N° 789

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

Enregistré à la Présidence du Sénat le 24 juin 2026

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la **prévention** *en* **santé***,*

Par Mmes Marie-Do AESCHLIMANN, Marion CANALÈS et Nadia SOLLOGOUB,

Sénatrices et Sénateur

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Mouiller*, président ;* Mme Élisabeth Doineau*, rapporteure générale ;* Mme Pascale Gruny, M. Jean Sol, Mme Annie Le Houerou, MM. Bernard Jomier, Olivier Henno, Dominique Théophile, Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge*, vice-présidents ;* Mmes Viviane Malet, Annick Petrus, Corinne Imbert, Corinne Féret, Jocelyne Guidez*, secrétaires ;* M. Alain Milon, Mme Marie-Do Aeschlimann, M. Pierre Boileau, Mmes Christine Bonfanti-Dossat, Corinne Bourcier, Brigitte Bourguignon, Céline Brulin, M. Laurent Burgoa, Mmes Marion Canalès, Maryse Carrère, Catherine Conconne, Patricia Demas, Chantal Deseyne, Brigitte Devésa, M. Jean-Luc Fichet, Mme Frédérique Gerbaud, MM. Xavier Iacovelli, Khalifé Khalifé, Mmes Florence Lassarade, Marie-Claude Lermytte, M. Martin Lévrier, Mmes Monique Lubin, Brigitte Micouleau, Laurence Muller-Bronn, Solanges Nadille, Anne-Marie Nédélec, Guylène Pantel, Émilienne Poumirol, Frédérique Puissat, Marie-Pierre Richer, Anne-Sophie Romagny, Laurence Rossignol, Silvana Silvani, Nadia Sollogoub, Anne Souyris.

SOMMAIRE

Pages

L'ESSENTIEL..... 5

LISTE DES RECOMMANDATIONS.....25

LISTE DES SIGLES.....31

AVANT-PROPOS 37

I. PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ : DES POLITIQUES DOTÉES DE MOYENS CERTAINS AUX RÉSULTATS EN DEMI-TEINTE, FAUTE DE PRIORISATION..... 41

A. UN SYSTÈME DE SANTÉ TRÈS CENTRÉ SUR LE CURATIF, SOURCE D'INÉGALITÉS ET DE DÉVELOPPEMENT DE PATHOLOGIES ÉVITABLES.....41

1. La prévention, une politique de second rang malgré des moyens conséquents mis en œuvre 41

a) Des indicateurs qui reflètent les carences d'un système de santé insuffisamment tourné vers la prévention… 41

b) … malgré des moyens conséquents mis à disposition des politiques de promotion de la santé et de prévention 51

2. L'insuffisante priorisation de la prévention : un facteur d'accentuation des inégalités de santé et de progression des maladies non transmissibles 56

a) Un facteur d'accentuation des inégalités de santé..... 56

(1) Un reflet des inégalités socioéconomiques 56

(2) Une reproduction des inégalités d'accès aux soins.....61

b) Un facteur de progression des maladies non transmissibles..... 65

B. UNE GOUVERNANCE LACUNAIRE DES POLITIQUES DE PRÉVENTION 72

1. Un millefeuille d'acteurs non coordonnés.....72

a) L'État joue un rôle de pilotage central dans la politique de prévention..... 73

b) L'assurance maladie : à la fois financeur principal, courroie de transmission et inspiration des politiques en faveur de la prévention..... 78

c) Les collectivités territoriales : un engagement croissant en faveur de la prévention, y compris hors compétence et sans compensation..... 81

d) Les complémentaires santé : une implication en faveur de la prévention sous-estimée par les statistiques..... 83

e) Les associations : un relais déterminant pour que la prévention soit l'affaire de tous 87

f) Les professionnels de santé : une expertise à valoriser 89

g) Les autres acteurs de la prévention : les établissements de santé, les entreprises et les écoles..... 90

2. Une gouvernance qui ne permet pas une coordination efficace entre les différents acteurs..91

a) La multiplicité des acteurs pourrait conduire à développer la complémentarité des actions et à renforcer l'efficience des politiques conduites..... 91

b) Une gouvernance excessivement centralisée, qui n'associe pas l'ensemble des acteurs et provoque une dispersion des actions..... 92

c) Une gouvernance verticale, qui laisse peu de place aux remontées de terrain..... 95

d) Une gouvernance qui ne garantit pas la nécessaire ambition des politiques menées..... 96

3. Un modèle de financement peu lisible pour les assurés comme pour les professionnels 98
a) L'absence de doctrine de prise en charge des dépenses de prévention des assurés : un risque pour le renoncement aux actions proposées..... 98
(1) Les actes de prévention réalisés dans certaines structures le sont à titre gratuit et ne rentrent pas dans le champ des prestations en nature de l'assurance maladie 99
(2) De nombreux actes de prévention font l'objet d'une prise en charge intégrale par la sécurité sociale afin d'assurer une adhésion aussi large que possible aux actions conduites 99
(3) Certaines actions de prévention sont toutefois prises en charge selon des modalités de droit commun, sans qu'une logique d'ensemble puisse transparaître, au risque de l'illisibilité pour les assurés. 100
(4) Du fait des franchises et des participations forfaitaires, les actes de prévention – même intégralement pris en charge par l'assurance maladie – supposent un reste à charge pour le patient 103
b) Le financement des projets de prévention : un enchevêtrement de financeurs et des modalités peu adaptées 104
(1) Un enchevêtrement de canaux de financement 104
(2) Des modalités de financement peu adaptées, privilégiant une approche de court terme et renforçant le saupoudrage des crédits.....108
c) Le développement de modes de rémunération parallèles à la tarification à l'acte pour les professionnels libéraux 109
(1) Les limites de la tarification à l'acte pour inciter les professionnels de santé libéraux à la prévention.....109
(2) Le forfait patientèle médecin traitant et la rémunération sur objectifs de santé publique : des avancées qui ont montré certaines limites.....109
(3) La fusion en un forfait médecin traitant unique, reposant sur une approche individualisée de la prévention.....111
(4) Le développement d'autres modèles de rémunération dans le cadre des expérimentations article 51 113

II. RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ DE LA PRÉVENTION : UN ENJEU DE LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ 114

A. AGIR PAR LA MOBILISATION DES USAGERS 114
1. Personnaliser la prévention et susciter l'adhésion.....114
a) Cibler les publics vulnérables et proportionner l'action.....114
b) Intégrer la dimension culturelle et communautaire de la santé 120
c) Susciter l'adhésion 125
2. Mobiliser des outils innovants pour rendre les usagers acteurs de leur santé 130
a) Faire du numérique en santé un outil au service de la prévention 130
b) Soutenir des programmes expérimentaux innovants.....137
c) Déployer une stratégie de lutte contre la désinformation.....141

