development, January / February 2011, volume 82, number 1, pages 405-432.

Taylor R.D. et al., Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects, Child Development, July / August 2017, volume 88, number 4, pages 1156-1171

sur le bien-être, la santé mentale, les relations interpersonnelles, la prévention des pratiques addictives et des pratiques à risques en santé sexuelle.

[183] Les analyses approfondies de SpF soulignent cependant que ces résultats sont variables suivant les stratégies d'intervention pour renforcer les CPS. Ainsi, une revue de littérature portant sur 906 études d'évaluation contrôlées dans le champ des addictions montrait que 41 % pouvaient être mises en œuvre de façon plus étendue, 44 % n'avaient pas vocation à être utilisée en dehors d'un cadre expérimental, et 15 % ne devaient pas être reproduites en raison de leur caractère potentiellement iatrogène¹¹⁴. Un des exemples les plus connus porte sur l'absence d'efficacité sur la réduction du tabagisme d'une intervention en milieu scolaire qui portait uniquement sur la résistance à l'influence de l'entourage, et qui n'abordait pas des déterminants associés à la gestion du stress personnel¹¹⁵.

[184] Les travaux de capitalisation des travaux scientifiques et des connaissances théoriques, réalisés par SpF en 2022, permettent d'identifier les facteurs clés de succès pour sélectionner des programmes de développement des CPS y compris quand ces derniers n'ont pas été évalués :

- Deux facteurs principaux : une intervention structurée (séquentielle, active, focalisée sur les principales « CPS clés » et répondant à des objectifs et une méthode explicitée auprès des participants) ; une implantation de qualité (conformité au contenu et au format des activités du programme ; modalités dont les intervenants réalisent les interventions ; l'adhésion et la réceptivité des participants) ;
- Six facteurs complémentaires : des contenus fondés sur les connaissances scientifiques actuelles ; des ateliers intensifs qui s'inscrivent dans la durée ; des ateliers structurés qui s'appuient sur des supports formels ; une pédagogie positive et expérientielle ; des pratiques CPS informelles au-delà du seul cadre scolaire ; un environnement éducatif soutenant.

[185] Ces critères clés s'éloignent des pratiques traditionnelles d'intervention dans le champ de la lutte contre les addictions, précédemment centrées sur l'information relative aux risques associés aux produits et principalement ponctuelles. Ils conduisent également à analyser de façon plus exigeante une partie des programmes de développement des CPS déjà déployés dans le cadre scolaire. En effet, d'après l'enquête réalisée en 2017-2019 par SpF auprès des ARS et des rectorats, 94 programmes ont été recensés, pour l'essentiel conduits dans l'enseignement primaire ou secondaire. Seuls 21 d'entre eux répondent aux trois critères définis par la littérature : au moins 6 séances, travail sur les compétences émotionnelles et sociales, travail en jeu de rôle. A noter qu'un tiers des programmes n'étaient pas décrits de façon assez précise pour être analysés.

Cipriano C. et al., The state of evidence for social and emotional learning: A contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions, *Child Development*, volume 94, Issue 5, september / october 2023, pp. 1181-1204.

Quílez-Robres A. et al., Emotional intelligence and academic performance : A systematic review and meta-analysis, *Thinking Skills and Creativity*, 49, 2023

¹¹⁴ Amato L, Mitrova Z, Davoli M, Cochrane D, Alcohol G. Cochrane systematic reviews in the field of addiction: past and future. *J Evid Based Med*. 2013;6(4):221-8.

¹¹⁵ Peterson AV, Kealey KA, Mann SL, Marek PM, Sarason IG. Hutchinson Smoking Prevention Project: Long-Term Randomized Trial in School-Based Tobacco Use Prevention Results on Smoking. *Journal of the National Cancer Institute*. 2000;92(24):1979-91.

[186] La démarche de développement des compétences psychosociales transforme l'approche des interventions en PPS, mais aussi les dispositifs d'appui à la parentalité et les pratiques éducatives. L'évaluation du développement des CPS tend à remplacer les indicateurs traditionnels (ex. taux de fumeurs quotidiens), car ces interventions se conduisent très en amont des risques, et souvent dès l'école primaire. Il ne s'agit plus de développer l'éducation à la santé, mais de faire évoluer les méthodes d'éducation pour en retirer des bénéfices dans le domaine de la vie scolaire et des apprentissages, et à titre complémentaire obtenir une amélioration des comportements en santé à moyen ou long terme. Les évaluations successives confirment non seulement l'efficacité du point de vue sanitaire, mais aussi le retour sur investissement positif¹¹⁶ des programmes structurés de développement des CPS.

2.1.3 Les limites de la consolidation de programmes hétérogènes dans différents répertoires ou portails

[187] Le rapport de l'IGAS remis en 2015, accompagnant la création de SpF¹¹⁷, faisait déjà le constat des difficultés relevées au niveau des agences régionales de santé et de l'écosystème association pour avoir connaissance des expériences efficaces conduites au niveau national ou international, les prioriser et disposer de l'outillage méthodologique pour les implémenter. La mission recommandait donc une mobilisation de SpF sur plusieurs volets :

- Mettre à disposition des référentiels et outils méthodologiques de référence (fiches pratiques, formations destinées aux ARS, IREPS et principales associations nationales), pour le déploiement d'interventions efficaces ;
- Mettre en place un portail national de référence sur les données validées pour les interventions locales de PPS. Ce portail aurait également vocation à identifier les « données prometteuses » en tenant compte des savoirs expérientiels, et d'identifier les conditions de transférabilité des interventions dans des contextes différents ;
- Soutenir et promouvoir la recherche interventionnelle pour la production de données probantes autour des programmes locaux de PPS.

[188] La création d'un portail regroupant et classifiant les interventions en PPS, inspirée d'exemples étrangers (Pays-Bas, Grande-Bretagne, Allemagne, Etats-Unis...), s'inscrit donc dans un ensemble d'actions d'accompagnement méthodologique des acteurs dans le champ de la PPS.

[189] SpF a initié un « registre des interventions efficaces et prometteuses »¹¹⁸ en PPS en 2018, nourri de deux types de programmes : ceux identifiés par les services de SpF dans la littérature scientifique française et étrangère, et ceux présentés par des porteurs de projet. Une large partie des programmes inscrits dans le registre ont été rendus publics en 2018, avant la finalisation de la grille de cotation et la désignation d'un comité d'experts. D'autres priorisation des moyens humains de la direction, puis le contexte de crise sanitaire, ont interrompu les travaux relatifs à l'organisation du portail jusqu'en 2022. Depuis cette date, les travaux ont avant tout porté sur la remise à plat de l'évaluation des programmes, et de leur présentation sur le portail de SpF. Les

¹¹⁶ Voir notamment les évaluations citées dans le rapport pour Good Behavior Game et *Unplugged*

¹¹⁷ IGAS, *Perspective d'organisation territoriale pour le nouvel Institut de Santé Publique*, avril 2015

¹¹⁸ Initialement qualifié de « répertoire des interventions probantes »

programmes doivent désormais être évalués par un comité d'experts, suivant une grille d'analyse relative aux points suivants :

- Description de l'intervention : objectifs, étapes de mise en œuvre, cohérence entre le problème de santé publique, la population et l'intervention choisie ;
- Fondements théoriques de l'intervention ;
- Pertinence des méthodes d'évaluation choisies au regard de l'objectif et du cadre d'intervention, et qualité du schéma expérimental (comparabilité des groupes, significativité de l'effet) ;
- Efficience et soutenabilité, notamment pour la mobilisation des moyens humains ;
- Documentation des éléments nécessaires à la transférabilité de l'intervention dans un contexte différent.

[190] Ces éléments d'appréciation doivent conduire à réaliser une cotation des interventions, publiée sur le site internet de SpF, et détaillée comme suit :

☐	NIVEAU 1	• Décrit de façon détaillée ce qui est mis en œuvre (protocole, guide)	Bien décrit
☐	NIVEAU 2	• Présente un mécanisme et une logique d'action objectifs : existence d'arguments théoriques référencés pour la construction de l'intervention	Bien fondé
☐	NIVEAU 3	• Effet démontré à l'aide d'un comparateur (ex. groupe témoin) ☐ Avec évaluation économique ☐ Sans évaluation économique	Premiers indices de preuve
☐	NIVEAU 4	• Il existe des évaluations de réplcation indépendantes qui confirment les conclusions pour une population cible similaire	Bons indices de preuve
☐	NIVEAU 5	• Il existe des systèmes ou des procédures pour assurer la réplcation d'un impact positif	Forts indices de preuve

Source : Santé publique France

[191] La cotation ne constitue pas, en soi, une évaluation de la pertinence comparée des interventions en termes d'efficacité et *a fortiori* d'efficience, mais caractérise seulement le niveau des preuves que peut revendiquer tel ou tel programme¹¹⁹.

[192] Le portail présente 92 interventions, dont la majorité est centrée sur trois thématiques : addictions (25 interventions), développement des CPS dans le cadre scolaire (16 interventions), nutrition et activité physique (16 interventions). Au moins un quart de ces interventions sont issues de la transposition d'expériences étrangères, notamment des Etats-Unis et du Canada.

¹¹⁹ Les programmes identifiés comme « prometteurs », c'est-à-dire disposant d'indices relatifs à leur efficacité mais qui ne sont pas encore évalués, sont associés au niveau 2 de la formation.

[193] Il convient de relever les limites actuelles de ce portail, notamment liées à la faiblesse des moyens humains qui pouvaient y être consacrées jusqu'en 2024. La capacité à appréhender les programmes les plus pertinents pour un secteur d'intervention est limitée par les quatre principaux éléments suivants :

- A date, seules 4 interventions évaluées depuis 2022 font l'objet d'une cotation par niveau. Faute de moyens pour permettre leur examen, les programmes déposés auprès de SpF pour être inscrits au registre restent en attente, leur nombre est estimé à 31 demandes¹²⁰ depuis une année par les équipes de SpF. A titre de comparaison, le répertoire utilisé aux Pays-Bas (RIVM), organisé depuis 2007, valorise 311 interventions¹²¹ ;
- Les différents modes d'intervention ne sont pas comparés entre eux (ex. pour la lutte contre le tabagisme : interventions brèves, groupes de parole, ou développement des compétences psychosociales) ;
- Les grilles de description des programmes ne présentent pas des modèles de coûts ou les moyens humains associés à l'intervention, ni d'éléments relatifs à l'efficacité, qui sont pourtant des éléments importants pour le choix d'une intervention.

[194] Le portail mis en place par SpF est devenu une référence incontournable auprès duquel se positionnent de nombreux acteurs dans le champ de la PPS, dans une logique de « labellisation » de certaines de leurs actions, tout en préservant leur capacité d'adaptation et de créativité pour d'autres interventions. La majorité des acteurs mobilisés sur des actions locales de PPS souhaitent une inscription dans ce registre, soit pour promouvoir une intervention locale évaluée dans un essai contrôlé, soit pour valoriser d'autres méthodes d'évaluation. Faute de moyens humains et techniques mobilisés depuis 2018, ce portail présente cependant un certain nombre de limites, à la fois sur le nombre de programmes évalués, ainsi que sur la présentation des éléments d'appréciation de ces programmes. Le renforcement récent de l'équipe projet, de 1,5 ETP à 3,5 ETP, et la refonte de la plateforme électronique d'ici à début 2025, devrait permettre d'accroître le nombre de programmes évalués.

[195] Parallèlement à la création du portail de SpF, la société française de santé publique et la fédération Promotion Santé ont mis en place, sur demande et financement de la direction générale de la santé¹²², un portail de capitalisation des expériences en promotion de la santé, dit « CAPS ». Ce portail est alimenté par des contributions des porteurs d'interventions ; la fiche descriptive est centrée sur la présentation détaillée de l'intervention, les éléments de contexte et les leviers de réussite pour transférer l'intervention dans un contexte différent.

¹²⁰ Toujours selon les équipes de SpF, seule la moitié des programmes déposés pour une inscription au registre seraient éligibles

¹²¹ Répartition des interventions présentées dans le registre aux Pays-Bas :

- 70 interventions au niveau 0 (bien décrites)
- 166 interventions au niveau 1 (bien fondé de l'intervention)
- 35 interventions au niveau 2 (premiers indices d'efficacité)
- 33 interventions au niveau 3 (bons indices d'efficacité)
- 7 interventions au niveau 4 (forts indices d'efficacité)

¹²² Le projet s'inscrit dans l'initiative nationale InSPIRe-ID (Initiative en Santé Publique pour l'Interaction entre la Recherche, l'Intervention et la Décision)

[196] Ce portail présente actuellement 129 fiches interventions. Chaque intervention dans un contexte différent pouvant être décrite séparément, plusieurs interventions peuvent correspondre à un même programme (ex. deux présentations du programme PRODAS en Corse et à Marseille). Le portail de capitalisation présente au même niveau des programmes identifiés comme « probants » dans le registre de SpF, et d'autres programmes qui n'ont pas fait l'objet d'une évaluation. Les fiches de capitalisation se concentrent sur la présentation de la mise en œuvre du programme et de ses conditions de transférabilité, les résultats associés aux interventions sont rarement présentés.

[197] Enfin, deux autres portails coexistent pour recenser les actions de prévention conduites sur les territoires, ils sont eux aussi alimentés à partir de déclarations des porteurs de projets :

- OSCARS, géré par les ORS, recense 48 414 actions, à la fois passées et en cours, dont l'exhaustivité n'est plus assurée depuis quelques années ;
- France Assos Santé a mis en place un « répertoire des actions de prévention et de promotion de la santé », qui regroupe 352 interventions dont la présentation est succincte.

[198] Les collectivités territoriales (AMF, ADF et l'association Réseau Villes-Santé) colligent les expériences d'intérêt, sans démarche systématique autour d'un registre d'interventions.

[199] La coexistence de répertoires des interventions probantes, initialement destinés à outiller les acteurs locaux pour prioriser la conduite d'actions de prévention, montre les différences d'approches entre une évaluation de programmes à partir du niveau de preuve d'efficacité, et la valorisation des savoirs expérientiels et de la capacité à implémenter une intervention dans différents contextes. L'orientation récente de SpF, vers la mise à disposition de guides thématiques pour recenser les programmes évalués dans une même thématique (CPS, interventions précoces à domicile¹²³), et pour identifier les facteurs clés de réussite communs à ces différents programmes, permet partiellement de dépasser ces divergences d'approche, tout en apportant un outillage opérationnel pour les acteurs associatifs et en ARS.

Recommandation n°5 Mobiliser le renforcement des moyens effectué par SpF sur le registre d'interventions efficaces et prometteuses, afin de permettre la cotation par niveau des programmes relatifs aux addictions et au développement des CPS déjà rendus publics, ainsi que l'évaluation des programmes déposés et répondant à cette thématique.

Recommandation n°6 A titre complémentaire, mobiliser SpF sur des guides de pratiques afin d'identifier les facteurs clés de réussite d'interventions, notamment pour les actions relatives à la nutrition et à l'activité physique, suivant le modèle déjà utilisé pour le développement des CPS.

¹²³ Santé publique France, *Repères pour l'implantation d'interventions précoces à domicile soutenant la relation parents-enfants*, 2023

2.2 La difficile émergence de programmes évalués, dans un paysage éclaté de la recherche interventionnelle en santé publique

2.2.1 L'évaluation scientifique reste limitée, malgré plusieurs guichets de financement

[200] Le financement des actions de recherche interventionnelle en santé publique, qu'on définira comme « l'utilisation des méthodes scientifiques pour produire des connaissances concernant les interventions, les programmes et les politiques (concernant la santé ou tout autre domaine) qui visent à modifier la distribution des facteurs de risque des maladies ou des déterminants de la santé dans une population »¹²⁴, est relativement récent. Le champ de ces recherches, relativement large, s'est notamment développé dans le domaine des interventions locales visant à modifier les comportements. Ces recherches sont généralement pluriannuelles, et représentent un coût globalement élevé (de 400 K€ à 1 M€ pour les projets de grande ampleur, d'après les interlocuteurs rencontrés par la mission). Le financement d'actions dans le champ de la recherche universitaire est limité, et coexiste avec plusieurs vecteurs de financement dans le champ sanitaire.