B. DÉMULTIPLIER LES RELAIS DE PRÉVENTION 145
1. Démultiplier les espaces de prévention 145
a) L'école 145
b) L'entreprise 152
c) Des tiers-lieux ouverts sur la ville 155
d) Les établissements de santé et la médecine de ville.....158
2. Démultiplier les opérateurs de prévention 163
a) Faire de tous les professionnels de santé des acteurs de prévention 163
b) Faire des services de la PMI et de la santé scolaire des piliers de la prévention.166
c) Reconnaître l'émergence de nouveaux acteurs au service de la prévention.....170

III. RÉNOVER LA GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE PRÉVENTION : UN IMPÉRATIF D'EFFICIENCE ET DE SOUTENABILITÉ BUDGÉTAIRE 173

A. INSTAURER LES CONDITIONS D'UN PILOTAGE COLLECTIF ET UNIFIÉ AU NIVEAU NATIONAL.....173
1. Inscrire un Ségur de la prévention à l'agenda politique 173
a) Identifier des priorités et soutenir la continuité d'action.....173
(1) L'urgence de se doter d'une nouvelle stratégie nationale de santé structurée autour des enjeux de prévention, pour donner un cadre clair à l'action 173
(2) Décliner cette stratégie nationale de santé dans une nouvelle grande loi de santé publique permettant de définir des orientations pluriannuelles.....175
b) Définir un modèle de financement adapté 176
(1) Pour les porteurs de projets : privilégier une logique d'investissement durable 176
(2) Pour les professionnels de santé : développer les financements au parcours et revaloriser les actes de prévention.....177
(3) Pour les assurés : sortir de l'illisibilité et consacrer un principe de « reste à charge perçu zéro » 181
2. Construire une gouvernance nationale intégrée et durable.....187
a) Organiser une « coalition des opérateurs de prévention » chargée de définir les orientations prioritaires et les modalités de déclinaison opérationnelle de la politique de prévention.....187
(1) Face aux limites de la gouvernance actuelle de la politique de prévention, un changement de cap est nécessaire 187
(2) La proposition des rapporteurs : une coalition des opérateurs de prévention chargée du pilotage et de la déclinaison opérationnelle de la politique de prévention 189
b) Faire des complémentaires santé de véritables partenaires des politiques de prévention 192
(1) Le volontarisme des complémentaires santé, aujourd'hui freiné par un manque de reconnaissance symbolique et des obstacles techniques à surmonter.....192
(2) L'exploitation de données de santé à des fins de prévention : un gisement d'efficience inexploité, qu'il nous appartient d'expérimenter pas à pas.....196
(3) La nécessité, en contrepartie, d'un engagement ferme des complémentaires santé pour investir davantage en faveur de la prévention 204

B. RENFORCER L'ANCRAGE TERRITORIAL DES POLITIQUES DE PRÉVENTION...206
1. Consolider la gouvernance territoriale des politiques de prévention 206
a) Soutenir l'action des collectivités locales et approfondir la dynamique des CLS 206
b) Faire de la prévention une priorité d'action des ARS 213
2. Promouvoir une action décloisonnée et articulée avec le soin 216
a) Développer une approche « Une seule santé » dans les territoires pour agir sur les déterminants de santé.....216
b) Construire des parcours de prévention territorialisés articulés avec les parcours de soins.....222

TRAVAUX EN COMMISSION 231

I. AUDITIONS 231

• **M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie** *(12 mars 2025)*.....231

• **M. Alain Gautron, vice-président du Centre technique des institutions de prévoyance, et M. Éric Chenut, président de la Fédération nationale de la mutualité française, Mme Florence Lustman de France Assureurs** *(2 avril 2025)*.....249

II. EXAMEN DU RAPPORT.....263

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES 285

TABLEAU DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS 297

ANNEXES 305

L'ESSENTIEL

La prévention n'est toujours pas une ligne directrice de nos politiques de santé. Régulièrement annoncé, le virage préventif est devenu un slogan, sans avoir trouvé à s'incarner dans une stratégie portée au plus haut niveau politique.

Les trois rapporteurs de la mission d'information dressent **un bilan pour le moins décevant de la prévention en santé en France** : si des moyens lui sont consacrés, sa mise en œuvre pâtit d'**une architecture brouillonne** qui dilue les responsabilités et émiette l'action, d'**un modèle financier peu lisible**, globalement inadapté à l'enjeu d'un système plus préventif, et d'une absence de réflexion pour faire évoluer en profondeur son cadre conceptuel, organisationnel et opérationnel.

Or, notre société est confrontée à une véritable **explosion des pathologies évitables chroniques**, dont le coût pèse déraisonnablement sur les finances de l'assurance maladie. Cette situation engendre désormais **un risque sérieux sur la soutenabilité de notre modèle solidaire**.

Alors que la prévention et la promotion de la santé constituent **des solutions viables pour combattre ce fléau épidémiologique à la racine**, notre système demeure toujours trop centré sur le curatif. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la **prévention** comme l'ensemble des **mesures** « ***visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps*** », tandis que la **promotion de la santé** vise à **rendre les individus et les groupes acteurs de leur propre santé** en les dotant des ressources nécessaires à cette fin. Ces deux concepts, complémentaires, sont au cœur de la réflexion développée par les rapporteurs, qui plaident pour une réforme structurelle des politiques de prévention.

Au terme de leurs travaux, les rapporteurs formulent **une série de 29 recommandations** pour favoriser la réorientation de notre système de santé vers un modèle plus préventif et incarner ce qui, de l'aveu même de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), devrait être « ***la bataille de la décennie*** ».

LES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

1. Se doter rapidement d'une nouvelle Stratégie nationale de santé structurée autour des enjeux de prévention. La SNS devra mieux hiérarchiser les priorités d'action et définir des indicateurs précis et en nombre limité pour être évaluée de façon objective et régulière.

2. Se doter d'une grande loi de santé publique plaçant au cœur de ses ambitions la prévention et permettant de définir des orientations pluriannuelles.

3. Se doter d'une coalition des opérateurs de prévention, directement rattachée au Premier ministre, réunissant l'État, l'assurance maladie, les complémentaires santé, les représentants des collectivités territoriales et des professionnels de santé et pouvant être ouverte à d'autres acteurs pour des sujets spécifiques.

   Cette coalition serait chargée de piloter la mise en œuvre des politiques de prévention à l'échelle nationale, de définir les conditions de leur déclinaison opérationnelle, pour assurer la gestion du dernier kilomètre avec l'ensemble des acteurs compétents et d'évaluer les politiques de prévention conduites.

4. Viser une génération « prévention » citoyenne à horizon 2040 en investissant fortement dans l'éducation à la santé et la promotion de la santé à l'école dès le premier degré d'enseignement :

   - sanctuariser des « temps de la prévention » dédiés à la promotion de la santé au cours de l'année scolaire et développer la démarche des écoles promotrices de santé ;

   - renforcer la littératie en santé dès le plus jeune âge en intégrant cette démarche dans les enseignements relatifs à l'éducation aux médias et à l'information.

9. Développer une culture de l'évaluation de la prévention :

   - mettre en place un indicateur de suivi de la dépense globale en faveur de la prévention et assurer un suivi annuel associant l'État, l'assurance maladie obligatoire, les complémentaires santé et les collectivités territoriales ;

   - systématiser l'évaluation médico-économique des dispositifs de prévention nationaux pour mesurer le retour sur investissement global et privilégier les actions les plus pertinentes et financer le temps consacré à l'évaluation.

13. Instaurer, à terme, une part minimale de 2 % des primes de complémentaire santé affectée à des actions de prévention dans le cadre du contrat responsable.

14. Généraliser, pour tous les dispositifs de prévention, la prise en charge sans reste à charge ni avance de frais lorsque la prestation est financée conjointement par l'assurance maladie et les complémentaires santé.

15. Exonérer de franchise ou de participation forfaitaire l'ensemble des actes, produits et prestations identifiés comme relevant de la prévention.

18. Reconnaître la profession de médiateur en santé en la dotant d'un statut de niveau législatif et déployer davantage de médiateurs dans les territoires pour développer les actions d'« aller vers ».

19. Reconnaître les complémentaires santé comme des acteurs de prévention à part entière et revenir sur la catégorisation comme frais de gestion de certaines de leurs dépenses en faveur de la prévention.

20. Faire évoluer les conditions d'accès des complémentaires santé aux données de santé à des fins de prévention :

- expérimenter l'exploitation par les complémentaires santé de données personnelles non sensibles à des fins exclusives de prévention ciblée, dans un cadre assorti de mécanismes robustes de gouvernance, de sécurisation et de contrôle ;

- sans revenir sur l'affectation aux complémentaires santé de la charge de la preuve du non-usage prohibé, clarifier et, pour les seuls traitements de données destinés à la conception ou à l'évaluation de programmes de prévention, alléger les modalités selon lesquelles les complémentaires santé peuvent démontrer que leur usage des données de santé du SNDS s'inscrit dans les modalités autorisées par la loi.

24. Créer un carnet de prévention numérique dans « Mon espace santé » pour proposer un suivi individualisé des comportements de santé, diffuser des informations et des conseils de prévention ciblés.

Faire obligation aux autres opérateurs (État, Ocam, collectivités territoriales) d'y proposer leurs actions de prévention pertinentes pour faciliter l'accès à des actions de prévention adaptées au profil de chaque individu.

I. FAUTE DE PRIORISATION, LA POLITIQUE DE PRÉVENTION N'OBTIENT QUE DES RÉSULTATS EN DEMI-TEINTE

A. UNE POLITIQUE SOUS-INVESTIE QUI NE FREINE NI LA CROISSANCE DES PATHOLOGIES ÉVITABLES NI LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

1. Une croissance non contenue des pathologies chroniques évitables

• **L'explosion des maladies chroniques évitables**, qui résulte du vieillissement démographique et de l'exposition persistante à divers facteurs de risque, **n'a pas été suffisamment anticipée**.

En **2023**, **36,9** % de la population souffrait d'**une pathologie chronique**. Cette proportion pourrait atteindre **43** % **en 2035**. En parallèle, 20 % de la population relevait d'une affection de longue durée (ALD) en 2022, proportion qui devrait s'élever à 26 % en 2035.

43 %

des Français seront concernés par une **pathologie chronique en 2035**.

Source : *Cnam, 2026*

Ces évolutions résultent de **l'absence de priorisation** des politiques de prévention et, notamment, du **sous-investissement dans la prévention primaire**.

Ainsi, **40 % des cancers sont considérés comme évitables** car imputables à divers facteurs de risque. L'impact du **tabac** et de **l'alcool**, dont le coût social a été évalué à **156 et 102 milliards d'euros** par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), est particulièrement élevé : en 2015, **20 % des cancers étaient causés par le tabac** (68 000 nouveaux cas) et **8 % par l'alcool** (28 000 nouveaux cas)[1].

• La faible portée des actions de prévention **accentue par ailleurs les inégalités de santé** et **favorise le développement de pathologies évitables.**

Les indicateurs de santé sont marqués par un important gradient socio-économique : les personnes les plus favorisées – au regard du niveau de diplôme ou de revenu – sont ainsi toujours celles qui déclarent le meilleur état de santé.

> ***Les employés et les ouvriers ont un risque deux fois plus important que les cadres de développer une pathologie psychiatrique et 1,5 à 2 fois plus élevé de développer un diabète. Les agriculteurs ont un risque 1,2 fois plus élevé de souffrir d'une maladie cardiovasculaire.***
>
> ***Source :*** *Observatoire des inégalités, novembre 2022*

[1] *Institut national des cancers (INCa),* Panorama des cancers en France en 2025.

• L'impact de ces évolutions sur **les dépenses d'assurance maladie** est **considérable** et pose, à court terme, **la question de leur soutenabilité.**

La prise en charge des pathologies chroniques concentre **62 % des dépenses d'assurance maladie**. Cette proportion augmentera, parallèlement à la hausse de leur prévalence, **réduisant à due concurrence les dépenses dédiées aux autres enjeux de santé**.

2. ***Des résultats décevants malgré des moyens en hausse***

• L'évaluation des dépenses de prévention demeure **aujourd'hui très imprécise,** aucun indicateur ne permettant d'en retracer l'intégralité.

Si les dépenses de **prévention institutionnelle** s'élevaient à **8,7 milliards d'euros** en 2024, le montant des dépenses de prévention non institutionnelle – soit les actes réalisés à titre individuel par les ménages – **n'a pas été réévalué depuis 2018**. Il s'élevait alors à 9,1 milliards d'euros. Hors dépenses de crise[1], les dépenses de prévention ont augmenté de 48 % en dix ans, passant **de 5,6 milliards d'euros en 2014 à 8,3 milliards d'euros en 2024**.



Pour autant, la **part des dépenses de prévention dans le PIB** demeurerait stable depuis 2011, à **0,26 %**[2].

• **Les moyens consacrés aux stratégies de prévention en santé se traduisent par des résultats décevants.**

En matière de dépistage organisé (DO) des cancers, les taux de participation stagnent sans s'améliorer depuis des années. En 2022, ils s'établissaient à **59,5 % pour le cancer du col de l'utérus**, **47,7 % pour le cancer du sein** et **35,3 % pour le cancer colorectal** en 2023, contre des objectifs fixés par le Conseil de l'Europe respectivement à 80 %, 70 % et 45 %. Or, **un retard de prise en charge d'un mois augmente le risque de décès d'environ 10 %** selon le type de cancer et le type de traitement.