2.2.1.1 Des financements limités dans le champ de la recherche

[201] Les programmes de recherche interventionnelle en santé des populations sont principalement financés par l'institut pour la recherche en santé publique (IReSP), groupement d'intérêt scientifique créé en 2007 qui regroupe les principales institutions mobilisées sur ce champ¹²⁵. Les moyens financiers consacrés par l'IReSP à ces projets de recherche sont globalement limités, à hauteur de 3 M€ par an pour les programmes « services innovants » pour la santé, et de 8 M€ pour les recherches spécifiquement ciblées contre les addictions.

[202] L'IReSP a ainsi pu financer une centaine de projets de recherche depuis 2018, dont seule une minorité concerne des recherches interventionnelles dans le champ de la prévention (la majorité des recherches dans le champ des addictions portent sur la compréhension des mécanismes biologiques en jeu). Les projets sont marqués par une grande hétérogénéité, comme le montrent les quelques exemples ci-dessous. Seuls quelques projets de recherche semblent aborder la transférabilité de programmes de prévention et de promotion de la santé.

¹²⁴ Potvin L., Di Ruggiero E., Shoveller J., *La Santé en action*, 2013, n°. 425, pp. 13-16

¹²⁵ Membres du GIS : ministère de la santé, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, INSERM, CNRS, DREES, SpF, INCa, CNAM, MILDECA, IRD, INED, et Anses depuis octobre 2024

Exemples de projets de recherche financés par l'IReSP

PrévHPV (projet sélectionné en 2018, à partir d'un appel à manifestation d'intérêt dans le cadre du plan Cancer III). Ce programme de recherche a vocation à améliorer l'acceptabilité de la vaccination contre les papillomavirus humains. Coordonné par l'université de Nancy en lien avec 7 équipes universitaires. A partir d'un diagnostic détaillé des freins à la vaccination, trois interventions sont co-construites avec les parties prenantes (enfants, parents, professionnels de santé et de l'éducation nationale) : éducation à la vaccination ; formation des médecins généralistes à l'entretien motivationnel ; vaccination gratuite au sein des collèges. Les trois interventions sont évaluées au sein de trois groupes, dans 90 communes en France. Ce programme est financé à hauteur de 2 M€ sur trois ans ;

Intervention communautaire en vue d'éliminer le VHC parmi les personnes qui utilisent des drogues (projet sélectionné en 2022). Cette étude, conduite par les CHU de Montpellier et de Martinique, a pour objectif d'évaluer la faisabilité, l'efficacité et l'efficience d'un modèle communautaire de dépistage de masse du VHC, VHB, VIH et autres IST, et du traitement immédiat de l'hépatite C parmi les usagers de drogues. Elle est financée à hauteur de 100 K€ sur une durée de 2 ans ;

Evaluation d'une intervention en santé publique visant à améliorer les pratiques alimentaires, les comportements liés à l'équilibre énergétique et la croissance des enfants âgés de 0 à 2 ans issus de familles défavorisées (projet sélectionné en 2022). Cette étude, conduite par l'INSERM et le CHU de Lille, vise à évaluer le Programme Malin développé dans le département du Nord. Elle est financée à hauteur de 400 K€ sur une durée de 4 ans ;

Prescription de nature dans une approche de promotion de la santé pour améliorer la santé et le bien-être : pour qui et comment ? Recherche-action en soins primaires et psychiatrie. Cette étude participative vise à élaborer un modèle de « prescription de nature » (pour se rendre dans des espaces verts ou naturels), qui serait transférable à d'autres cadres d'exercice en établissements de santé ou en soins primaires. Ce projet pilote, coordonné par l'université Lyon I, est financé à hauteur de 100 K€ pour une durée de 18 mois.

[203] A partir des années 2000, ce sont l'INCa et l'INPES (actuel SpF) qui ont principalement porté l'accompagnement de projets pilote, permettant souvent l'adaptation de protocoles utilisés aux Etats-Unis ou au Canada. Parmi les exemples les plus emblématiques :

- Expérimenté en 2011 par l'association CODES 06, le programme PSFP (*Strengthening Family Program*) a été évalué par SpF sur la période 2013-2015, puis a fait l'objet d'une étude publiée en 2023 sur la période 2015-2018 ;
- Mis en place en 2015-2017, le projet-pilote *Good Behavior Game* a été porté par l'association « Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale »¹²⁶ avec un cofinancement de l'ARS PACA ;
- Déployé à partir de 2013, le programme *Unplugged* a fait l'objet d'une évaluation par SpF dans le Loiret en 2017.

¹²⁶ Association qui appuie des travaux de recherche-action

[204] La création du Fonds tabac (actuel Fonds de lutte contre les addictions) à partir de 2016, a permis d'accompagner le financement de tels projets d'une gouvernance partagée entre les différentes institutions mobilisées sur le champ de la prévention des addictions, et d'évaluations systématiques. Depuis 2021, l'ouverture d'appels à candidatures sur des thématiques spécifiques permet d'élargir le champ des actions évaluées (ex. en 2022, accompagnement des publics accueillis en protection maternelle et infantile et des familles prises en charge par l'aide sociale à l'enfance). Des évaluations transversales sont également commanditées par le FLCA, permettant d'identifier des repères documentés sur certains types d'interventions (ex. conditions de déploiement des espaces sans tabac, ou d'actions de prévention par les pairs).

[205] Parallèlement, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, le fonds pour l'innovation du système de santé (dispositif dit « article 51 ») permet de financer l'expérimentation de nouvelles organisations en santé reposant sur de nouveaux modèles de financement. Certaines expérimentations, si elles sont évaluées de façon favorable peuvent être inscrites dans un dispositif de droit commun, dénommé « parcours de coordination renforcé ».

[206] Reposant principalement sur l'accompagnement de projets présentés par des acteurs de terrain, ce fonds mobilise 90 M€ en 2022. Initialement centré sur des organisations de soins innovantes, son utilisation s'est largement tournée vers des actions de prévention (pour l'essentiel secondaire ou tertiaire). D'après les équipes en charge de l'instruction des dossiers, les deux tiers des projets financés comportent des actions de prévention. Depuis 2024, l'article L.162-31-1 du code de la sécurité sociale, qui encadre ces expérimentations, prévoit explicitement que celles-ci peuvent concerner des actions de prévention, et non la seule prise en charge des patients. Dans les faits, certaines de ces expérimentations tiennent lieu de recherches interventionnelles et d'études de transférabilité, comme le montrent les deux exemples suivants :

- L'expérimentation de centres de santé sexuelle d'approche communautaire (CSSAC) permet d'évaluer l'adaptation de structures existant en Grande-Bretagne, destinées à apporter une réponse globale aux besoins de santé en développant une approche communautaire spécifique, dans des villes à forte prévalence du VIH et des IST. Après deux ans d'expérimentation, son évaluation permet l'inscription en droit commun ;
- L'expérimentation PRALIMAP-INES consiste à évaluer la transférabilité et le passage à grande échelle du programme PRALIMAP (évoqué à la fin du 2.2.1) sur trois cohortes de collégiens de classe de 4ème au sein des 47 collèges publics de Guadeloupe et Iles du Nord, soit 6000 collégiens.

2.2.1.2 Un rôle complémentaire de l'Agence pour l'innovation en santé

[207] L'annonce au printemps 2024 d'une stratégie d'accélération « prévention » dans le cadre de France 2030 intervient dans le paysage complexe décrit ci-dessus, marqué par une multitude de guichets de financement, des montants financiers et un nombre de projets globalement faible. Cette stratégie, pilotée par l'Agence pour l'innovation en santé, apporte à la fois une capacité de financement importante avec un financement de 170 M€ , et un nouveau guichet de financement au risque d'accroître la complexité du paysage institutionnel.

[208] Cette stratégie d'accélération a vocation à financer trois principaux volets :

- Un programme et équipements prioritaires de recherche (PEPR) prévention, confié à l'Agence de programme de la recherche en santé (Inserm) ;
- Un appel à projets Challenges prévention – démonstration de la valeur en vie réelle des innovations en prévention ;
- Un volet « prévention » dans l'appel à projets « capacités et industrialisation ».

[209] A cette date, seul l'appel à projets « Challenge prévention » a été publié à l'été 2024. Il se présente comme un appel à projets centré sur des projets mobilisant des innovations technologiques¹²⁷, pour des priorités de santé publiques relativement larges¹²⁸. L'évaluation à l'issue d'une période de 12 à 48 mois devrait permettre de documenter la valeur ajoutée de ces innovations, leur permettant en théorie d'évoluer vers une prise en charge pérenne. Les projets déposés devront présenter une envergure relativement importante (de 5 à 10 M€), et seront portés de préférence par des consortiums d'acteurs. En fonction de la qualité et de la diversité des projets déposés, cet appel à projets pourrait permettre d'apporter par exemple une première évaluation sur la valeur ajoutée de dispositifs numériques de PPS. Ces dispositifs se développent actuellement à la frontière entre la promotion de la santé et le « bien-être », sans aucun élément relatif à leur valeur ajoutée pour renouveler ou compléter les interventions de PPS plus traditionnelles (cf. encadré en partie 1 sur les recommandations du NICE relatives aux applications mobiles visant à modifier les comportements).

2.2.1.3 Une action régionale limitée pour évaluer l'efficacité des interventions

[210] Le fonds d'intervention régional, globalement assez contraint (cf. partie 2.3.3 infra), reste principalement mobilisé sur le déploiement d'actions de prévention, et cible rarement l'évaluation de programmes innovants ou le cofinancement de programmes de recherches interventionnelles.

[211] Malgré ces limites, quelques agences régionales de santé parviennent à dégager des financements pour organiser des recherches interventionnelles ou évaluer des projets innovants, seules ou en lien avec des collectivités territoriales. Les deux exemples ci-dessous permettent d'appréhender la diversité des actions concernées :

- Le programme *Feel Good* est porté par le centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes d'Île-de-France (Crips IdF). Développé en 2019 pour répondre à un appel à projet de l'ARS, ce programme vise le développement des CPS d'enfants en CM1 et CM2, par la co-animation de 10 ateliers d'une heure, accompagné de trois ateliers parents-enfants. L'évaluation de ce programme est engagée par l'INSERM de 2024 à 2026, pour évaluer l'efficacité et la transférabilité du projet ;

¹²⁷ L'appel à projets précise qu'il ne double pas les vecteurs de financement déjà disponibles, et qu'il ne pourra pas financer les dispositifs numériques éligibles au dispositif « article 51 » ou au financement des dispositifs médicaux ou DMDIV innovant (ex. forfait innovation)

¹²⁸ Lutte contre l'infertilité ; santé de l'enfant ; santé mentale ; prévention de la perte d'autonomie ; maladies chroniques ; promotion des comportements favorables à la santé et éducation à la santé, sommeil, écrans, éducation à la vie affective et santé sexuelle ; vaccination et prévention des maladies infectieuses ; dépistage néonatal et diagnostic des maladies rares

- Le projet 5-A-QUIT-N (tabac et grossesse) prévoit l'accompagnement au sevrage tabagique des femmes enceintes. Un programme de recherche-action est soutenu par le CHU de Bordeaux dans l'ensemble des maternités de Nouvelle-Aquitaine, associé à un financement de la DGOS, de l'INCa et de l'ARS au titre du FLCA.

[212] Ces initiatives ont pu, dans quelques cas, permettre d'attester de l'efficacité de certains programmes locaux. A titre d'exemple, l'intervention PRALIMAP (Promotion de l'alimentation et de l'activité physique) s'appuie sur un essai randomisé effectué dans 24 lycées en Lorraine entre 2006 et 2010. Cet essai était conduit par le CRES (actuel Promotion Santé), le CNAM, le rectorat et l'école de santé publique de Nancy. Ses résultats ont conduit à recommander une stratégie de dépistage structuré sur les trois années de lycée du surpoids et de l'obésité et des troubles de l'alimentation, accompagnée de 7 séances collectives pour les adolescents identifiés comme à risques. Le programme PRALIMAP est identifié dans le registre des interventions efficaces de SpF.

2.2.2 Des capacités de recherche et d'évaluation limitées

[213] Seules quelques universités semblent mobilisées dans le champ de la recherche interventionnelle en santé publique¹²⁹ : l'université de Bordeaux à titre principal, les universités de Montpellier, Toulouse et Saint-Etienne, ainsi que l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP).

[214] Les quatre premières structures universitaires citées sont organisées au sein d'un réseau « SO-RISP », constitué seulement depuis 2022. Ce réseau est cofinancé par l'IReSP et l'INCa à hauteur de 2 M€ sur la période 2022-2025, afin de structurer la recherche interventionnelle dans le champ de la prévention contre le tabac et l'alcool, et de la prévention primaire des cancers. A titre complémentaire, l'INCa finance depuis 2022 un réseau national de recherche en prévention primaire des cancers, dénommé CANCEPT, et coordonné par le Centre Louis Bérard de Lyon. Les travaux conduits par ces universités sont pluridisciplinaires, notamment avec le champ des sciences humaines et sociales, mais mobilisent encore très peu des compétences en médico-économie. En parallèle, l'initiative Inspire-ID pilotée par la direction générale de la santé finance une dizaine de centres d'expertise et de recherche régionaux en santé publique (Ceresp), généralement rattachées à des universités et ayant vocation à promouvoir les résultats de la recherche en santé publique.

[215] Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette faible structuration :

- La faible capacité de financement dans le cadre des appels à projets portés par l'IReSP, l'INCa et dans une moindre mesure l'ANR ;
- L'absence de structures de soutien à la conduite de recherche, notamment pour ce qui concerne le recueil d'autorisations réglementaires. Le pôle de recherche clinique de l'INSERM joue ce rôle d'appui pour les seules actions de recherche clinique, ce qui n'inclut pas les recherches interventionnelles ;

¹²⁹ A titre complémentaire, il convient de souligner que certaines des institutions qui cofinancent des projets de recherche, comme SpF, peuvent également être des acteurs opérationnels dans le champ de la recherche.

- Les difficultés liées à la coïncidence entre des orientations de politique publique et la conduite de recherche sur une durée de plusieurs années. A titre d'exemple, la décision de la généralisation de la vaccination HPV au collège en 2023 a conduit à revoir le protocole de recherche de PrevHPV, qui prévoyait de comparer l'efficacité de ce protocole à d'autres modes d'interventions ;
- Les difficultés à suivre l'impact des actions de façon continue sur une longue durée. Le suivi de cohortes, qui a fait l'objet de récents rapports de l'IGAS¹³⁰ permet le suivi longitudinal, à l'échelle individuelle, d'un groupe de sujets. Or, l'approche de cohorte a permis des avancées importantes, à la fois pour mettre en évidence des facteurs de risque (ex. *British Doctors' Study* en 1951 pour le lien entre le tabagisme et le cancer du poumon), et pour mesurer l'impact de politiques de prévention (ex. déjà cité de la « cohorte de Baltimore » qui mesure l'impact à l'âge adulte de l'intervention *Good Behavior Game*, conduite auprès d'enfants en cours préparatoire).

Des cohortes de grande taille sont constituées, par exemple en Grande-Bretagne, en Suède ou aux Pays-Bas, pour mieux comprendre les déterminants (génétiques, comportementaux et environnementaux) de différentes pathologies. A deux exceptions (Constances et Elfes), les cohortes françaises sont centrées sur une pathologie. Aucune cohorte en population générale ne permet de recueillir les données collectées dans le cadre des examens réalisés par les services de PMI et de santé scolaire à 3 ans, 6 ans et 12 ans, alors que ces données commencent à être renseignées dans les logiciels Sagesse et Esculape¹³¹.

[216] Faute de la disponibilité de structures de recherche universitaire, notamment sur le volet médico-économique, les évaluations peuvent être réalisées par des prestataires des agences sanitaires. A titre d'exemple, l'accord-cadre organisant l'évaluation des expérimentations « article 51 » conduit sur la période 2019-2023, concernait neuf structures dont une seule relevait du champ universitaire : le service d'évaluation économique en santé au sein du pôle de santé publique des Hospices civils de Lyon, les sociétés Cemka-eval, GOVHE, Accenture-Opusline, Ernst&Young, IQVIA, ACE santé associée à l'IFROSS (université Lyon 3), HEVA et STEVE.

[217] Le développement de la recherche interventionnelle, et la structuration en région de pôles d'expertise et de transfert de la recherche vers l'aide à la décision, sont des priorités portées dans le projet de stratégie nationale de santé 2023-2033. Cette priorité s'inscrit dans la lignée des recommandations présentées par le rapport relatif à la rénovation de la santé publique¹³² remis par Pr. Franck Chauvin, à la demande du ministère de la santé, à l'issue de la crise sanitaire en

¹³⁰ *Les cohortes pour les études et la recherche en santé*, IGAS-IGESR, février 2020

Fédérer les acteurs de l'écosystème pour libérer l'utilisation secondaire des données de santé, décembre 2023

¹³¹ Voir recommandation n°15 du rapport *Les cohortes pour les études et la recherche en santé* précité : « Remettre en place à l'horizon de dix ans une à deux grandes cohortes en population générale :

- en programmant sur le long terme l'existence, de façon complémentaire aux bases de données médico-administratives, d'une grande cohorte d'adultes et d'une cohorte d'enfants à la naissance ;
- en donnant à ces grandes cohortes une ambition affirmée, en visant une représentativité en population générale, une articulation avec les systèmes médico administratifs et une variété de ressources en termes de prélèvements biologiques, d'imagerie, de génétique et de -omics ;
- en prévoyant pour ces cohortes un mode de pilotage spécifique reconnaissant leur fonction d'infrastructure de recherche à portée nationale.

¹³² *Dessiner la santé publique de demain*, novembre 2021

2021, et par l'évaluation de la stratégie nationale de santé, réalisée par le Haut Conseil de la Santé publique en 2022¹³³.

[218] Au vu du faible nombre d'acteurs actuellement mobilisés, ces orientations semblent peu praticables pour la majorité des régions. L'orientation prioritaire proposée par la mission à court terme porte plutôt sur le renforcement des acteurs en présence, le renforcement de leur travail en réseau et leur identification au niveau national. Suivant ces orientations, la mission porte les recommandations suivantes :

Recommandation n°7 Mobiliser le PEPR Prévention piloté par l'Agence pour l'innovation en santé et l'INSERM, afin de conforter le réseau SO-RISP dans le champ de la recherche interventionnelle, y adjoindre un volet d'analyse médico-économique.

Recommandation n°8 Mobiliser le PEPR prévention ou la stratégie nationale Cohortes 2030, afin d'initier la création d'une ou deux cohortes de santé en population générale (une cohorte d'adultes, et une cohorte d'enfants à la naissance).

Recommandation n°9 Missionner le « Lab innovation » de SpF, dont la création est prévue dans le contrat d'objectifs et de performance 2024-2028, pour lancer un appel à projets afin d'évaluer quelques actions sur des champs identifiés comme prioritaires, du fait du manque de données d'efficacité (ex. santé sexuelle identifiée comme un champ d'intérêt par SpF)

2.3 Une organisation globale qui n'est pas conçue pour favoriser le passage à l'échelle des interventions locales de PPS

[219] Le déploiement des programmes fondés sur les preuves ne suit pas une approche dite « planificatrice », suivant laquelle quelques interventions seraient priorisées, un objectif de déploiement affiché, et les ressources nécessaires associées. Le cadre d'action au niveau régional étant très dépendant de l'écosystème associatif et institutionnel (secteurs de l'éducation nationale et de la petite enfance), le déploiement des interventions répond plutôt à une logique que l'on pourrait qualifier « d'opportuniste ». Cet état de fait est renforcé par des leviers de pilotage limités au niveau national, et une capacité de financement relativement limitée et contrainte par des partenariats historiques.

2.3.1 Des priorités d'action au niveau régional fortement déterminées par la mobilisation du tissu associatif et des partenaires

2.3.1.1 Deux approches du pilotage par les agences régionales de santé

[220] De façon schématique, les agences régionales de santé utilisent deux principales approches pour piloter les interventions locales de PPS :

- La première approche recentre progressivement les actions financées auprès des associations sur les seules actions dont l'efficacité a été évaluée, en cours d'évaluation ou présentant de premiers indices d'efficacité (« programmes prometteurs »). Certaines

¹³³ *Evaluation ex-post du Plan national de santé publique, mars 2022*

exceptions persistent, à la fois pour ce qui concerne les actions communautaires auprès de publics très défavorisés, et les actions dites « d’aller-vers »¹³⁴ ;

- La seconde approche donne la priorité à l’accompagnement de l’ensemble des associations pour progresser vers des standards de qualité d’actions. Plusieurs leviers peuvent être mobilisés en ce sens dans différentes régions. A titre d’exemples, l’ARS Ile-de-France publie un guide destiné aux opérateurs locaux, présentant les orientations privilégiées pour chaque thématique d’intervention, les références bibliographiques utilisées, et les points de vigilance associés à l’examen des programmes. L’ARS Normandie a privilégié, dans le champ de la lutte contre les addictions, de désigner des acteurs de référence au sein des « pôles de prévention compétents en addictologie », qui ont vocation à accompagner la montée en compétences des opérateurs associés. En complément, l’ARS Normandie a défini des référentiels et des coûts d’interventions harmonisés dans le champ des addictions.

[221] Les principaux arguments évoqués par les opposants à la première famille d’approche sont de plusieurs ordres. Tout d’abord, ils soulignent que les « programmes probants » couvrent uniquement une partie des thématiques d’intervention dans le champ de la PPS, et ne peuvent répondre à l’ensemble des actions portées dans le cadre du PRS. La fidélité exigée aux principales caractéristiques évaluées leur semble de nature à limiter la capacité d’innovation des structures locales et réduire les possibilités d’adaptation aux contextes locaux. De plus, les ARS craignent qu’un recentrage des financements sur les interventions probantes menace la pérennité de certaines associations qui ne pourront pas se conformer à cette exigence. Une telle évolution pourrait conduire à des difficultés plus larges, à la fois concernant l’équilibre du tissu territorial associatif, et concernant la mobilisation des collectivités territoriales. Enfin, le déploiement des seuls « programmes probants » leur semble de nature à écarter les interventions visant à la réduction des inégalités sociales de santé, actuellement peu investiguées dans le champ de la recherche interventionnelle.

[222] Certains points d’opposition entre ces deux approches semblent pouvoir être relativisés. En effet, l’ensemble des interlocuteurs rencontrés soulignent que la formation à des programmes dits « probants », associée à une méthodologie et des supports structurés, a constitué un point d’entrée pour l’approche globale des actions de prévention, que celles-ci soient ou non évaluées. A titre d’exemple, l’association Addictions France déploie les programmes *Good Behavior Game* et TABADO, mais développe également des projets ciblés, par exemple à l’attention des personnes sous main de justice, en s’inspirant d’une méthodologie de développement des compétences psychosociales.

[223] Par ailleurs, les craintes relatives à la diminution du nombre d’opérateurs et de leur capacité d’innovation peuvent être modérées, suivant l’accompagnement porté au niveau régional auprès des acteurs associatifs. L’appui apporté par des acteurs dits « de seconde ligne » (IREPS ou acteurs associatifs désignés pour une thématique, suivant l’exemple de la Normandie) peut permettre a minima l’évolution de l’ensemble des acteurs associatifs vers des méthodes de conduite d’actions structurées et répondant à des référentiels de qualité. De plus, le développement d’actions innovantes, associées à des évaluations, peut être incité dans certains champs d’intervention thématiques par des appels à projet au niveau régional ou national.

¹³⁴ Démarche d’entrée en contact pro-active vers des situations de non-recours à l’offre de prévention. Terme inspiré de la notion d’*outreach* utilisée aux Etats-Unis.

2.3.1.2 Une mobilisation hétérogène autour des interventions évaluées dans le milieu scolaire et de la petite enfance

[224] La majorité des interventions locales de PPS, notamment celles mobilisant le développement des CPS, mobilisent des acteurs de la petite enfance et de l'enseignement, pour animer ou co-animer les interventions. L'ensemble des interlocuteurs rencontrés par la mission ont souligné les difficultés à mobiliser ces intervenants sur certains territoires, pour porter des programmes évalués. Le cadre conventionnel qui associe les ARS et les rectorats, et dans une moindre mesure les ARS et les départements pour les services de PMI, fixe rarement des objectifs concernant le déploiement de ces programmes auprès de publics ou de territoires prioritaires.

[225] Les interventions fondées sur une évaluation scientifique nécessitent un investissement en temps plus important pour l'animation ou la co-animation des programmes par les intervenants en milieu scolaire ou de soutien à la parentalité (services de PMI, centres communaux d'action sociale). Cet investissement en temps est mentionné par l'ensemble des interlocuteurs rencontrés par la mission comme le principal facteur limitant le déploiement de ces interventions. Le principe du volontariat, pour mobiliser ces partenaires, peut conduire à un déploiement des actions de prévention en fonction de l'attitude des encadrants des établissements scolaires, des services de PMI et des CCAS, et non en fonction des besoins prioritaires identifiés sur le territoire régional.

[226] Par ailleurs, le déploiement des actions de prévention évaluées s'accompagne souvent d'une évolution des pratiques professionnelles, qui nécessite un accompagnement particulier des opérateurs dans leurs modalités de déploiement des interventions. Dans ce cadre, les acteurs dits de « deuxième ligne », c'est-à-dire les associations Promotion Santé (ex-IREPS), ont vocation à jouer un rôle d'accompagnement et d'appui auprès des ARS, des associations et de leurs partenaires pour déployer des interventions répondant à ces nouvelles méthodes. Ces acteurs sont incontournables au niveau régional, au vu de leur assise financière (plus de 26 M€ sur le FIR), de leurs effectifs souvent plus importants que ceux des directions chargées de la prévention en ARS, et de leur expertise et maillage territorial.

[227] Pourtant, l'examen des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens signés avec les ARS, ainsi que les entretiens avec plusieurs représentants régionaux, montre que les associations Promotions Santé sont mobilisées sur une grande diversité de missions, et que les missions d'ingénierie de projet et de formation des acteurs sont minoritaires pour une partie de ces associations. Leurs missions peuvent les mobiliser, soit pour animer une partie de la stratégie territoriale de santé publique (contrats locaux de santé, certaines stratégies thématiques), soit pour réaliser en direct certaines interventions en PPS¹³⁵. Les associations Promotion Santé pourraient jouer un rôle plus marqué pour le déploiement de stratégies d'interventions validées, en lien avec SpF pour mutualiser les outils d'accompagnement, comme les revues bibliographiques, référentiels d'intervention et ressources documentaires.

[228] Enfin, le déploiement auprès des enfants et des jeunes de programmes probants fondés sur le développement des CPS exige de mobiliser des ressources humaines. Une telle mobilisation est envisagée alors même que les ressources de ces structures sont particulièrement contraintes, et ne permettent plus d'assurer certaines de leurs missions de suivi et de prévention individuelles.

¹³⁵ De telles actions peuvent être réalisées, soit en concurrence avec d'autres associations, soit en l'absence d'association en capacité d'intervenir sur un champ thématique ou sur un territoire.

Les données, partielles et datant de quelques années sur le sujet, montrent ainsi des taux de réalisation des examens relativement faibles et très hétérogènes en fonction des ressources humaines disponibles :

- 67 % pour les enfants de 4 ans en 2016, ce taux variant entre 30 % et 97 % suivant les départements¹³⁶ ;
- 42 % pour les enfants en sixième année (visites réalisées par un médecin ou infirmier) en 2018, ce taux variant entre moins de 20 % et plus de 90 % suivant les départements¹³⁷ ;
- 62 % pour les enfants en douzième année (bilan infirmier) en 2018, ce taux variant entre moins de 10 % et plus de 90 % suivant les départements¹³⁸.

[229] En parallèle, au vu des inégalités territoriales et sociales pour identifier et organiser la prise en charge précoce de certains facteurs de risque, le réseau de l'assurance maladie finance des programmes ciblés sur ces thématiques, en mobilisant des professionnels de santé de ville (par exemple « Mission retrouve ton cap » pour la prévention de l'obésité infantile). Il conviendrait donc, sauf à anticiper un accroissement des ressources certainement souhaitable du point de vue de la PPS mais bien peu probable, de tenir compte de cette contrainte et de se donner les moyens d'arbitrer entre le développement des CPS et les formes plus traditionnelles de la prévention (examen individuel...), en comparant l'efficacité respective de ces modes d'intervention.

2.3.1.3 Quelques illustrations du faible déploiement de programmes évalués

[230] Au vu des contraintes présentées précédemment, le déploiement des interventions locales de PPS s'appuie sur une logique plutôt « opportuniste » que « planificatrice », en fonction des priorités fixées par chaque ARS dans le PRS, et des ressources qui peuvent être dégagées (cf. partie 3.3.). Comme les projets s'appuient souvent sur une logique d'appels à projets, le déploiement des programmes dépend largement de la mobilisation des opérateurs locaux, et de la réceptivité des structures de l'éducation nationale à la mise en œuvre de telle ou telle intervention. Le fait qu'il existe des programmes réputés être fondés sur des données probantes va orienter l'ensemble des acteurs (ARS, opérateurs, éducation nationale) soucieux de l'efficacité de leurs actions, mais n'exclut pas de consacrer des financements à d'autres interventions qui sont efficaces aux yeux des acteurs locaux, qui sont maîtrisées par les opérateurs ou qui correspondent à des thématiques ou des populations non couvertes par les programmes réputés probants.

[231] Dans ce cadre, un programme fondé sur des données probantes se développe s'il bénéficie d'un « sponsor » national parmi les institutions de santé, motivé par son déploiement et qui assure sa promotion (ex. l'INCa pour Tabado, SpF pour Unplugged...), s'il est adopté par les ARS, leurs partenaires associatifs et, pour les interventions scolaires, si les structures de l'éducation nationale au niveau régional sont réceptives et acceptent de relayer et de soutenir les initiatives des acteurs précédents. Il n'y a donc pas un schéma de déploiement des programmes fondés sur des données probantes, mais autant de schéma que de programmes et de régions.

¹³⁶ *Pour sauver la PMI, agissons maintenant !*, rapport parlementaire présenté par Mme Michel Peyron, mars 2019

¹³⁷ *Les médecins et les personnels de santé scolaire*, Cour des Comptes, avril 2020

¹³⁸ Idem

[232] Aussi, la mission a retenu et analysé de façon plus précise les quatre programmes dont l'efficacité a été évaluée, et qui font l'objet d'un suivi spécifique par SpF (désignation d'une association de référence pour déployer le programme, monitoring des données). Ces quatre programmes sont conduits en milieu scolaire ou dans le cadre de l'appui à la parentalité (PSFP). Trois d'entre eux (PSFP, Unplugged, Good Behavior Game) s'appuient sur le développement des CPS. La quatrième intervention, ICAPS, vise à promouvoir l'activité physique des collégiens (cf. présentation détaillée en annexe 2).

[233] D'après les retours de 13 ARS¹³⁹, la montée en charge de ces programmes, et les moyens qui y sont consacrés sont particulièrement faibles. Ce sont 4 M€ qui sont consacrés à l'ensemble des 4 programmes sur l'année 2023, de façon très hétérogène suivant les régions considérées. Les effectifs d'enfants concernés par ces programmes sont très limités, *Unplugged* représente les effectifs les plus importants avec environ 23 000 élèves. Dans un certain nombre de régions, le nombre de personnes concernées par les interventions n'est pas suivi, ou l'information n'est pas communiquée.