[1] *Les dépenses liées à la gestion du covid-19 s'élevaient à 400 millions d'euros en 2024.*
[2] *La part des dépenses de prévention dans le PIB s'élèverait à 0,63 % en prenant en compte la prévention non institutionnelle.*

En matière de **vaccination**, le volontarisme politique a permis **des progrès sensibles**, mais la couverture vaccinale demeure notoirement insuffisante dans certaines catégories de la population et certains territoires. Ainsi, la **vaccination antigrippale des professionnels** exerçant en établissement de santé **atteint à peine 20** %, tandis que la **défiance vaccinale** demeure élevée aux **Antilles**[1].

Plus largement, nombre de **dispositifs à fort potentiel** enregistrent des résultats **médiocres**. Après 20 ans d'existence, le programme de dépistage bucco-dentaire **M'T Dents enregistre un taux de non-recours qui frôle les 50** %. Quant à **« Mon bilan Prévention »**, généralisé en 2024 et destiné à 21 millions.

> ***« Ce à quoi j'ai consacré ma vie, l'innovation et le care, ne joue que pour 20 % de notre état de santé. Nous y consacrons pourtant 95 % du budget, contre moins de 5 % à la prévention ».***
>
> ***Source :*** *Jean-François Delfraissy, président du Comité consultatif national d'éthique (CCNE)*

B. UNE GOUVERNANCE LACUNAIRE SOURCE D'INEFFICIENCE

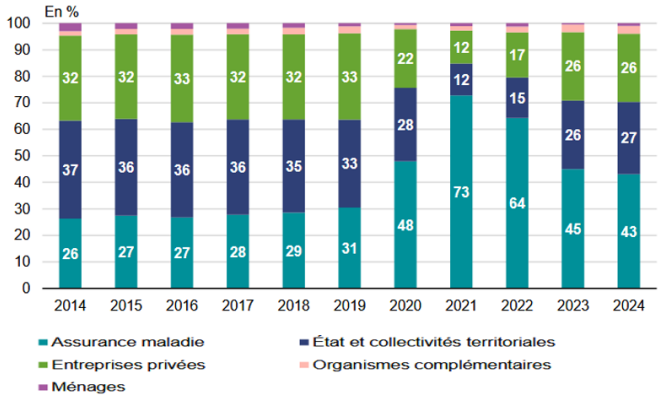
1. Une grande diversité d'acteurs, qui devrait constituer une richesse

L'**écosystème de la prévention** fait intervenir de **nombreux acteurs, publics ou privés**, dotés d'avantages comparatifs propres et présentant un **fort potentiel de complémentarité**.

- **L'État, l'assurance maladie** et les **agences sanitaires** demeurent le **triptyque institutionnel structurant** de la politique de prévention.

L'État, **chargé de proposer une vision stratégique**, définit les **grandes orientations** dans le cadre de la Stratégie nationale de santé (SNS) et **pilote les actions de prévention nationale**. L'assurance maladie, **forte de son assise institutionnelle et de ses moyens opérationnels** pour s'adresser au plus grand nombre, est à la fois le **principal financeur de ces actions** et **la courroie de transmission privilégiée** pour informer et inviter les assurés à y participer.

Répartition des dépenses de prévention institutionnelle



[1] *En Martinique, l'adhésion à la vaccination est inférieure de 22 points de pourcentage à celle déclarée en métropole (58,4 % contre 80,1 %), et de 17 points en Guadeloupe (63,2 %).*

• Autour de ce noyau institutionnel gravitent **d'autres acteurs, désireux de prendre part au « virage préventif »**.

Les **complémentaires santé** complètent le remboursement de l'assurance maladie et initient des actions de prévention, souvent innovantes, de leur propre chef. Elles disposent d'une **proximité particulière avec leurs adhérents**, gage de **fluidité dans la gestion cruciale du « dernier kilomètre »,** qui facilite la mise en œuvre de la prévention dans l'environnement professionnel grâce aux contrats collectifs.

1,1 Md€

C'est le montant investi par les **collectivités territoriales** en faveur de **la prévention en 2023**.

Source : *Drees*

Les **collectivités territoriales** ont une **connaissance aiguë des besoins locaux** et des caractéristiques socioéconomiques et environnementales de leur territoire, précieuse pour **agir sur les déterminants de santé spécifiques à chaque subdivision géographique**. Elles sont également chargées du financement de la protection maternelle et infantile et de **l'animation de centres de soins préventifs**.

Les **associations** développent une approche fondée sur la **confiance et la proximité**, qui favorise **l'adhésion des publics les plus fragiles** aux actions qu'elles conduisent, notamment dans le champ de la santé mentale et de la lutte contre les addictions.

2. Une gouvernance qui ne valorise pas les apports des acteurs mais contribue à la dispersion et à la superposition des actions conduites

• La richesse que pourrait constituer cette pluralité d'approches et de formats d'intervention demeure aujourd'hui **largement inexploitée**, du fait d'une gouvernance **excessivement verticale et centralisée**.

La conception et la définition des politiques de prévention restent en effet **concentrées autour du ministère de la santé** : les autres ministères comme celui de l'éducation nationale ou de l'aménagement du territoire y interviennent peu, tandis que les autres acteurs de prévention n'y sont, dans les faits, pratiquement pas associés.

Par conséquent, **chaque acteur travaille en silo** : au lieu de se compléter, les initiatives **se juxtaposent, voire se superposent**. En plus de minorer les apports des différents acteurs, notamment dans la **gestion du dernier kilomètre**, le manque de coordination peut **détériorer la lisibilité des actions proposées**, voire saper la confiance dans la politique conduite, du fait de propositions d'actions redondantes ou non pertinentes, comme un dépistage à un assuré déjà diagnostiqué.

Trop verticales, les modalités actuelles de gouvernance **ne permettent pas de valoriser les retours de terrain** et **limitent la diffusion des expérimentations** locales pourtant prometteuses. Faute de cadre de concertation, l'État et l'assurance maladie ne peuvent enrichir les dispositifs qu'ils portent en s'inspirant des résultats concluants de programmes portés par d'autres acteurs.

Plus préoccupant encore, la gouvernance **ne garantit aujourd'hui plus l'ambition des politiques menées** : alors que l'on reste, mi-2026, toujours **en attente de la publication de la SNS 2023-2033**, la prévention se voit **dépourvue de priorités claires**, et les mesures présentées par le Gouvernement, PLFSS après PLFSS, **s'apparentent davantage à des rustines qu'à un corpus de mesures cohérentes traduisant une vision stratégique établie**. Cela laisse à penser que l'État et l'assurance maladie ne sont plus en mesure, **financièrement mais aussi idéologiquement**, de **porter seuls la politique de prévention**.