[234] Cette mobilisation hétérogène s'explique en partie par le déploiement d'autres programmes proches, non évalués (dits « prometteurs »). Ainsi, plusieurs ARS ont-elles indiqué d'autres programmes de développement des CPS en milieu scolaire listés dans l'instruction interministérielle de 2022 (les programmes Primavera et PRODAS sont particulièrement cités).

Tableau 2 : Financements mobilisés sur le FIR et effectifs inclus dans quatre programmes efficaces suivis par SpF (2023)

	ICAPS		PSFP		Unplugged		Good Behavior Game	
	FIR	Personnes	FIR	Personnes	FIR	Personnes	FIR	Personnes
Auvergne-Rhône-Alpes	non	Non	Non	Non	94 540 €	1890	Non	non
Bourgogne-Franche-Comté	non	Non	124 791 €	91 (partiel)	47 597 €	2 827	Non	non
Bretagne	150 000 €	1350	Non	Non	220 278 €	2200	Non	non
Centre-Val de Loire	80 000 €	NC	282 077 €	60 (partiel)	384 305 €	3668	96 000 €	NC
Grand Est	5 000 €	90	357 500€ en 2 ans	93 familles	388 184 €	2340	144 986 €	18 enseignants 303 élèves
Hauts-de-France	22 833 €	222	68 933 €	52	135 000 €	810	121 000 €	17 enseignants
La Réunion	non	Non	NC	32 familles	75 000 €	641	200 000€	NC
Martinique	non	Non	20 685€	NC	34 395 €	NC	Non	Non
Normandie	100 000€	195	9 500€	7 enfants	676 800€	1175	125 000€	250 élèves
Nouvelle-Aquitaine	46 800€	NC	50 000€	NC		3275	75 866 €	NC
Occitanie	non	Non	3 930 €	14	296 212 €	3150	Non	Non

¹³⁹ ARS n'ayant pas répondu à l'enquête : Ile-de-France, Guadeloupe, Mayotte

Pays de la Loire	30 000 €	323	Non	non	Non	non	Non	Non
Provence-Alpes-Côte d'Azur	30 000 €	320	129 790 €	247	185 101 €	1365	119 500 €	500 élèves

Source : Enquête réalisée auprès des ARS par la mission

2.3.2 Un cadre de pilotage national relativement limité

2.3.2.1 Des plans de santé publique encore trop peu associés à des leviers de financement et au suivi d'objectifs de déploiement d'actions de PPS

[235] Au niveau national, les politiques de prévention sont structurées autour de plans et feuilles de route thématiques, définis soit en fonction de déterminants de santé (alimentation), soit de pathologies (cancers) ou de populations ciblées (1000 jours). Au nombre d'environ 50, ces plans sont généralement définis pour une durée limitée, et combinent des actions relatives à l'environnement¹⁴⁰, et des actions relatives aux comportements individuels.

[236] Quelques-uns de ces plans et feuilles de route mentionnent le déploiement au niveau national de programmes évalués. Trois exemples ont pu être identifiés à leur lecture :

- la démarche ICAPS (intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité) est mentionnée comme une priorité pour lutter contre la sédentarité des collégiens et lycéens, dans le programme national nutrition-santé 2019-2023. Cet engagement est précisé dans la feuille de route « pédiatrie et santé de l'enfant 2024-2030 », qui mentionne une cible de 700 collèges mobilisés chaque année d'ici à 2028 ;
- la stratégie nationale de prévention du suicide prévoit le déploiement dans chaque département d'un centre Vigilans, permettant d'appliquer le protocole de recontact et d'accompagnement à six mois des personnes hospitalisées pour une tentative de suicide ;
- la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030, la feuille de route santé mentale et le plan national de mobilisation contre les addictions mentionnent la priorité donnée au développement des compétences psychosociales, et citent le programme PSFP déjà évoqué.

[237] Tous ces documents stratégiques ne prévoient cependant pas d'outillage pour organiser et financer le déploiement de ces programmes érigés en priorité. Seul le programme Vigilans, déployé dans des délais courts, se distingue par une mise en œuvre très encadrée et structurée autour des établissements de santé.

¹⁴⁰ Il faut entendre l'environnement comme le contexte politique, social et socio-culturel dans lequel évoluent les individus

Le déploiement du dispositif Vigilans

Le dispositif Vigilans, expérimenté par le CHRU de Lille sur la période 2015-2017, s'appuie sur l'organisation du suivi et du maintien du contact avec les suicidants durant les six mois après leur hospitalisation, dans un cadre organisé au sein du parcours de santé. L'impact du dispositif, évalué dans une étude de SpF publiée en 2023, montre une réduction significative des récidives.

La stratégie de prévention du suicide, qui inscrit la généralisation du dispositif Vigilans, s'accompagne d'une instruction ministérielle pilotant le dispositif de façon très resserré¹⁴¹. L'instruction présente le modèle de constitution de l'équipe Vigilans intégrée au sein d'un établissement de santé de référence (3-4 ETP), financée par une MIG. Cette instruction met à disposition le cahier des charges du dispositif Vigilans comportant le protocole de recontact, et prévoit un suivi mensuel du déploiement territorial et de la montée en charge du dispositif.

[238] En revanche, les modalités de mise en œuvre des dispositifs relevant d'actions de prévention primaire ne sont pas précisées : l'instruction interministérielle sur le développement des compétences psychosociales (déjà évoquée en partie 2.1.2) mentionne les noms des programmes déployés sur le territoire (évalués ou non évalués formellement), sans prévoir d'accompagnement financier pour la montée en charge de ces dispositifs, ni d'ordres de grandeur sur le coût et les moyens humains nécessaires pour accompagner 50 % des enfants de 3 à 12 ans à l'horizon 2037. De même, l'objectif de déploiement à grande échelle d'ICAPS est formulé sans estimation des coûts et moyens humains mobilisés pour l'animation de la démarche.

2.3.2.2 SpF à mi-chemin entre un rôle de monitoring scientifique et de pilotage opérationnel

[239] L'engagement de SpF pour déployer des programmes évalués reste majoritairement centré sur une mission de monitoring et de suivi scientifique. La montée en charge des principaux programmes identifiés comme d'intérêt par l'agence est généralement déléguée à l'association historique qui a porté le projet pilote (par exemple, GRVS pour *Good Behavior Game*, CODES 06 pour PSFP). Cette délégation a vocation à assurer la fidélité au contenu du programme initial, ainsi que la crédibilité des porteurs de projet auprès de leurs interlocuteurs. Cependant, en l'absence d'une capacité de financement solide ou d'objectifs fixés et suivis au niveau national, ces structures de taille modeste sont limitées, et ne peuvent pas répondre à un nombre d'interlocuteurs significatif sur la totalité du territoire.

[240] La capacité de déploiement des programmes, notamment pour la formation des effecteurs, est en partie limitée par une organisation fragile. Les associations qui portent ces fonctions opérationnelles n'ont pas de modèle économique clair, entre une dotation de SpF, un financement sur le FIR par leur ARS de rattachement, ou l'auto-financement de leurs actions par la facturation de prestations auprès des partenaires. Pour faciliter les déploiements de programmes, SpF pourrait retenir un opérateur national unique tout en désignant des référents (« formateurs de formateurs ») dûment habilités, dans chaque région pour les programmes les

¹⁴¹ Instruction n°DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie nationale de prévention du suicide, actualisée le 6 juillet 2022

plus importants. Une autre orientation pourrait être de s'appuyer sur un partenaire national, garantissant une capacité de déploiement importante (cf. l'exemple de la structure *Evidence to Impact* en Grande-Bretagne, encadré ci-dessous).

Evidence to Impact

Evidence to Impact est une structure à but non lucratif, créée en 2010 pour déployer le programme ASSIST de prévention du tabagisme, qui a touché plus de 160 000 élèves. L'entreprise s'est spécialisée pour apporter un appui opérationnel au lancement de projets pilotes, et au développement à grande échelle de programmes issus de la recherche : recherche de financement pour les projets de recherches, construction d'un plaidoyer, développement de programmes de formations-types et d'assurance qualité pour le déploiement des programmes.

[241] Par ailleurs, le réseau régional de SpF, les cellules d'intervention en région (CIRE), reste principalement spécialisées sur des missions de veille épidémiologique, malgré leur mobilisation affichée par SpF sur le secteur de la prévention¹⁴². La capacité d'animation de SpF directement auprès des ARS, de relais d'informations sur les interventions évaluées, est par conséquent limitée.

2.3.2.3 L'amorce d'une évaluation des conditions de déploiement d'un dispositif avant sa généralisation

[242] La structuration de l'accompagnement des expérimentations, opérée lors de la création du FLCA et du fonds « article 51 », conditionne la généralisation d'un programme à son caractère efficace, mais également à sa reproductibilité à grande échelle, à son efficience, et à son impact budgétaire estimé. La prise en compte de ce dernier critère conduit à ce que certaines interventions, dont l'efficacité est pourtant évaluée, ne font pas l'objet d'une généralisation soutenue par un financement national. La prise en compte d'un tel critère pour la priorisation et la généralisation d'un programme n'est pas toujours comprise par les représentants du secteur de la prévention.

[243] Les principaux outils de pilotage national, qui permettent le déploiement de programmes évalués, sont actuellement portés par la caisse nationale d'assurance maladie au sein de son réseau. Ces programmes ont pour spécificité d'être portés soit par des personnels salariés (ex. programme Sophia pour l'accompagnement à distance de malades chroniques pour l'asthme et le diabète), soit par le remboursement de nouvelles prestations auprès de professionnels de santé, pour des publics ciblés (ex. mission « retrouve ton cap » qui rembourse des séances de psychologue, de nutritionniste et d'activité physique adaptée pour des enfants de 3 à 12 ans en surpoids ou à risque d'obésité).

¹⁴² Voir support diffusé aux ARS en mars 2024 : *Appui de Santé publique France en région dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé, pour le diagnostic épidémiologique, l'identification d'interventions efficaces ou prometteuses et l'évaluation quantitative*

2.3.2.4 Une insuffisante prise en compte de l'efficience des interventions pour prioriser leur déploiement

[244] Les programmes fondés sur des données probantes sont réputés comme tels sur la seule base de leur seule efficacité. Si la grille d'analyse mentionne l'efficience parmi les critères d'évaluation des programmes, il s'avère que les moyens nécessaires pour conduire les programmes ne sont pas documentés et ne sont pas rapprochés des résultats attendus. L'absence de ces données d'efficience, qui s'inscrit dans un cadre plus global présenté en partie 1, pose deux ordres de difficultés.

[245] Tout d'abord, il peut conduire à des difficultés pour déployer des programmes consommateurs en temps, mais dont l'efficience a été évaluée, au profit de programmes moins intensifs mais peu efficaces. Ainsi, l'évaluation consacrée par SpF au programme *Unplugged* suivant la méthode de retour sur investissement mise en œuvre par le Washington State Institute for Public Policy (cf. partie 1.2.6), permet d'identifier la valeur ajoutée de ce programme. L'intensité du programme (12 séances par an consacrées à la prévention des substances psychoactives) est citée par l'ensemble des interlocuteurs rencontrés par la mission comme un frein à son développement, au profit d'interventions plus légères. L'étude permet de valoriser un retour sur investissement de 5,96€ pour 1€ investi, en se limitant aux seules économies réalisées sur les dépenses publiques de santé. Ce ratio s'élève à 148,74€ pour 1€ investi, dès lors que les années de vie gagnées sont valorisées en termes monétaires (115 000€ pour un Qaly)¹⁴³. Ce type d'études, dans une approche comparative entre *Unplugged* et des programmes moins intensifs, permettraient d'éclairer les décisions d'allocation de temps et de ressources entre les différents programmes de prévention.

[246] Par ailleurs, la question de l'efficience peut se poser après que le déploiement d'un programme ait été engagé, et conduire à une interruption des financements. L'exemple du programme TABADO illustre cette difficulté. Il s'agit d'un programme d'aide au sevrage du tabagisme ciblé dans les centres de formation des apprentis et les lycées professionnels, soit des établissements accueillant une population relativement défavorisée et présentant un taux de tabagisme élevé (cf. 1.4.1) par rapport aux lycées d'enseignement général. Un essai contrôlé conduit par le CHRU de Nancy et l'université de Lorraine, lors d'une expérimentation en Lorraine en 2007-2009, démontre l'efficacité du dispositif : le taux de lycéens ayant arrêté de fumer est supérieur dans les établissements ayant bénéficié de l'intervention par rapport aux établissements de contrôle. Le dispositif est donc efficace et susceptible, de plus, de réduire les inégalités de santé. Cette évaluation initiale ne mentionne pas les moyens mobilisés pour mettre en place l'intervention, et ne met pas ces moyens en regard d'une valorisation des années de vie en bonne santé associées à l'arrêt du tabagisme dans la population cible.

[247] Le programme est déployé, sur la base de ces résultats, par l'INCa qui s'appuie sur des associations ou des institutions (mutualité, CHU) référentes au niveau régional, avec un financement du FLCA depuis 2018. Ainsi, le dispositif est déployé dans 431 établissements volontaires auprès de 147 000 élèves. Deux études d'évaluation successives confirment l'efficacité du programme, mais soulignent les coûts importants rapportés à l'augmentation du nombre de

¹⁴³ IQVIA pour SPF. Estimation du retour sur investissement du programme *Unplugged*. Juin 2024

lycéens et apprentis qui arrêtent de fumer. Sur ce fondement, après une prorogation exceptionnelle, le financement par le FLCA du programme prend fin à l'automne 2024.

[248] Cet arrêt du financement est fondé non pas sur son inefficacité (TABADO figure toujours parmi les programmes probants), mais sur une considération d'efficience. La mission ne remet pas en cause la pertinence de cette décision, mais relève qu'aucun document public n'établit le coût du programme par lycéen ayant arrêté de fumer, ni n'indique quel est le niveau maximal de dépenses que le FLCA serait prêt à engager pour un lycéen ayant arrêté de fumer. Le programme TABADO illustre ainsi le fait que l'on ne peut se satisfaire, pour engager le déploiement d'un programme, qu'il ait démontré son efficacité, mais qu'une modélisation est nécessaire dès le départ pour évaluer son efficience. Une telle modélisation n'a de sens que si l'on dispose par ailleurs de valeurs de référence pour discriminer les programmes efficaces/non efficaces (cf. constats de la première partie de ce rapport). Une telle modélisation initiale est nécessaire non seulement pour éviter ce qui semble être un gaspillage de ressources, mais aussi pour éviter l'incompréhension des associations et des établissements scolaires qui ont légitimement des difficultés à comprendre l'arrêt d'une intervention alors que l'on leur a demandé de se mobiliser pour la déployer sur la base de son caractère « probant ».

[249] Les difficultés associées à l'organisation actuelle sont bien identifiées par SpF. Le contrat d'objectifs et de performance 2024-2028 de l'agence fixe, parmi ses objectifs prioritaires, de développer les travaux d'évaluation de l'efficacité et le retour sur investissement des interventions de santé publique, suivant le modèle présenté ci-dessus pour le programme *Unplugged*. Au vu des débats méthodologiques associés à l'élaboration de ces études, présentés dans la première partie, il semble nécessaire que le cadrage de ces évaluations soit largement partagé avec la Haute Autorité de Santé et les parties prenantes.

2.3.3 De faibles marges de manœuvre financières

2.3.3.1 Un sous-ensemble limité et mal identifié parmi les différents vecteurs de financement

[250] Les interventions locales de PPS représentent une sous-partie relativement limitée parmi l'ensemble des actions de prévention. Le financement global des actions de prévention institutionnelle priorise au demeurant largement le maintien de structures spécialisées de prévention, dans un cadre de progression contraint (cf. encadré).