3 ans

Retard pris, à date, dans la **publication de la SNS**.

3. Un modèle de financement illisible

- Le modèle de financement de la prévention apparaît **illisible** pour les **assurés**, **peu incitatif** pour les **professionnels** de santé, et **insécurisant** pour les **porteurs de projets**.

D'une part, il n'existe **aucune doctrine de prise en charge** des actes de prévention par l'assurance maladie. Certaines actions, comme les DO des cancers, bénéficient d'un **remboursement à 100 %** par l'assurance maladie, mais ce régime **ne s'applique pas à toutes les prestations**. Ainsi, alors que **certains vaccins recommandés** comme celui contre la **grippe saisonnière** sont intégralement pris en charge, un **ticket modérateur** frappe le vaccin contre la **diphtérie**, le tétanos et la poliomyélite, pourtant **obligatoire**. Même pour les actions faisant l'objet d'une prise en charge dérogatoire, l'application des **participations forfaitaires et des franchises** fait encourir un reste à charge à l'assuré, **neutralisant les efforts d'accessibilité financière mis en œuvre**.



Les modalités de financement ne sont **guère plus vertueuses pour les porteurs** d'initiatives. Ces derniers demeurent **largement dépendants d'appels à projets**, souvent annuels, chronophages, et laissant planer une **incertitude constante quant à la reconduction des financements** pour les actions engagées. Une telle approche favorise le **saupoudrage des crédits.** Elle apparaît, en outre, peu adaptée à la prévention, dont les effets ne peuvent être observés qu'à **moyen ou long terme**, et dont l'efficacité nécessite la stabilité des équipes, des dispositifs et des partenariats territoriaux.

Enfin, la **tarification à l'acte** est conçue pour valoriser une intervention ponctuelle, identifiable et quantifiable. Elle est donc **prioritairement adaptée aux soins curatifs**, au détriment des actions de prévention, dont les tarifs sont, du reste, peu attractifs. La mise en œuvre du forfait médecin traitant ou d'une expérimentation substituant au paiement à l'acte un versement forfaitaire par patient, dans certaines maisons de santé, démontre une **prise de conscience autour de cet enjeu**, qu'il est désormais nécessaire de consolider.

II. RENDRE LA PRÉVENTION PLUS ACCESSIBLE POUR FAVORISER L'ADHÉSION DES USAGERS ET LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

A. MOBILISER LES USAGERS GRÂCE À UNE PRÉVENTION PERSONNALISÉE ET DE PROXIMITÉ

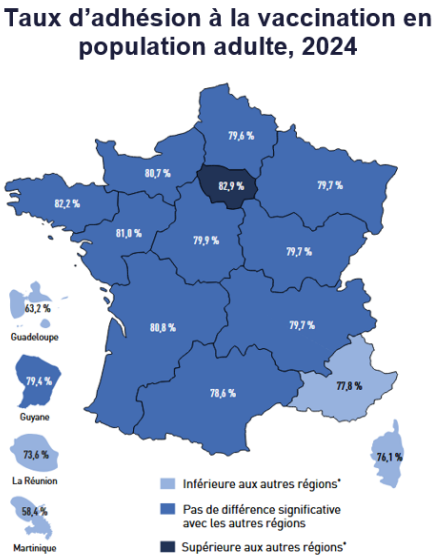
1. Susciter l'adhésion par la personnalisation des actions

Les dispositifs de prévention à vocation universelle présentent **des limites persistantes en termes d'adhésion des usagers** car ils ne s'accompagnent pas d'un ciblage des publics les plus à risque, ni d'un suivi de proximité, deux conditions nécessaires à la réussite des actions de prévention. Ces programmes – DO des cancers, rendez-vous de prévention… – pâtissent donc d'**une matrice coût-bénéfice peu satisfaisante**.

À cet égard, les démarches **d'aller vers** doivent être davantage **systématisées** (équipes mobiles, médico-bus, consultations avancées) car elles permettent de **capter des usagers éloignés du soin**, adhérant peu aux actions de prévention. Le **programme Sophia** de l'assurance maladie, qui repose sur un accompagnement personnalisé des personnes souffrant de pathologies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, maladie rénale, BPCO, maladie coronarienne) a par exemple démontré des **résultats probants**.

De même, le recours à des **médiateurs en santé** et à une **approche communautaire** mériterait d'**être approfondi**.

Plus largement, la prise en compte de **la dimension culturelle de la santé** peut être gage d'une plus grande efficacité des actions de prévention en renforçant **leur acceptabilité sociale**. Les rapporteurs recommandent de mieux l'intégrer dans la conception des actions de prévention, notamment dans les territoires ultra-marins, « *marqués par une pluralité d'identités, de langues et de représentations des soins. Les campagnes doivent donc être élaborées dans une logique de co-construction avec les acteurs locaux (associations, collectivités territoriales, médias régionaux)* »[1].



L'association Aides plaide également pour « *des campagnes d'information accessibles, multilingues, visuelles, simples* […] *et portées par des personnes de confiance ou issues des communautés concernées* » pour accroître la participation aux dépistages des IST.

Par ailleurs, les rapporteurs préconisent de **remédier au défaut d'articulation** des différents dispositifs de prévention, qui devraient être pensés comme **un continuum de prévention personnalisée** accompagnant les usagers **tout au long de leur parcours de vie** plutôt que comme des rendez-vous périodiques. Ce continuum de prévention permettrait de **garder un lien continu avec l'usager**, **reposant sur le levier numérique** et organisé autour de grandes étapes de vie (enfance, adolescence, maternité, entrée dans la vie professionnelle, *etc.*).

2. S'appuyer sur le numérique en santé

- **Les données de santé**, disponibles en masse grâce à la révolution du numérique, constituent un levier puissant pour renforcer l'efficacité des politiques de prévention.

D'une part, la base de données de l'assurance maladie (le SNDS[2]) doit être mise à profit pour **mieux cibler les assurés les plus à risques de développer certaines maladies**. Pour aller plus loin, l'utilisation de données de santé structurées pourrait permettre d'engager **une personnalisation des stratégies de dépistage** en s'adaptant au risque individuel de chaque patient, pour **améliorer l'efficacité du dépistage** et **éviter des dépenses de santé inutiles**.

---

[1] *Conseil économique, social et environnemental,* La santé en outre-mer, *janvier 2026.*

[2] *Le Système national des données de santé est la base de données médico-administratives de l'assurance maladie.*

Les résultats de l'étude *MyPeBS*[1] pourraient ainsi justifier de réviser les modalités de dépistage du cancer du sein, en ciblant mieux les patientes.

D'autre part, l'exploitation de données de santé couplée à des algorithmes sophistiqués permet désormais **de modéliser l'évolution de la maladie d'un patient, voire de prédire son apparition grâce à des scores de risque reposant sur des statistiques de probabilités** (cancers, maladies neurodégénératives, *etc.*).

- **L'usage des données de santé doit toutefois être mieux valorisé à des fins de prévention**. Avec le *Health Data Hub*, la France dispose d'un riche patrimoine de données à exploiter pour déployer des politiques ciblées et personnalisées. Les obstacles juridiques ayant freiné sa pleine utilisation sont désormais en passe d'être levés.

- **Les rapporteurs soutiennent en priorité l'achèvement de la mise en œuvre de « Mon espace santé » (MES), qui pourrait être un vecteur essentiel de prévention**.

Cela suppose, d'abord, de le rendre accessible à tous les usagers. Or, sa montée en charge reste lente. Quatre ans après la création de l'outil, plus de la moitié des assurés du régime général n'ont toujours pas activé leur compte[2]. Cela nécessite aussi de développer les fonctionnalités de l'outil. Actuellement, **les messages de prévention relayés sur MES souffrent d'un degré de personnalisation très insuffisant** : des données importantes ne sont pas exploitées (antécédents de soins, territoire de résidence, *etc.*) et nombre d'informations sont relayées sans ciblage particulier ni adaptation du contenu.

> *Les opérateurs de prévention doivent* ***« jouer un rôle de passerelle entre l'outil numérique et les actions de terrain, pour garantir que la prévention digitale ne reste pas théorique, mais s'ancre dans des parcours réels accompagnés, et accessibles à tous »***.
>
> ***Source :*** Fédération française de cardiologie

Les rapporteurs recommandent de faire de la création d'un carnet de prévention numérique une priorité d'action et proposent que MES puisse relayer des actions de prévention locales, renseignées par les acteurs qui les portent (collectivités territoriales, associations, complémentaires santé…), en tenant compte du lieu de résidence de l'usager.

---

[1] My Personal Breast Cancer Screening *(étude clinique internationale sur le cancer du sein).*

[2] *27 millions de comptes ont été activés sur 65 millions d'assurés sociaux du régime général d'assurance maladie.*

Enfin, **l'amélioration de la littératie en santé**[1], gage d'une accessibilité renforcée à l'information et aux services de santé, est un axe de travail encore **peu investi par les autorités de santé** alors qu'elle est jugée insuffisante pour 44 % de la population. Là encore, le levier numérique doit être mis au service de cette littératie.

B. DÉMULTIPLIER LES RELAIS DE PRÉVENTION POUR L'INSCRIRE DANS LA CITÉ

1. Diversifier les espaces de prévention

Les rapporteurs soutiennent la nécessité de **faire de la prévention un projet social et citoyen**, en l'inscrivant dans les espaces du quotidien.

- Parmi ces espaces, **l'école** est appelée à jouer un rôle essentiel, pour bâtir **une première génération prévention à l'horizon 2040**.

Pourtant, force est de constater que **l'institution scolaire peine à assumer la mission de promotion de la santé que lui confie la loi.** Non seulement les services de santé scolaire sont dans un **état de délabrement sérieux**, mais les enseignements censés favoriser l'éducation à la santé sont aussi **très imparfaitement assurés**.

25 %

C'est la part d'**établissements scolaires** qui indique n'avoir **jamais mis en œuvre l'éducation à la vie sexuelle et affective**.

Source : *CESE, 2024*

Les rapporteurs soutiennent l'organisation de « temps de la prévention » tout au long de l'année, notamment dans le cadre des écoles promotrices de santé. Pour appuyer l'éducation nationale dans sa mission de promotion de la santé, l'intervention d'associations agréées doit être favorisée, de même que celles d'étudiants en santé réalisant leur service sanitaire.

- **L'entreprise** est un autre terrain incontournable de mise en œuvre des politiques de prévention et de promotion de la santé.

D'une part, **les actions de prévention portées par l'assurance maladie** – campagnes de vaccination, DO, *etc.* – **doivent s'y déployer de façon plus active**, grâce à de nouveaux **partenariats de la Cnam avec les branches professionnelles**, par-delà les seuls enjeux directement liés aux risques professionnels. D'autre part, **la place des Ocam doit y être substantiellement renforcée**, en articulation avec les priorités définies par l'assurance maladie, compte tenu des **atouts spécifiques qui sont les leurs** : capacité à cibler et à communiquer du fait de la proximité qu'ils entretiennent avec les adhérents ; personnalisation des programmes de prévention en fonction des caractéristiques des adhérents (âge, sexe, secteur d'activité, catégorie socio-professionnelle).

---

[1] *La littératie en santé désigne la capacité des individus à rechercher, à accéder, à comprendre et à ré-utiliser des informations afin de les employer pour agir sur leur propre santé.*

• Enfin, **les 2 965 hôpitaux et cliniques** du territoire présentent **une force de frappe extraordinaire** pour faire progresser la prévention.

Les établissements de santé peuvent être les principaux acteurs d'une démarche *Making Every Contact Count* (MECC), pratiquée en routine dans les hôpitaux du Royaume-Uni, qui utilise chaque occasion de rencontre entre un professionnel de santé et un patient pour échanger sur ses habitudes de vie et comportements liés à la santé. **Les rapporteurs saluent les initiatives locales**, nombreuses, mais constatent qu'**en l'absence de financement** reposant sur **un modèle pérenne construit avec les fédérations**, le risque de **voir les bonnes volontés s'émousser** est sérieux.

• Enfin, les rapporteurs encouragent l'éclosion de partenariats entre les collectivités territoriales et les acteurs associatifs pour créer de nouveaux **tiers-lieux de prévention** et ainsi, contribuer au dernier kilomètre de l'action publique.

2. Augmenter le nombre des opérateurs de prévention

Plusieurs freins brident aujourd'hui l'implication des professionnels de santé dans la prévention : formation superficielle aux enjeux de la prévention et aux méthodes d'intervention probantes, faible valorisation financière des actes, manque de structuration des parcours de prévention en amont des parcours de soins.

Ces freins doivent être levés, mais les rapporteurs préconisent plus largement de **faire grandir la communauté des opérateurs de prévention en « démocratisant » les compétences de prévention**. Un tel projet suppose d'impliquer l'ensemble de la société civile au-delà des professionnels de santé et du système de soins *stricto sensu*.

- En premier lieu, **les services de protection maternelle et infantile (PMI) et de santé scolaire doivent être des piliers de la prévention**. **Or, leur situation apparaît profondément fragilisée.**

Depuis plus de dix ans, ces deux services publics connaissent une **diminution de leurs effectifs**, particulièrement marquée pour la santé scolaire.

20 %

C'est la part des élèves qui bénéficient **de la visite médicale de la 6e année**.