Une progression limitée du financement de la prévention depuis 10 ans

L'effort consacré à la prévention et à la promotion de la santé peut être estimé à partir des données relatives aux dépenses de prévention publiées dans le cadre des comptes de la santé¹⁴⁴. Le tableau suivant retrace l'évolution des dépenses de prévention (hors COVID et hors préparation aux programmes d'intervention en cas de catastrophe et d'urgence) en millions d'euros, sur la période 2013-2022 :

	2013	2022	% d'évolution 2013/2022
Programmes d'information, d'éducation et de conseil	711	778	+ 9,4 %
<i>Dont information, promotion, éducation à la santé</i>	286	291	+1,7%
<i>Dont médecine scolaire</i>	320	322	+0,6%
Programmes de détection précoce des maladies	341	422	+ 23,7 %
Programmes de surveillance de l'état de santé	3684	3754	+1,9 %
<i>Dont médecine scolaire</i>	303	311	+2,6%
<i>Dont médecine du travail</i>	1800	1840	+2,2%
<i>Dont PMI, planning familial</i>	895	794	-11,3%
Programmes de surveillance épidémiologique et de contrôle des risques et des maladies	310	297	-4,2%
Total	5019	5251	+4,6 %

Source : calcul de la mission à partir des données DREES, déflateur utilisé : IPC

Sur cette période de neuf ans, les dépenses de prévention ont augmenté, en valeur réelle, de 4,6 %. Sur la même période, la population de la France, bénéficiaire de ces dépenses de prévention, augmentait quant à elle de 3,6 %, soit une très faible croissance réelle de la dépense de prévention par habitant. Cette très faible croissance réelle ne signifie d'ailleurs pas que le « volume » de prévention ait augmenté, les actions de prévention mobilisent pour l'essentiel des personnels dont la rémunération a certainement augmenté plus que les prix.

Par ailleurs, ces dépenses de prévention ont augmenté moins vite que la richesse nationale. Le PIB en valeur réelle a augmenté sur la même période de 10,5 %. La part des dépenses de prévention est ainsi passée de 0,24 % à 0,2 % du PIB. La forte diminution des dépenses dans le domaine de la PMI et du planning familial est notable. Cette évolution, loin de marquer une priorité accordée aux dépenses de prévention, suggère plutôt que celles-ci ont contribué, très faiblement mais à la hauteur de leur part dans les dépenses de santé, à la maîtrise de ces mêmes dépenses.

¹⁴⁴ La DREES publie annuellement des comptes nationaux de la santé qui retrace les dépenses consacrées spécifiquement à la prévention. Voir la dernière édition de ces comptes nationaux : DREES, Les dépenses de santé en 2022, Résultats des comptes de la santé. Édition 2023.

Toutefois, une politique de prévention ne peut s'apprécier à l'aune de ces seules données qui sont loin de retracer toutes les interventions en matière de prévention et de promotion de la santé¹⁴⁵. Notamment, les dépenses de soins, les dépenses réputées curatives englobent une part préventive. Une estimation de ces dépenses de prévention pour l'année 2016 s'élevait à 9,1 Md€¹⁴⁶.

A cet égard, c'est notamment au détour des consultations de généralistes que peuvent se développer des actions qui concourent à la PPS, mais la diminution de la disponibilité des généralistes laisse craindre que leur intensité diminue fortement : on comptait 4,8 actes de généralistes par habitant en 2000 en France, on n'en compte plus que 3,6 en 2022, soit une diminution de 25 % et cela alors même que la population française vieillit.

[251] La majorité des interventions locales de PPS sont portées par le fonds d'intervention régional (FIR), principal vecteur de financement des actions des ARS. La mission 1 du FIR, consacrée aux actions de prévention (intégrant la prévention du handicap et de la perte d'autonomie, et la veille sanitaire), représente **820 M€** en 2022. Cependant, la capacité d'action effective des ARS pour financer des interventions locales de PPS porte sur un sous-ensemble plus limité, et difficile à estimer, du FIR. En effet, la capacité de financement du FIR est largement contrainte par la gestion de programmes liés à des obligations réglementaires (ex. Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic, centres de vaccinations...). La capacité de financement des ARS dans le champ de la prévention, en dehors de ces services réglementés, est estimée à 330-380 M€ (cf. annexe 1). Le montant mobilisé sur les interventions locales de PPS semble plutôt construit « en creux » sur les marges de manœuvre laissées dans ce sous-ensemble, par le fonctionnement de programmes relativement contraints de prévention (conventionnement avec les PMI, financement des activités d'éducation thérapeutique...).

[252] Les autres modes de financement des actions de prévention sont relativement éclatés, seule une partie limitée est consacrée aux interventions locales de PPS – à titre principal par le réseau de l'assurance maladie :

- **Financements nationaux d'agences ou institutions étatiques (157,9 M€) :**
 - **SpF** consacre 72,5 M€ aux actions de prévention et de promotion de la santé, sur un budget de 235,7 M€ (hors crise), financé par une dotation de l'assurance maladie. Les actions de l'agence portent notamment sur le marketing social¹⁴⁷.

¹⁴⁵ Sur cette question voir : D. Raynaud. Les dépenses de prévention, complexes à mesurer, très difficiles à comparer. Regards, n°61 Juin 2023.

¹⁴⁶ DREES (2018) « Comptes partiels de la prévention entre 2012 et 2016 » - éclairage p156 à p165 dans le rapport de la commission des comptes de la santé - édition 2018

¹⁴⁷ Le marketing social consiste en l'utilisation des techniques du marketing commercial dans l'objectif d'encourager les comportements favorables au bien-être et/ou à la santé des individus. Ces actions intègrent notamment les campagnes de communication et les opérations du type « Moi sans tabac ».

- **L'INCa**, financé par des dotations des ministères de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche, consacre une partie de ses financements à la recherche en santé publique, et au titre de la recherche intégrée (26 M€) au financement de recherches interventionnelles dans le champ de la prévention, et 5,9 M€ au titre des programmes spécifiques de prévention et de dépistage (actions pilotes en complément des actions relatives au dépistage organisé et à la prévention, pilotées par les ARS et le réseau de l'assurance maladie) ;
- La mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (**MILDECA**), financée par une dotation des services du Premier ministre, finance des interventions à hauteur de 15 M€, complétées par un budget d'intervention de 8,5 M€ en préfectures pour la lutte contre les conduites addictives.
- **La direction générale de la santé** finance de façon plus résiduelle des associations nationales, des cohortes de santé publique et des actions associées aux plans de santé publique (ex. plan national de lutte contre le tabagisme). Le montant consacré à ces actions est inférieur à 30 M€ sur le programme 204 du budget de l'Etat¹⁴⁸.
- **Financements gérés par l'assurance maladie dans le cadre de fonds dédiés (610 M€) :**
 - Le **Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS)** finance en majorité des actions de prévention s'inscrivant dans des politiques organisées par l'Etat (prise en charge à 100 % des campagnes de vaccination, dépistages organisés des cancers, prévention bucco-dentaire...), et la gestion de structures internes à la CNAM (centres d'exams de santé). Dans une moindre mesure, ce fonds permet le financement d'actions de prévention portées au niveau national (Sophia, Mission Retrouve Ton Cap, exams de prévention en santé), ou au niveau local. La convention d'objectifs et de gestion (COG) de la CNAM prévoit un plafond annuel de dépenses de **480 M€ en moyenne sur la période 2023-2027**.
 - Le **Fonds de Lutte Contre les Addictions (FLCA)**, initialement créé en 2016 sur le seul périmètre du tabac puis progressivement élargi à l'ensemble des addictions. Il contribue au financement des actions portées par SpF, l'INCa et l'INSERM au niveau national. Il complète le fonds d'intervention régional à hauteur de 34,2 M€ en 2024 pour des actions régionales. Son plafond annuel de dépenses inscrit dans la COG de la CNAM est fixé à **130 M€** depuis 2020.

2.3.3.2 Une faible capacité de financement de nouveaux projets au niveau régional

[253] Le financement des interventions locales de PPS, construit à partir des marges de manœuvre restantes sur le FIR, est par ailleurs contraint dans les faits. En effet, la majorité des actions portées par les ARS dans le champ de la PPS sont historiquement mobilisées auprès d'opérateurs engagés sur une longue durée, que ce soit dans le cadre de conventions pluriannuelles ou par le biais d'appels à projets successifs. Ainsi, d'après l'analyse réalisée par la mission sur des données détaillées du FIR, plus de 70 % des acteurs financés au titre des actions de promotion et d'éducation à la santé (hors missions réglementaires) se sont vu attribuer une dotation chaque

¹⁴⁸ Programme 204 : Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

année sur la période 2020-2023. Le montant associé au financement de ces acteurs représente 75 % des financements associés à la prévention (hors missions réglementaires) sur le FIR 2022.

[254] Une telle stabilité des financements, en théorie adaptables suivant les besoins dans le temps, est probablement liée à la volonté des ARS de préserver un tissu associatif qu'elles financent à titre principal, et qui est éclaté entre quelques structures d'ampleur nationale, et un grand nombre de structures de taille modeste¹⁴⁹. A titre d'exemple, l'analyse des données du FIR pour l'année 2022 montre que les actions ne relevant pas d'obligations réglementaires représentent 358 M€, et financent plus de 5000 structures dont une majorité mobilisent des montants limités (moins de 150 000€, voire moins de 15 000€).

Tableau 3 : Répartition des montants de dotation du FIR (mission 1-2) en 2022

Montant financé	Nombre de structures	Part du financement global
< 15 000€	2500	5 %
15 000€-150 000€	2000	28 %
150 000€-500 000€	429	31 %
> 500 000€ ¹⁵⁰	118	36 %
TOTAL	5047	100 %

Source : Mission à partir des données issues du FIR

[255] La rigidité des actions financées au titre de la prévention sur le FIR explique que les montants mobilisés par thématique d'action restent globalement stables d'une année sur l'autre, y compris quand certaines actions sont identifiées comme prioritaires dans des plans de santé publique (ex. alimentation-activité physique et santé mentale).

Tableau 4 : Principales thématiques d'interventions sur le FIR au titre de la prévention (2022)

Thématiques	Financement
Education thérapeutique du patient	85 M€
Promotion de la santé des populations en difficultés et lutte contre les inégalités sociales	61 M€
Prévention et lutte contre les addictions (dont fonds tabac)	49 M€
Petite enfance (dont soutien des PMI)	41 M€
Pilotage, pôles régionaux de compétences, évaluation	34 M€
Soutien et partenariat (dont CLS)	23 M€
Nutrition santé et lutte contre l'obésité	21 M€
Promotion de la santé mentale	19 M€

¹⁴⁹ Plusieurs représentants des ARS ont par ailleurs relevé la difficulté à faire émerger une offre de prévention dans un certain nombre de territoires, faute d'acteurs associatifs structurés.

¹⁵⁰ Les structures qui bénéficient d'un financement supérieur à 500 000€ sont, pour l'essentiel, des conseils départementaux, quelques associations d'ampleur nationale (Médecins du Monde, SAMU Social, Croix-Rouge Française, Addictions France) et des établissements de santé.

Prévention vers les enfants, les adolescents et les jeunes	18 M€
Prévention SIDA, IST, hépatites	16 M€
Prévention des maladies chroniques (dont cardiovasculaires)	8 M€
Actions de prévention (hors dépistage organisé) pour les cancers	4 M€
Actions d'éducation à la sexualité (dont contraception)	4 M€
Prévention des maladies liées au vieillissement	2,5 M€
Actions de vaccination (hors centres)	1,5 M€
TOTAL	387 M€

Source : Mission d'après les données issues du FIR

[256] Au sein d'une même thématique d'intervention, les moyens contraints au vu du nombre de priorités portées par les ARS dans le cadre du projet régional de santé, rendent donc difficile la poursuite d'actions ayant un impact sur les indicateurs de santé, tout en respectant le principe d'universalisme proportionné¹⁵¹. En l'absence de données normalisées relatives au coût des actions locales de PPS, il est difficile d'estimer les besoins associés aux priorités portées au niveau national. Un premier ordre de grandeur pourrait porter sur la priorité de déploiement des CPS auprès des enfants et des jeunes, qui s'appuie sur des données d'efficacité et d'efficience. Pour rappel, l'instruction interministérielle sur le développement des CPS affiche l'objectif de 50 % des enfants de 3 à 12 ans (4 millions d'enfants) et de 30 % des jeunes de 13 à 18 ans (1,5 million de jeunes) bénéficiant d'interventions pluriannuelles à l'horizon 2037. Pour donner un ordre de grandeur, le financement d'une intervention pluriannuelle sur 3 ans, concernant 10 % des élèves de l'enseignement primaire (80 000 enfants), pour le développement des CPS, pourrait représenter un coût s'élevant jusqu'à 72 M€ par an au niveau national, dans l'hypothèse d'un financement sur le FIR équivalant à 100 € par an et par élève¹⁵². De tels montants peuvent difficilement être mobilisés par les ARS, au vu de la faible marge de manœuvre disponible sur le FIR.

[257] S'il était arbitré de mobiliser un financement complémentaire fléché sur le déploiement de programmes de développement des CPS des enfants, répondant aux critères de qualité définis dans le référentiel de SpF, il pourrait être envisagé de procéder à un recentrage du périmètre du FIR. Une option pourrait être de maintenir le niveau actuel de dotation du FIR, et de réorienter de l'éducation thérapeutique vers un financement sur le risque. L'évolution du vecteur de financement de l'éducation thérapeutique, qui a déjà fait l'objet d'une recommandation de l'IGAS en 2015¹⁵³, pourrait se justifier au vu des recommandations de son utilisation en première

¹⁵¹ Le principe d'universalisme proportionné conduit à mettre en place des actions universelles, avec une intensité proportionnelle aux besoins, dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé. Il se distingue des interventions ciblées, s'adressant uniquement aux groupes considérés comme prioritaires pour la conduite d'une action de prévention.

¹⁵² Hypothèse forfaitaire s'appuyant sur quelques estimations des coûts associés à la formation et au matériel nécessaire pour les enseignants, sans valoriser le temps mobilisé par les enseignants pour ces interventions.

¹⁵³ *Pertinence et efficacité des outils de politique publique visant à favoriser l'observance*, IGAS, juillet 2015. Recommandation n°7 : l'ETP doit être considérée comme étant une composante de l'acte de soins et donc,

intention de prise en charge par la Haute Autorité de Santé pour certaines indications¹⁵⁴. Par ailleurs, son cadre d'actions pourrait correspondre à celui défini pour les « parcours de coordination renforcé » issus des expérimentations « article 51 ».

[258] Conclusion : Les évolutions engagées depuis presque 20 ans dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé ont permis de rassembler l'ensemble des acteurs autour de la nécessité d'évaluer l'efficacité des méthodes utilisées. Des étapes encore importantes restent à franchir pour permettre de déployer les méthodes qui ont été évaluées, y compris quand celles-ci font l'objet d'une stratégie pluriannuelle de déploiement, comme c'est le cas pour les compétences psychosociales.

[259] Plusieurs leviers pourraient permettre de réconcilier partiellement l'opposition entre les deux approches du pilotage des politiques de prévention (déploiement de programmes nationaux, ou accompagnement d'un écosystème territorial). Ces leviers devraient permettre de disposer d'outils partagés au niveau national pour définir des « stratégies d'intervention efficaces et efficientes », et pour accompagner et évaluer les interventions innovantes dans des champs d'intervention actuellement insuffisamment documentés.

Recommandation n°10 Associer systématiquement à tout programme introduit dans le registre de SpF une évaluation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du programme et, une analyse de ROI ou d'efficacité réalisée avec la HAS/CEESP (recommandation liée à la recommandation n°1)

Recommandation n°11 Positionner SpF sur l'appui plus opérationnel au déploiement des programmes identifiés comme prioritaires, en définissant :

- *Une modélisation économique type pour le déploiement du programme, et dans la mesure du possible une analyse d'efficacité ;*
- *En lien avec les ARS, des publics prioritaires de déploiement et une cible chiffrée de montée en charge ;*
- *En conséquence, un renforcement du financement des opérateurs désignés pour la formation et l'accompagnement des programmes*

Recommandation n°12 Prioriser la mobilisation des associations Promotions Santé sur la formation des acteurs sur les méthodologies évaluées (notamment les CPS), coordonner leur programme avec les priorités définies par SpF

pour cette raison, faire l'objet d'un financement sur le risque, aussi bien à l'hôpital qu'en ambulatoire, au fur et à mesure que seront démontrés les gains d'efficacité qu'elle permet, rendant possible son inscription à la nomenclature des actes.

¹⁵⁴ Voir notamment la récente actualisation des recommandations de la Haute Autorité de Santé pour la stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2 (mai 2024)

Recommandation n°13 Accompagner le déploiement des CPS : modéliser les besoins de financement nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés sur la période 2025-2027 ; constituer une dotation complémentaire de financements fléchés sur le FIR ; prévoir un cadre conventionnel tripartite ARS-Education nationale-Assurance maladie pour définir des cibles prioritaires pour renforcer les actions de prévention, associées à un appui à la réalisation des examens individuels au titre de la santé scolaire

Recommandation n°14 Remobiliser des marges de manœuvre sur le fonds d'intervention régional au titre de la prévention, en faisant évoluer le financement de l'éducation thérapeutique vers un financement sur le risque dans le cadre des parcours coordonnés renforcés, pour les indications évaluées comme pertinentes par la Haute Autorité de Santé.

Pierre-Louis BRAS

Hélène MONASSE

ANNEXE 1 : Organisation de la santé publique au niveau local en Angleterre

[260] En Angleterre, les autorités locales assument la responsabilité des politiques de santé publique. Cette compétence en santé publique englobe trois composantes : promotion de la santé, prévention et soins de santé publique¹⁵⁵.

[261] Cette compétence leur a été transférée à partir de 2013. Ce transfert de responsabilité se justifiait notamment par les liens entre la santé publique et les autres responsabilités des autorités locales : services sociaux, éducation, logement, environnement, développement économique.

[262] Les autorités locales (le plus souvent les *counties*) ont la responsabilité d'analyser les besoins, de définir une stratégie, de la mettre en œuvre soit directement soit, et c'est la démarche favorisée, en contractualisant avec des organismes extérieurs. Les autorités locales constituent un conseil dédié à la santé publique.

[263] Ce conseil s'appuie nécessairement sur un directeur de la santé publique¹⁵⁶, nommé par une décision conjointe de l'autorité locale et du secrétariat d'Etat pour la santé et l'action sociale. Il dirige le service de santé publique de l'autorité locale. L'accès à cette fonction exige d'être certifié en tant que spécialiste de santé publique, sans pour autant être obligatoirement médecin. Le directeur doit établir un rapport annuel indépendant sur la santé publique que l'autorité locale doit publier. Partie prenante des équipes de direction des autorités locales, le directeur de la santé publique se doit d'être l'avocat de la santé publique auprès de ses collègues et des élus.

[264] Le financement des actions de santé publique est assuré par des dotations nationales. Ces dotations nationales sont affectées, elles ne peuvent pas alimenter le budget général de l'autorité locale. Le montant des fonds alloués pour l'année budgétaire 2024/2025 s'élèvera à 3,6 Md£, soit environ 4,2 Md€. Ce budget couvre un périmètre large, intégrant notamment les services nationaux obligatoires réalisant des examens lors de la petite enfance (équivalent de la PMI, avec une vocation universelle), et les examens à l'âge scolaire (équivalent de la santé scolaire), ainsi que la masse salariale des personnels rémunérés par l'autorité locale.

[265] L'articulation entre l'action du *National Health Service* (NHS) et les politiques locales de santé publique a été renouvelé par le *Health and Care Act* de 2022. Cette loi institue des *integrated care boards* (ICBs) chargés de mettre en œuvre localement la politique du NHS en matière de soins. Ces conseils, au nombre de 42, dont le président est nommé par le NHS, doivent intégrer au moins un représentant des autorités locales, des établissements hospitaliers et des cabinets de généralistes. Ils gèrent localement le budget du NHS qui est largement délégué aux ICBs. La structure opérationnelle est placée sous l'autorité d'un *chief executive*, membre du *board*.

[266] Cette loi prévoit également la création d'*integrated care partnerships* (ICPs). Ce « partenariat » prend la forme d'un comité dont la composition est décidée conjointement par le

¹⁵⁵ Traduction proposée de l'anglais : health improvement, health protection and healthcare public health

¹⁵⁶ Sur le rôle de ces directeurs de santé publique : Guidance Directors of public health in local government: roles, responsibilities and context. Updated 29 June 2023.

NHS et les autorités locales. Ce comité rassemble l'ICB, les autorités locales et les autres parties prenantes des politiques de santé et d'action sociale. Les ICPs ont vocation à être le lieu de coordination entre politique de soins et politiques de santé publique. Ils doivent élaborer, à partir de l'analyse des besoins locaux, une stratégie pour améliorer les services sociaux et de soins, la santé et le bien-être de la population.

[267] Il faut retenir de cette organisation qu'en Angleterre les démarches de santé publique sont, d'une part, largement décentralisées sous le contrôle d'autorités locales élues, d'autre part, professionnalisées à travers le rôle joué par les directeurs de santé publique.

ANNEXE 2 : Présentation détaillée de quatre programmes suivis par SpF

[268] Les quatre programmes présentés ci-dessous ont tous fait l'objet d'une ou de plusieurs évaluations. Leur mise en œuvre est déléguée par SpF à une ou plusieurs associations, et fait l'objet d'un monitoring particulier.

[269] La présentation de l'historique de ces programmes, de leur contenu ainsi que des modalités d'évaluation et de déploiement nous semble particulièrement éclairant pour incarner certains des constats présentés dans ce rapport.

1 ICAPS

● Présentation du programme

[270] Le programme ICAPS vise à promouvoir l'activité physique parmi les collégiens, face au constat d'une pratique encore très insuffisante : en 2022, seul 17,4 % des garçons et 6 % des filles des classes de 3^e se conformaient à la recommandation d'une pratique d'activité physique d'intensité modérée ou élevée pendant 60 minutes par jour.

[271] Le programme ne se résume pas à une action sur les individus (connaissances, représentations, compétences...), mais entend également modifier leur environnement social (agir avec l'entourage des jeunes – famille, éducateurs, enseignants, pour favoriser et soutenir les modifications des comportements) et leur environnement structurel (permettre aux jeunes d'accéder à des activités physiques variées et attrayantes)¹⁵⁷.

[272] Le programme a fait l'objet, en 2002-2006, d'un essai contrôlé randomisés sur 6 paires de collèges (intervention et contrôle) du Bas-Rhin. Environ 950 élèves ont été suivis par questionnaire, dont 730 jusqu'à 4 ans.

[273] Le programme s'est traduit par une augmentation de la pratique d'activité physique et une diminution de la sédentarité (en moyenne 60 minutes d'activité physique de loisirs de plus par semaine), un effet bénéfique sur le poids (diminution de près de 50 % du risque d'être en surpoids), et des effets bénéfiques collatéraux (amélioration de la confiance en soi, augmentation de l'activité physique de l'entourage des adolescents). Le suivi à 2 ans après la fin de l'intervention montre une persistance des résultats favorables (30 minutes d'activité physique en plus par semaine) et un bénéfice pondéral comparable à celui constaté en fin d'intervention.

[274] L'intervention étant globale et portant simultanément sur le jeune, son entourage et son milieu de vie (à l'école et en dehors de l'école), il n'est pas possible de dégager un « facteur » qui expliquerait les résultats. Le programme démontre au contraire que c'est une action systémique sur la « niche socio-écologique » qui permet d'obtenir des résultats effectifs. Pour autant, parmi

¹⁵⁷ Rostan F. Simon C. Ulmer Z. Promouvoir l'activité physique des jeunes. Elaborer et développer un projet de type ICAPS. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2011

les facteurs clefs de succès, les promoteurs du programme mettent en avant : le fait d'avoir développé une offre d'activités physiques, variées, ludiques, facilement accessibles en complément de l'offre existante, l'ancrage sur les établissements scolaires et l'implication des équipes pédagogiques et administratives, une démarche projet ouverte sur des partenariats extérieurs aux établissements scolaires.

[275] Le programme ICAPS ne se présente donc pas sous forme d'un protocole d'action qu'il conviendrait de reproduire, il constitue plutôt une démarche dont on sait qu'elle a fait ses preuves dans un contexte d'essai contrôlé et dont on a dégagé certains facteurs clefs de succès. La preuve apportée par l'étude initiale n'est pas du type telle intervention a tel effet mais de la forme une action systémique reposant sur la mobilisation ordonnée de multiples acteurs peut avoir des résultats positifs sur l'activité physique

● Déploiement du programme

[276] Après une publication des résultats de l'étude en 2008, l'INPES a publié en 2011, un ouvrage destiné à guider les porteurs de projet potentiels qui voudrait répliquer la démarche¹⁵⁸. Ce guide distingue quatre étapes, elles-mêmes décomposées en 11 modules :

- analyse de la situation (constitution de l'équipe projet et du comité de pilotage, analyse de la situation et caractérisation de la population concernée) ;
- conception et planification (identification des partenaires, stratégie d'intervention et objectif, élaboration des actions, planification du projet, estimation des besoins, recherche des sources de financement) ;
- mise en œuvre et suivi du projet ;
- évaluation.

[277] La structuration de la démarche ICAPS permet de conduire le programme dans une cadre ordonné et structuré mais le fait même de l'engager ne garantit en rien qu'il aboutira à des résultats effectifs du type de ceux obtenu dans le cadre de l'étude initiale. Par exemple, la recherche des sources de financements est une étape de la conception et de la planification du projet, l'aboutissement du programme dépend notamment de cette étape et donc de l'existence de « financeurs » potentiels des actions concrètes envisagées. De même, l'implication des équipes pédagogiques et administratives est considérée comme un facteur clef de succès, susciter/conforter cette implication est tout à la fois un objectif du programme et une condition de sa réussite effective.

[278] Le centre socioculturel et sportif Léo Lagrange de Colombelle a été désigné par SpF pour être le centre national d'appui au déploiement en activité physique et lutte contre la sédentarité (CNDAPS). Il a pour mission de soutenir le déploiement d'ICAPS sur le territoire en appui des agences régionales de santé, des rectorats, des collectivités territoriales ; d'assurer la promotion de la démarche ; de former et d'accompagner les acteurs, de labelliser les produits ICAPS, d'évaluer et de suivre le déploiement au niveau local régional et national.

[279] Actuellement, le programme est déployé dans 32 établissements scolaires, dont 25 sont situés en Bretagne.

¹⁵⁸ Rostan F. et all. déjà cité

[280] La feuille de route 2024-2030 Pédiatrie et santé de l'enfant présentée par le gouvernement le 24 mai 2024 prévoit de promouvoir la démarche ICAPS et de lancer un appel à projets auprès des collèges publics et privés sous contrat avec pour objectif « un collège sur dix engagé dans la démarche chaque année jusqu'en 2028 », soit 700 collèges par an. Par ailleurs, elle prévoit d'achever la mise en œuvre des trente minutes d'activité physique quotidienne dans toutes les écoles de France.

2 Unplugged

● Présentation du programme

[281] Le programme *Unplugged* est destiné aux adolescents de 12 à 14 ans pour prévenir l'expérimentation et l'usage des substances psycho actives (tabac, alcool, cannabis) Il a été développé au niveau européen par sept pays européens.

[282] Le programme se compose de 12 séances conçues pour être dispensées pendant les horaires scolaires réguliers ; le fait que le programme compte 12 leçons est fondé sur une série de recommandations qui ont démontré que les programmes de moins de 10 séances ont un effet moins important que les programmes d'une durée moyenne de 15 séances.

[283] Partie intégrante du programme, le contenu des séances (thématique, organisation, supports utilisés) est précisément défini et privilégie des méthodes interactives (jeux collectifs, mises en situation, débats, jeux de rôle). L'intervention est fondée sur :

- le développement des compétences psycho-sociales (notamment de la capacité de résistance à la pression des pairs pour consommer) ;
- la correction des croyances normatives (en particulier de la surestimation de la consommation des substances psychoactives par les pairs du même âge) ;
- l'amélioration des connaissances sur les produits et leurs effets.

[284] Le programme EU-Dap (European Union - Drug Abuse Prevention) a été évalué à travers un essai contrôlé randomisé entre septembre 2004 et mai 2006. Comparativement aux autres programmes de prévention identifiés comme des bonnes pratiques, les élèves qui ont participé au programme scolaire *Unplugged* ont vu leur probabilité de fumer du tabac (au quotidien) et de consommer de l'alcool en grande quantité baisser de 30 % sur le dernier mois et leur probabilité de consommer du cannabis baisser de 23 % sur le dernier mois, par rapport aux élèves ayant suivi le programme habituel¹⁵⁹. L'effet de l'adjonction de l'intervention d'un parent ou d'un pair a aussi été évalué. Aucun effet supplémentaire n'a été constaté suite à la participation des parents et des pairs.

¹⁵⁹ Faggiano, F., Galanti, M. R., Bohrn, K., Burkhart, G., Vigna-Taglianti, F., Cuomo, L., & Wiborg, G. (2008). *The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomized controlled trial. Preventive Medicine*, 47(5), 537-543.

● Déploiement du programme

[285] Le déploiement du programme est assuré depuis 2013 par des structures associatives adhérentes de Fédération Addictions. Initialement conçu pour être mis en œuvre par les seuls enseignants, le programme a été adapté en organisant une « co-animation dégressive ». Un professionnel de la prévention formé à la mise en œuvre du programme co-anime la première année les 12 séances du programme avec un enseignant également formé, sa participation se réduit progressivement pour se réduire à trois séances (celles centrées sur les connaissances des substances psycho actives) à partir de l'année 3.

[286] Le programme a fait l'objet d'une évaluation en 2017 conduite par SpF, dans le Loiret, où l'Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanies a mis en œuvre l'intervention. Cette évaluation a confirmé l'efficacité du programme : le fait d'être dans le groupe *Unplugged* (comparativement au groupe contrôle) diminue la probabilité, trois mois après la fin de l'intervention, d'avoir consommé une cigarette (OR=0,36 ; $p<0,01$), d'avoir été ivre (OR=0,23, $p<0,01$) ou d'avoir consommé du cannabis (OR=0,31, $p<0,05$) dans les 30 derniers jours. L'évaluation montrait une relation dose-effet. Par ailleurs, le programme améliorait le climat scolaire.

[287] SpF concluait donc « *Unplugged* est un bon candidat au déploiement à une plus large échelle. Une attention particulière doit être portée sur le degré de mise en œuvre (nombre de séances délivrées sur les 12 attendues) et la fidélité au programme (séances comprenant l'ensemble des activités prévues) afin de garantir son efficacité »¹⁶⁰.

[288] L'INCa a lancé, en décembre 2018, un appel à projet auprès de l'ensemble des structures spécialisées en addictologie réalisant des actions de prévention pour assurer le déploiement du projet. En 2019, un courrier de la DGESCO signale à tous les recteurs son soutien au programme et les incite à le déployer. Un comité de pilotage réunit la DGS, la DGESCO, l'INCa, SpF, la MILDECA, les associations « historiques » engagées dans le programme, la Fédération Addictions et le laboratoire universitaire qui a réalisé l'évaluation.

[289] D'après les données colligées par SpF, environ 40 000 élèves se sont inscrits dans le programme entre 2019 et 2023, dans 1339 classes situées dans 13 régions.