Source : *Gouvernement*

S'agissant de la PMI, l'agrément et le contrôle des structures d'accueil des enfants de moins de 6 ans accaparent toujours plus de temps, au détriment des consultations et visites à domicile et, notamment, de l'examen de dépistage à 3-4 ans. De même, **les missions confiées à la santé scolaire excèdent largement ce que peuvent assurer les effectifs disponibles**. Seuls 20 % des élèves bénéficient aujourd'hui de la visite médicale de la 6e année, qui devrait être **systématique**.

Les mesures annoncées en clôture des assises de la santé scolaire ne sont pas à la hauteur des enjeux. Les rapporteurs recommandent de définir **un plan de soutien ambitieux à la PMI** et de déployer rapidement des **mesures en faveur de l'attractivité de la santé scolaire**.

- En deuxième lieu, **l'adaptation de nos modèles d'intervention** en prévention exige **une reconnaissance de nouveaux métiers de la prévention**.

À cet égard, les **médiateurs en santé**, acteurs clés de l'aller vers, pâtissent de l'absence de reconnaissance statutaire de leur profession. Bien que l'État et les ARS recourent à leurs compétences depuis plus de vingt ans, **la loi ne reconnaît que la médiation en santé, pas la profession de médiateur**. Le financement des postes existants repose souvent sur des dispositifs non pérennes et éclatés. Les rapporteurs préconisent donc de **consacrer la profession au niveau législatif**.

> Selon le Haut Conseil de la santé publique, « ***les métiers de la prévention sont mal perçus, peu visibles, mal reconnus par les pouvoirs publics, notamment par les autorités sanitaires et par le public*** ».
>
> ***Source :*** HCSP, *Avis relatif à la place des offreurs de soins dans la prévention*, 2018

III. RÉNOVER LA GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE PRÉVENTION : UN IMPÉRATIF D'EFFICIENCE ET DE SOUTENABILITÉ BUDGÉTAIRE

A. INSTAURER LES CONDITIONS D'UN PILOTAGE COLLECTIF ET UNIFIÉ AU NIVEAU NATIONAL

1. Identifier rapidement des priorités et se doter d'une vision pluriannuelle

Alors que tous les acteurs s'accordent sur la nécessité de **réorienter notre système de santé vers la prévention**, il est **incompréhensible que le principal document de pilotage stratégique censé fixer ce cap, la SNS, fasse toujours défaut**. La **publication rapide** d'une **SNS structurée autour des enjeux de prévention** et **hiérarchisant les priorités d'action** est donc indispensable.

Celle-ci doit être **le point de départ, et non l'aboutissement**, d'une refondation ambitieuse de la politique de prévention, marquée par une **nouvelle grande loi de santé publique**, sur le modèle de celle de 2004, permettant de définir des **orientations pluriannuelles**.

2. Refondre les conditions de gouvernance de la politique de prévention autour d'une approche ascendante, partenariale et ouverte

Les acteurs auditionnés s'accordent, dans leur grande majorité, sur **les carences de la gouvernance actuelle en matière de prévention** et appellent à la réformer.

> La politique de prévention « ***manque cruellement d'une gouvernance institutionnelle à la hauteur des enjeux*** ».
>
> ***Source : ARS Bretagne***

Les rapporteurs ont identifié six piliers autour desquels structurer la nouvelle gouvernance de la politique de prévention :

- une **gouvernance ouverte aux principaux acteurs de la prévention** ;

- une **approche hiérarchisée autour de grandes priorités** coconstruites avec les parties à la gouvernance ;

- une **approche partenariale**, fondée sur la confiance et la complémentarité entre les acteurs ;

- une **approche ascendante** valorisant les retours de terrain et les expérimentations concluantes des différents acteurs ;

- une **approche par spécialisation** permettant d'utiliser au mieux les spécificités de chaque acteur et de faire obstacle à la redondance des actions ;

- une **approche centrée sur la gestion du dernier kilomètre**, afin d'amener activement le plus grand nombre à s'inscrire dans un parcours de prévention.



Pour **donner corps** à cette nouvelle gouvernance, les rapporteurs préconisent de constituer une **coalition des opérateurs de prévention** rassemblant ses principaux acteurs : l'assurance maladie, l'administration centrale, mais aussi les assureurs complémentaires, des représentants des collectivités territoriales et des professionnels de santé.

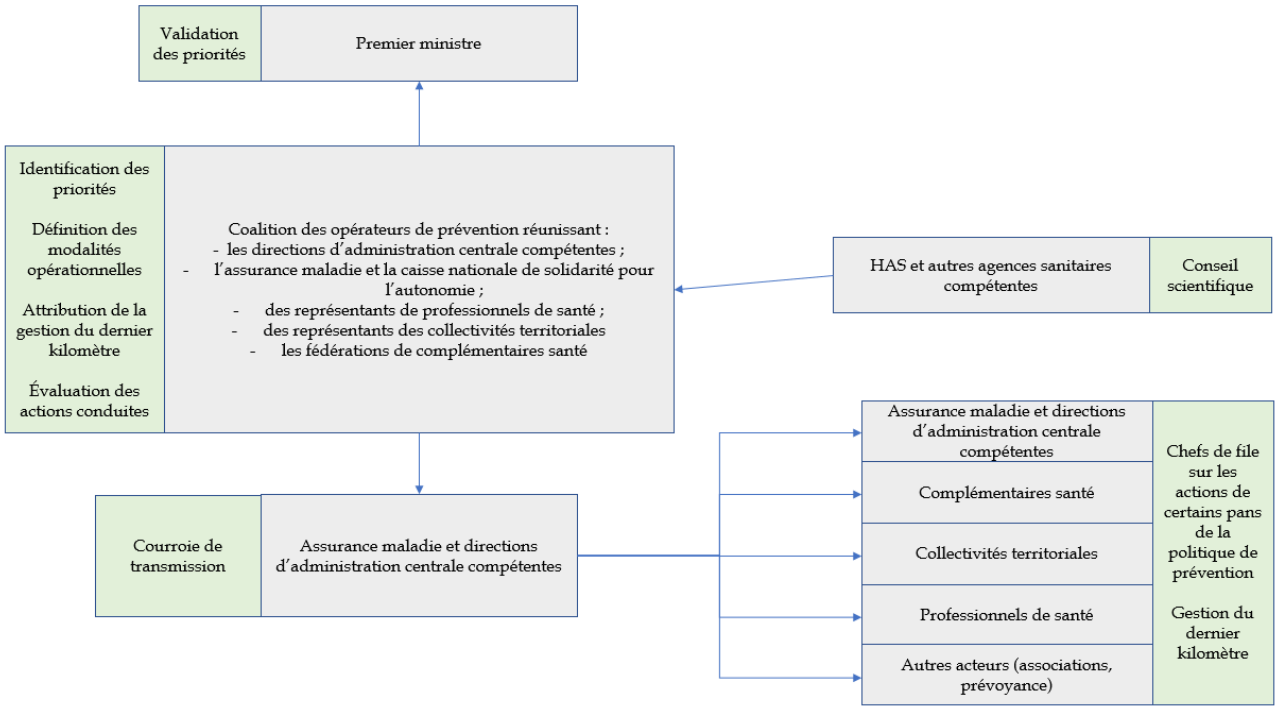
Cette coalition, conçue comme une **instance de dialogue et non comme une agence**, se verrait confier une **triple mission**.