[290] La lourdeur de l'intervention (12 séances) et l'exigence forte de fidélité au programme sont citées comme les deux principaux obstacles au déploiement du programme, par les interlocuteurs de la mission.

[291] Une évaluation économique du programme est actuellement conduite par SpF.

¹⁶⁰ SPF. Résultats de l'évaluation du programme "Unplugged" dans le Loiret. Mai 2019

3 Good Behavior Game

● Contenu du programme

[292] Dans les classes de CP ou CE1 participant à ce programme, l'enseignant répartit tous les enfants dans des équipes équilibrées pour ce qui concerne le sexe, le comportement et le niveau scolaire. Les règles de base à observer en classe sont affichées et expliquées :

- Travail dans le calme
- Respect des autres
- Ne pas se lever sans permission
- Suivre les consignes

[293] Pendant les séances GBG, ces règles de classe deviennent les règles du jeu.

- Principe 1 : les enfants discutent en groupe sur l'adaptation de ces règles de vie à chaque situation (ex. comment interpréter « ne pas se lever sans permission » si je dois aider un camarade et récupérer du matériel ?)
- Principe 2 : renforcement positif, rituels de félicitations, d'encouragements et de récompenses (ex. vignettes, fourniture scolaire) quand les groupes n'ont pas enfreint les règles plus de 4 mois.
- Au cours de l'année scolaire, le GBG évolue : les sessions sont plus longues (de 10 minutes à 30-45 minutes), et les récompenses sont différées et deviennent non-matérielles (félicitations, temps collectifs).
- Les élèves se félicitent également entre pairs, les points sont consignés collectivement.
- Principe 3 : gestion en groupe et adhésion aux règles par imitation des pairs, modification régulière de la composition des groupes
- Principe 4 : observation des comportements par l'enseignant qui note les infractions aux règles, information neutre (sans punition). Retour réflexif avec les élèves pour identifier les clés du succès, les progrès effectués, les difficultés rencontrées et les moyens mis en œuvre pour les surmonter.

Les séances sont de 4 par semaine : 3 annoncée, 1 séance « secrète ».

● Historique du programme

[294] Ce programme est créé dans les années 1960 par un enseignant dans le Kansas, afin de faciliter la gestion préventive des comportements agressifs et perturbateurs à court, moyen et long terme.

[295] Une première étude contrôlée et randomisée est conduite en 1985-1986 en CP-CE1 dans 19 écoles publiques de Baltimore, auprès de 1196 élèves répartis dans 41 classes. L'impact est mesuré après quelques mois sur la diminution des comportements agressifs chez les garçons et les filles (plus marqué chez les garçons), la diminution des postures de timidité excessives chez les filles. Ces élèves ont été suivis par l'AIR jusqu'à l'âge de 19-21 ans. Ils montrent un moindre recours au

service de santé scolaire, un moindre taux d'addiction (drogues, alcool, tabac), un taux d'incarcération et taux de suicide diminué. La réduction du risque est significative, et ce particulièrement pour les garçons identifiés comme « agressifs et perturbateurs » en CP¹⁶¹.

[296] Les résultats concernant la réduction des comportements agressifs et perturbateurs ont été confirmés par un programme pilote aux Pays-Bas en 1999-2000, et en Grande-Bretagne en 2010-2012. Le suivi de cohorte aux Pays-Bas a permis de montrer une réduction significative de l'initiation au tabac et à l'alcool entre l'âge de 10 et 13 ans.

[297] Au vu de ces données, un essai pilote est mis en place dans les Alpes-Maritimes, porté par l'INPES avec le soutien de l'ARS, en 2015-2017. Le déploiement du programme est porté par le Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale en lien avec l'éducation nationale et l'American Institut for Research.

[298] L'objectif du programme ne porte pas sur son impact, au vu des résultats obtenus dans 3 pays, mais sur la capacité du programme à s'adapter au contexte scolaire français. Les supports de formation des enseignants et les outils destinés aux élèves ont été adaptés et enrichis en ce sens.

[299] L'étude conduite dans 3 écoles de quartiers prioritaires, mobilisant 35 enseignants et 660 élèves, présente des résultats globalement positifs pour ce qui concerne la réduction des comportements perturbateurs, à la fois lors des séances, et plus globalement lors du temps scolaire. L'évaluation souligne cependant deux points de vigilance : des séances moins fréquentes que prévu, un établissement avec des résultats hétérogènes (non volontaire pour participer au programme, difficultés dans l'équipe pédagogique).

[300] Après le déploiement de l'essai pilote financé puis validé par SpF, le GRVS supervise aujourd'hui le déploiement de GBG à travers différentes académies, en lien avec l'association Addictions France.

4 Programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP)

● Origine du programme :

[301] Le programme "Strengthening Family Program" a été créé en 1983 par Dr. Karol Kumpfer, psychologue et professeure en éducation et promotion de la santé, en lien avec l'Institut National contre l'Abus de Drogues (NIDA), pour cibler les familles ayant des pratiques addictives, comprenant des enfants de 6 à 11 ans.

[302] L'objectif est de développer des schémas familiaux ayant un effet protecteur vis-à-vis des comportements à risques des enfants et adolescents, notamment pour les pratiques addictives :

- Attention positive à l'enfant ;
- Soutien émotionnel ;

¹⁶¹ Wilcox HC, Kellam SG, Brown CH, Poduska J, Ialongo NS, Wang W, Anthony JC, The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts, Drug and Alcohol Dependence, 95 (suppl. 1), 2008, S60-S73

- Schémas éducatifs cohérents et stables ;
- Supervision et limites claires ;
- Valeurs familiales sur le lien à l'autre.

[303] Le premier programme est déployé en 1983 auprès de 8511 enfants¹⁶² ; il est élargi en population générale, et adapté à partir de 1990 auprès de familles amérindiennes, afro-américaine, latino-américaines, asiatiques.

[304] Le programme a ensuite été adapté en 2004 pour les enfants de 12-16 ans, en prévention ciblée contre les addictions, et en 2006 pour les enfants de 3 à 6 ans.

[305] Les différentes études réalisées aux Etats-Unis soulignent les résultats des programmes aux différentes tranches d'âges (3-5 ans, 6-11 ans, 10-14 ans et 12-16 ans)¹⁶³ sur les compétences parentales, la communication familiale, la réduction de l'hyper-activité et des signes d'agressivité.

[306] De plus, l'impact sur l'engagement scolaire et les résultats scolaires est mesuré, de l'équivalent de la 4^{ème} jusqu'à l'équivalent de la Terminale¹⁶⁴ ;

[307] Un suivi sept ans après la fin du programme permet d'identifier l'utilisation persistante de certaines activités par la majorité des familles, un impact significatif sur les résultats scolaires, l'usage d'alcool et d'autres drogues par les enfants, et plus largement une évolution de la sociabilité des parents¹⁶⁵.

[308] Deux revues « Cochrane » en 2003 et 2006¹⁶⁶ montrent l'efficacité du programme dans la prévention de la consommation d'alcool et d'autres pratiques addictives, y compris à moyen terme (cf. infra).

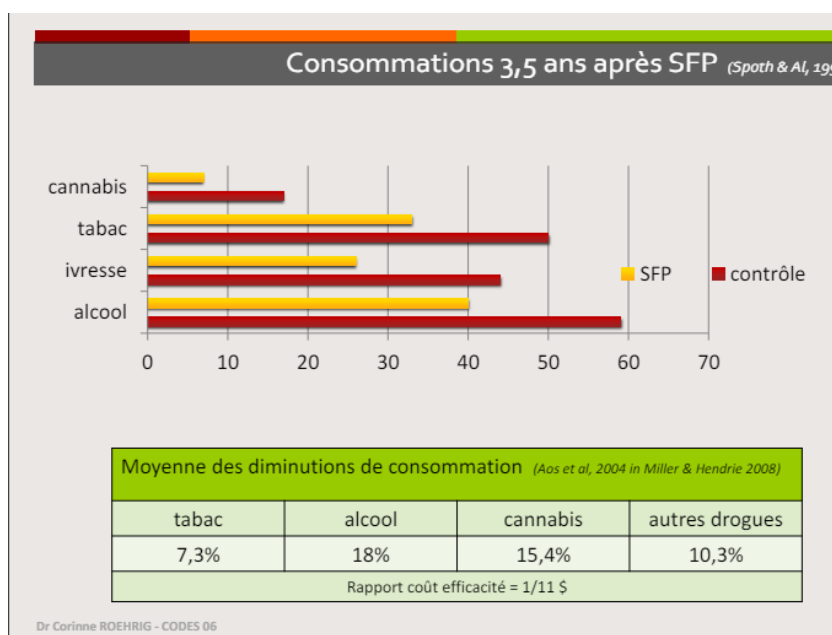
¹⁶² Kumpfer.K, Alvarado.R, Whiteside.H. *Family-Based Interventions for Substance Use and Misuse Prevention. Substance Use and Misuse. Vol 38, Nos 11-13, pp 1759-1787, 2003.*

¹⁶³ Kumpfer, KL, Whiteside, HO, Greene, JA et Allen, KC (2010). Effectiveness outcomes of four ages versions of SFP in statewide Fiel sites. *Group Dynamics: Theory, research and practice.* 2010, 14 (3), 211-229. <https://doi.org/10.1037/a0020602>

¹⁶⁴ Spoth R, Randall GK, Shin C. Increasing School Success Through Partnership-Based Family Competency Training: Experimental Study of Long-Term Outcomes. *Sch Psychol Q.* 2008;23(1):70-89. doi:10.1037/1045-3830.23.1.70

¹⁶⁵ Roe,S. (2015) A 7 year follow-up (2008-2014) with graduates of the Ballymun Strengthening Families Programme

¹⁶⁶ Foxcroft DR, Tsertsvadze A. *Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011;(9):CD009308



[309] En 2011, le programme était déployé dans neuf pays européens : Allemagne, Espagne, Pays-Bas, Irlande, Pologne, Portugal, Royaume-Uni, Slovénie, Suède.

● Contenu du programme

[310] Le programme est structuré en 14 sessions hebdomadaires d'une durée de 2 heures, animées avec une dizaine de familles. Les animateurs sont formés sur une durée de 5 jours, et s'appuient sur un guide d'intervention structuré autour de messages clés, d'animations...

[311] Pendant la première heure, les parents et les enfants sont séparés, puis ils se retrouvent lors de la seconde heure, pour travailler sur les thématiques suivantes :

- Renforcement des compétences parentales : attention positive à l'enfant, mieux communiquer et formuler ses attentes, prévenir et réguler les conflits, prendre en compte ses émotions et celles de l'enfant, pratiquer une discipline constructive et non-violente ;
- Développement des compétences psychosociales de l'enfant : communiquer, gérer sa colère et les critiques, résister aux pressions, résoudre des problèmes ;
- Les activités en groupe portent sur l'application de ces compétences autour d'activités communes (jeux de rôle, activités à faire à la maison).

● **Déploiement du programme en France :**

[312] Piloté par SpF, le déploiement du dispositif est engagé en 2011 par Dr. Corinne Roehrig dans le CODES 06, en plusieurs étapes :

- 2011-2012 : étude d'acceptabilité et de faisabilité dans la commune de Mouans-Sartoux, premier groupe de 13 familles
- 2013-2015 : adaptation dans des quartiers de la politique de la ville à Grasse, Carros et poursuite à Mouans-Sartoux (32 familles au total) ;
- 2015 : début du déploiement national
- 2017-2019 : évaluation de l'efficacité du dispositif conduite par SpF sur 19 communes et auprès de 308 familles situées en quartiers politique de la ville 186 dans le groupe PSFP, 122 dans le groupe contrôle)
- 2018-2020 : version pour les enfants de 3 à 6 ans.

[313] Le programme a été adapté, tout en maintenant le principe : 14 séances de 2 heures, 2 temps (enfants/parents séparés, puis regroupés), et les principes d'animation.

[314] L'expérimentation conduite en 2013-2015 montre un taux d'assiduité important (de l'ordre de 85-90 %), une augmentation des « compétences parentales » de 40 % telle que mesurée sur une échelle de 40 items composée par le questionnaire américain (Parenting Scale). Par ailleurs, le renforcement des compétences psychosociales des enfants est mesuré par le biais de relevés réalisés par les parents sur une grille normée. Sa progression est évaluée à +21 % sur le temps de l'intervention.

[315] Ces résultats sont confirmés par l'étude publiée par SpF en 2023, à partir de l'expérimentation conduite en 2015-2018¹⁶⁷. L'étude identifie un effet significatif un mois après la fin du programme, mesuré par interrogation des parents sur une grille standardisée, sur l'hyperactivité et les troubles du comportement des enfants, sur l'engagement parental, sur le bien-être des enfants et la santé mentale des parents. Six mois après la fin du programme, les résultats restent significatifs sur les troubles du comportement et le bien-être de l'enfant.

[316] D'après les données colligées par le CODES 06, le programme PSFP a été déployé auprès de 700 familles avant 2022, 201 familles dans 22 départements en 2022, et 229 familles dans 23 départements en 2024.

[317] La forte mobilisation qu'implique ce programme pour les collectivités territoriales (encadrement équivalent à un salarié formé pour un participant au programme, nombre de séances) est le principal facteur bloquant évoqué par les interlocuteurs de la mission.

¹⁶⁷ *Evaluation de l'efficacité du programme de soutien aux familles et à la parentalité 6-11 ans, en comparaison avec une intervention minimale de parentalité, SpF, juillet 2023*

ANNEXE 3 : Estimation du montant du FIR lié à des missions réglementaires

[318] L'ensemble des directeurs de santé publique rencontrés ont signalé la faible capacité de financement de nouveaux projets sur le FIR, au vu de sa structure très contrainte. La mission s'est efforcée d'estimer le niveau de contrainte sur le FIR, à partir des données extraites par destination de financement.

[319] L'intitulé des destinations de financement a permis de répartir les missions suivant trois cas de figure :

- Les missions répondant à des « financements réglementaires », c'est-à-dire soit des financements fléchés par instruction ministérielle (ex. antibiorésistance, dépistage néonatal), soit des missions correspondant au financement de structures de façon pérenne (ex. CEGIDD, COREVIH, structures assurant la gestion des dépistages organisés des cancers) ;
- Les missions dont l'intitulé peut correspondre à des interventions en prévention et promotion de la santé. Il convient de souligner que ce champ d'intervention est en partie surestimé, notamment car certaines missions peuvent être associées au financement d'actions largement encadrées (ex. renforcement de la mission santé des PMI, pilotage de la santé publique) ;
- Les missions dont le champ d'intervention ne correspond pas strictement à la PPS (ex. veille et sécurité sanitaire, éléments de prise en charge de situation spécifiques...).

[320] La répartition des crédits du FIR, sur un périmètre plus large que le « FIR prévention » car intégrant certains éléments de pilotage, confirme que la capacité d'intervention des ARS est relativement limitée, une partie significative des financements étant mobilisée pour assurer des missions réglementaires :

	2020	2021	2022
Périmètre de financement du FIR lié à la prévention (dont pilotage)	834 528 206 €	792 084 887 €	820 621 188 €
...dont missions réglementaires	215 849 023 €	253 939 906 €	278 357 180 €
...dont missions liées à la prévention et promotion en santé	311 136 523 €	334 549 104 €	388 212 358 €
...dont autres missions (santé-environnement, situations sanitaires exceptionnelles, prise en charge de la perte d'autonomie...)	307 542 660 €	203 595 878 €	154 051 650 €

[321] La répartition détaillée de la classification est détaillée dans le tableau ci-dessous :

	Destination de financement	2 022
Financements réglementaires	MI1-1-7 : OMEDIT	7 543 584
	MI1-2-1 : DÉPISTAGE NÉONATAL DE LA SURDITÉ	2 117 528
	MI1-2-27 : CENTRES RÉGIONAUX DE DÉPISTAGE NÉONATAL	10 329 150
	MI1-2-3 : VACCINATIONS : FINANCEMENT DES DISPOSITIFS ASSURANT LA MISE EN OEUVRE DES COMPÉTENCES SANITAIRES RECENTRALISÉES	20 471 760
	MI1-2-31 : DÉPISTAGE NÉONATAL (DÉFICIT EN MCAD)	1 144 170
	MI1-2-35 : ACTIONS DE PRÉVENTION DE L'ANTIBIORÉSISTANCE	4 336 376
	MI1-2-5 : INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS ET ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS AUX SOINS	16 225 560
	MI1-2-9 : CANCERS: STRUCTURES ASSURANT LA GESTION DES DÉPISTAGES ORGANISÉS DES CANCERS	44 251 987
	MI1-3-1 : COREVIH	19 450 466
	MI1-3-4 : TUBERCULOSE: FINANCEMENT DES DISPOSITIFS ASSURANT LA MISE EN OEUVRE DES COMPÉTENCES SANITAIRES RECENTRALISÉES	52 650 797
	MI1-3-7 : CEGIDD	99 835 802
Interventions en PPS	MI1-1-1 : ACTIONS RELATIVES AU PILOTAGE DE LA SANTÉ PUBLIQUE	12 747 629
	MI1-1-2 : SOUTIEN ET PARTENARIAT (HORS CLS)	13 694 015
	MI1-1-4 : EVALUATION, EXPERTISES, ÉTUDES ET RECHERCHES	17 298 350
	MI1-1-5 : PÔLES RÉGIONAUX DE COMPÉTENCE (PRC)	4 020 579
	MI1-1-6 : CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ (CLS)	9 473 378
	MI1-2-10 : CANCERS: FINANCEMENT DES AUTRES ACTIVITÉS	4 156 690
	MI1-2-12 : PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE	18 764 283
	MI1-2-13 : PRÉVENTION DES PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES	2 960 807
	MI1-2-14 : PROMOTION DE LA NUTRITION SANTÉ HORS LUTTE CONTRE L'OBÉSITÉ	16 002 310
	MI1-2-15 : LUTTE CONTRE L'OBÉSITÉ	5 336 745
	MI1-2-16 : PRÉVENTION DES AUTRES MALADIES CHRONIQUES	4 780 201
	MI1-2-2 : EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT	84 810 201
	MI1-2-21 : PROMOTION DE LA SANTÉ DES POPULATIONS EN DIFFICULTÉ ET LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ	61 112 996
	MI1-2-22 : PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE	11 664 551
	MI1-2-34 : SOUTIEN À LA MISSION SANTÉ DES PMI	29 355 106
	MI1-2-29 : ACTIONS DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS (HORS FONDS DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS)	17 043 429
	MI1-2-30 : ACTIONS DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS (FONDS DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS)	32 004 353
	MI1-2-28 : ACTIONS DE PRÉVENTION À DESTINATION DES ENFANTS, DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES	18 005 975
	MI1-2-37 : ACTIONS D'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ	3 683 400
	MI1-2-38 : ACTIONS DE PROMOTION DE LA CONTRACEPTION	357 912
	MI1-2-8 : PRÉVENTION D'AUTRES MALADIES LIÉES AUX VIEILLESSEMENT	2 577 496

	MI1-3-3 : SIDA, IST ET HÉPATITES: FINANCEMENT DES AUTRES ACTIVITÉS	16 321 621
	MI1-3-5 : TUBERCULOSE: FINANCEMENT DES AUTRES ACTIVITÉS	641 516
	MI1-2-4 : VACCINATIONS: FINANCEMENT DES AUTRES ACTIVITÉS	1 398 814
Autres activités	MI1-2-23 : LUTTE CONTRE LES TRAUMATISMES ET LES VIOLENCES	7 390 648
	MI1-2-24 : PROJETS PILOTES ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS	338 736
	MI1-2-25 : EXPÉRIMENTATION JEUNE EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE	164 448
	MI1-2-32 : PRISE EN CHARGE DU PSYCHOTRAUMATISME	5 657 131
	MI1-2-33 : SERVICE SANITAIRE EN SANTÉ	387 266
	MI1-2-36 : ACCOMPAGNEMENT À LA VIE INTIME ET SEXUELLE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	1 370 136
	MI1-2-6 : DISPOSITIF DE LUTTE ANTI-VECTORIELLE	10 566 098
	MI1-4 : FINANCEMENT D'ACTIONS DE GESTION DES URGENCES ET D'ÉVÉNEMENTS SANITAIRES EXCEPTIONNELS	21 042 968
	MI1-5-2 : CONSULTATIONS MÉMOIRES	68 530 163
	MI1-5-3 : PRÉVENTION DES HANDICAPS ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE	5 912 477
	MI1-6 : AUTRES MISSION 1	
	MI1-7 : AUTRES MISSION 1 (MÉDICO-SOCIAL)	
	MI1-8 : COVID19	
	MI1-98-1 : AUTRES MISSION 1 ENVELOPPE MÉDICO-SOCIAL	2 228 847
	MI1-99-1 : AUTRES MISSION 1 HORS MÉDICO-SOCIAL	8 314 257
	MI1-2-17 : PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT: PROTECTION DES EAUX	1 553 721
	MI1-2-18 : PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT: HABITAT, MILIEUX INTÉRIEURS	6 247 323
	MI1-2-19 : PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT: AUTRES RISQUES, DONT ENVIRONNEMENT EXTÉRIEUR	11 016 535
	MI1-1-3 : ACTIONS DE VEILLE ET DE SURVEILLANCE SANITAIRE	3 330 895

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Services du Premier ministre :

MILDECA :

Dr. Nicolas Prisse, président
Valérie Saintoyant, déléguée

Agence pour l'innovation en santé :

Dr. Lise Alter, directrice générale
Florie Fillol, responsable des projets prévention et accompagnement de projets innovants en santé

Services du ministère de la santé et de la prévention :

Cabinet ministériel

Yann Bubien, directeur de cabinet de la ministre du travail, de la santé et des solidarités
Marion Marty, directrice adjointe de cabinet du ministre de la santé et de la prévention

Direction générale de la santé :

Dr. Marine Jean-Baptiste, conseillère auprès du directeur général
Philippe Guilbert, responsable de la mission stratégie et recherche
Christine Jacob-Schuhmacher, sous-directrice de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques

Direction de la sécurité sociale :

Clelia Delpech, sous-directrice du financement du système de soins
Jérémy Casabielhe, chef de la mission de la coordination et de la gestion du risque

Secrétariat général du ministère des affaires sociales :

Yann Debos, chef de service « pôle santé ARS »
Dr. Béatrice Tran, chargée de mission santé publique
Nicolas Jouve, chargé de mission fonds d'intervention régionale

Conseil stratégie de l'innovation en santé :

Natacha Lemaire, rapporteure générale
Julie Gaillot de Saintignon, équipe d'appui à la rapporteure générale

Représentants des directeurs de santé publique en agences régionales de santé :

Alain Morin, région Bourgogne-Franche Comté
Catherine Choma, région Occitanie

Santé publique France :

Pr. Laetitia Huiart, directrice scientifique
Dr. Pierre Arwidson, directeur adjoint de la prévention et de la promotion de la santé
Anne-Juliette Serry, responsable de l'unité alimentation et activité physique
Linda Lasbeur, chargée de projets scientifiques
Jean-Michel Lecrique, chargé de projets scientifiques
Florence Rostan, chargée de mission en promotion de la santé

Haute Autorité de Santé :

Pr. Karine Chevreul, présidente de la commission d'évaluation économique et de santé publique
Alexandre Fonty, directeur de cabinet
Dr. Michèle Morin-Surocca département prospective

Haut Conseil de la Santé publique :

Pr. Didier le Pelletier, président
Ann Pariente-Khayat, secrétaire générale
Catherine Bilger, adjointe à la secrétaire générale

Caisse nationale d'assurance maladie :

Dr. Catherine Grenier, directrice des assurés
Dinh-Phong Nguyen, responsable adjoint du département prévention et promotion de la santé

INCa :

Pr. Norbert Ifrah, président
Thierry Breton, directeur général
Frédéric de Bels, responsable du département prévention

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie :

Nathalie Fourcade, secrétaire générale
Marie-Camille Lenormand, secrétaire générale adjointe

Autres ministères :

Direction générale de l'enseignement scolaire :

Brigitte Moltrecht, conseillère technique médicale
Claire Bey, cheffe du bureau santé et action sociale

CNSA :

Marine Boisson-Cohen, directrice de la prospective et des études
Benjamin Leroux, directeur du centre de preuves

CNAF :

Frédéric Vabre, directeur de cabinet

Représentants des collectivités territoriales :

Association des départements de France :

Eric Bellamy, directeur délégué solidarité, santé, travail
Laurette Le Discot, conseillère enfance famille

Réseau français villes-santé :

Maude Luherne, directrice
Thibault Mutel, ville de Strasbourg, chef du service santé autonomie de la ville de Strasbourg

Acteurs dans le champ de la recherche :

INSERM :

Pr. Robert Barouki, directeur de l'institut de santé publique et de l'institut pour la recherche et la santé publique (IReSP)

Valentine Trépied, directrice adjointe de l'IReSP

Arnaud de Guerra, directeur adjoint de l'institut de santé publique

EHESP :

Isabelle Richard, directrice

Christophe Le Rat, directeur recherche

Eric Breton, enseignant-chercheur dans le champ de la promotion de la santé

Marie-Renée Guevel, enseignante-chercheuse dans le champ de la promotion de la santé

Marion Porcherie, ingénieure de recherche

Véronique Daubas-Letourneux, directrice du département sciences humaines et sociales

IRDES :

Denis Raynaud, directeur

Laure Com-Ruelle, chercheuse associée

Damien Bricard, chercheur associé

Société française de santé publique :

Pr. Emmanuel Rusch, président

Pr. Sylvain Gautier, secrétaire général

François Berdougou, délégué général

Timothée Delescluse, chef de projets

Université de Bordeaux :

Pr. François Alla, directeur adjoint de l'institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED)

Pr. Linda Cambon, chaire prévention enseignements, expertise et recherche de l'ISPED

Université de Saint-Etienne :

Pr. Franck Chauvin, professeur de santé publique, également rencontré au titre de ses anciennes fonctions de président du Haut Conseil pour la Santé Publique

Représentants associatifs au niveau national :

France Assos Santé :

Stéphanie Pierre, plaidoyer FAS

François Blanchardon, association AFA Crohn

Philippe Sayer, association CAMERUP

Emmanuel Ricard, porte-parole de la ligue contre le cancer

Jean-Claude Tomczak, fédération nationale des amis de la santé

Jean-François Thébaud, fédération française des diabétiques

Fédération addictions :

Laurence Emin, directrice addictions Méditerranée

Alexis Grandjean, responsable du pôle expérimentation-innovation-recherche

Addictions France :

Nelly David, directrice générale

Jordana Bellegarde, directrice adjointe des opérations

Fédération Promotion Santé :

Christine Ferron, déléguée générale

Cédric Kempf, délégué territorial de l'association Promotion Santé Auvergne-Rhône Alpes

Interlocuteurs au niveau international

OCDE :

Michele Cecchini, responsable du programme de travail sur la santé publique

Marion Devaux, analyste en santé publique

Québec:

François Desbiens, vice-président aux partenariats scientifiques et médicaux à l'Institut national de santé publique

Grande-Bretagne :

Christina Gray, directrice de santé publique de Bristol

Dr. Sandra Husbands, directrice de santé publique de Hackney

Vicky Hobart, directrice de santé publique de Greater London Authority

Région Ile-de-France :

Agence régionale de santé :

Dr. Luc Ginot, directeur de la santé publique

Gwendal Bars, chef du département politiques territoriales et urbaines en promotion de la santé

Association Promotion Santé Ile-de-France :

Jérôme Foucaud, président

Sylvie Lévy, précédente présidente

Delphine Doré-Pautonnier, directrice

Comité départemental d'éducation à la santé 93 :

Laurent Bauer, directeur

Vanessa Dewallers, responsable pédagogique

Association CRIPS IDF :

Nathalie Thiétard, directrice générale

Martine Rodrigues, responsable du pôle santé jeunesse publics vulnérables

Région Nouvelle-Aquitaine :

Agence régionale de santé :

Benoit Helleboode, directeur général

Vincent Cailliet, directeur délégué à la santé publique et aux environnements

Julie Boud'Hors, responsable du pôle environnements, promotion et prévention en santé

SpF – cellule régional :

Laurent Filleul, responsable régional

Association Promotion Santé Nouvelle-Aquitaine :

François Dabis, président
Vincent Von Lacken, directeur

Observatoire régional de santé Nouvelle-Aquitaine :

Julien Giraud, directeur

Institut de la parentalité (expérimentation PANJO) :

Dr. Anne Raynaud, directrice générale
Michel Jorge, directeur général adjoint

Centre hospitalier d'Arcachon :

Marianne Lavignon, Directrice de la qualité et de la communication
Bérénice Ledain, chargé de mission prévention

Expérimentation e-ETP Impulse :

Eric Marcou, ARS Nouvelle-Aquitaine
Laura Bauer-Dupuy, E-santé à l'URPS médecins
Arly Communier, cheffe de projet prévention à l'URPS médecins

Expérimentation « Bouge tes baskets » :

Michel Pionnier, responsable régional prévention, Mutualité Française Nouvelle-Aquitaine
Anaïs Trottin, chargée de prévention, Mutualité Française Nouvelle-Aquitaine
Charlie Nezondet, chargé d'évaluation

COREADD Nouvelle-Aquitaine :

André Nguyen, coordinateur général
Clément Berliet, coordinateur général adjoint

Normandie :

Agence régionale de santé :

Nathalie Viard, directrice de la santé publique
Christelle Gougeon, responsable du pôle promotion de la santé
Dr. Alexandra Delamontagne, médecin de santé publique
Thomas Auvergnon, référent addictions
Dr. Carole Pornet, référente qualité

Association Promotion Santé Normandie :

Marion Boucher, directrice
Mme Alonzo, responsable activités et développement

Conseil départemental de l'Eure :

Dr. Géraldine Jannet, adjointe au service de protection maternelle et infantile

Association Education solidarités information 14 :

Stéphan Jean, directeur

Education nationale :

Dr. Sylvie Vial, conseillère du rectorat pour les questions de santé

DRAAF :

Nathalie Peigné, chargée de mission enseignement agricole

Centre Socio-Culturel et Sportif Léo Lagrange de Colombelles :

Florent Boucher, directeur

Addictions France :

Mireille Carpentier, directrice régionale Normandie

Centre social l'Atelier de Blangy sur Bresle :

Valérie Garraud, présidente

Aurélie Delbecq, directrice

SIGLES UTILISES

ARS : agence régionale de santé

CEESP : commission d'évaluation économique et de santé publique

CIRE : cellules d'intervention en région, structures d'intervention en régions de Santé publique France

CNAM : caisse nationale d'assurance maladie

CPS : compétences psycho-sociales

Daly : Disability-adjusted life year

EBM : evidence-based medicine

EHESP : école des hautes études en santé publique

FIR : fonds d'intervention régional

FLCA : fonds de lutte contre les addictions

FNPEIS : fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire

HAS : haute autorité de santé

HCSP : haut conseil de la santé publique

INCa : institut national du cancer

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

IREPS : instances régionales d'éducation et de promotion de la santé, actuellement renommées associations Promotion Santé

IReSP : institut pour la recherche en santé publique

MILDECA : mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

NICE : national institute for health and care excellence

OFDT : observatoire français des drogues et tendances addictives

PPS : prévention et promotion de la santé

PRS : projet régional de santé

Qaly: Quality-adjusted life year

RDCR : ratio différentiel coût-résultat (en langue anglaise ICER pour incremental cost-effectiveness ratio)

RISP : recherche interventionnelle en santé publique

ROI : retour sur investissement

SFSP : société française de santé publique

SpF : Santé publique France

WSIPP: Washington State Institute for public policy