Assistée par des autorités scientifiques, il lui reviendrait de **participer à la construction des priorités nationales en matière de prévention, d'élaborer les actions et de définir leur mode de financement**. Cette gouvernance garantirait une conception **partagée et ascendante** des orientations, tout en préservant l'attribution du pouvoir décisionnel final à l'État, chargé d'entériner les préconisations.

Afin **d'éviter la superposition et la dispersion des actions**, cette coalition serait également chargée de concevoir les **modalités de déclinaison opérationnelle des priorités identifiées**, en désignant des « **chefs de file** » thématiques en fonction des spécificités de chaque catégorie d'acteurs et en faisant de la **gestion du dernier kilomètre une priorité**. À titre d'exemple, les complémentaires santé, particulièrement investies dans le financement des soins dentaires, pourraient être désignées chef de file pour la prévention bucco-dentaire, tandis que les collectivités, qui gèrent de nombreux centres de santé sexuelle, pourraient piloter les actions conduites dans ce champ. La Cnam et la DGS assureraient la gestion opérationnelle et la coordination entre les différents chefs de file.

Enfin, la coalition des opérateurs de prévention serait chargée de **procéder à *l'évaluation in itinere* et *ex post* des politiques conduites**, afin de les faire évoluer sur la base des retours de terrain et des bonnes pratiques remontées par les acteurs.

Fonctionnement schématique de la gouvernance proposée par les rapporteurs



Source *: Commission des affaires sociales du Sénat*

La coalition serait **rattachée directement au Premier ministre**, dans un double objectif de **priorisation politique et de transversalité**.

Les rapporteurs se sont aussi attachés à **penser la place des complémentaires santé dans l'écosystème préventif**. Leur implication constitue un levier stratégique d'ampleur : outre les **moyens complémentaires qu'elles peuvent mobiliser au service d'une ambition préventive renouvelée**, les complémentaires santé peuvent mettre à contribution leur proximité avec leurs adhérents pour déployer des actions ciblées et **amener les assurés à participer effectivement aux actions proposées**.

Volontaires et engagées dans le virage préventif, leurs initiatives sont toutefois bridées par **l'absence de reconnaissance législative** de leur rôle en matière de prévention, que le Parlement doit pallier, ainsi que par une **catégorisation impropre** de certaines de leurs dépenses de prévention comme des frais de gestion, à laquelle il appartient au Gouvernement de mettre fin.



Renforcer la possibilité pour les complémentaires de **traiter des données de santé** pour concevoir ou évaluer des programmes de prévention offrirait des perspectives prometteuses pour leur permettre de proposer à leurs adhérents des **offres mieux ciblées, mieux calibrées, et donc plus efficientes**. Pour autant, s'il est déjà proscrit aux complémentaires santé de moduler leurs tarifs en fonction de l'état de santé du patient dans le cadre, très majoritaire, du contrat solidaire, le risque d'un **détournement plus diffus** avec une sélection indirecte des profils **ne saurait être ignoré**. Par conséquent, la prudence commande d'écarter **une ouverture non modulée** de cette possibilité. Dans un premier temps, les rapporteurs recommandent **d'expérimenter** l'exploitation par ces organismes de **données de santé non-sensibles**, à des fins exclusives de **prévention ciblée** – et non personnalisée. Ce dispositif devrait être assorti de **mécanismes robustes de sécurisation et de contrôle**.

Dans le **prolongement logique des nouvelles responsabilités qui leur seraient reconnues**, les rapporteurs souhaitent qu'elles **renforcent leur investissement en matière de prévention**, en y consacrant *a minima* **2 % des primes qu'elles collectent**.

3. Refondre le modèle de financement de la prévention, aussi bien pour les porteurs de projets et pour les assurés que pour les professionnels de santé

- Les modalités de valorisation des interventions préventives réalisées en ville ou en établissement **se heurtent aujourd'hui à une triple fragilité** : de nombreuses actions de prévention sont **invisibilisées dans les nomenclatures existantes**, d'autres ne sont **pas adaptées à une tarification à l'activité**, tandis que celles qui le sont **apparaissent structurellement sous-valorisées**.

Les rapporteurs défendent le **renforcement des modes de rémunération alternatifs** déjà introduits pour les médecins libéraux, à l'image du forfait médecin traitant, et **leur extension à d'autres catégories de professionnels de santé** également impliqués dans la prévention.

Lorsqu'un tel mode de rémunération est pertinent, les rapporteurs soutiennent une évolution vers **une logique de financement forfaitaire au parcours**, permettant une valorisation globale d'actions s'inscrivant dans la durée, dans les établissements de santé et dans les structures d'exercice coordonné.

× 2 à × 3

Rémunération horaire d'une **consultation de médecine générale** par rapport à un **rendez-vous de prévention**.

Enfin, les rapporteurs préconisent de **revaloriser la tarification des actes de prévention**. Elles jugent en effet **orthogonal aux objectifs politiques fixés** que la rémunération horaire d'une consultation de **médecine générale soit deux à trois fois plus élevée que la réalisation d'un rendez-vous de prévention** par un généraliste.

- Face aux **limites du financement par appels à projets** annuels, les financeurs doivent **faire évoluer leur approche** pour offrir **davantage de stabilité** aux porteurs de projets.

Le financement de la prévention pourrait d'abord **reposer plus largement sur des appels à projets pourvus de financements pluriannuels**, afin de permettre aux promoteurs d'initiatives de **mieux ancrer les actions qu'ils défendent**, surtout lorsque celles-ci **supposent des changements de comportements ou une implantation de terrain particulière**.

Il serait également opportun d'**envisager de nouvelles modalités de financement** adaptées aux actions qui **ont démontré leur pertinence**. Le modèle actuel mène trop souvent à ce que des **actions efficaces et implantées soient mises à l'arrêt, faute de financement pour les poursuivre, au profit d'actions perçues comme plus innovantes**.

- Faute d'harmonisation des conditions de prise en charge, il existe un **risque majeur de renoncement** aux actions de prévention, particulièrement chez les **populations les plus précaires, à rebours de l'objectif fixé** de toucher un public aussi large que possible.

Les rapporteurs défendent donc **l'instauration d'une doctrine de « reste à charge perçu zéro »**, consistant à garantir aux assurés que les actions de prévention auxquelles ils sont éligibles n'occasionneront pour eux aucun frais, quelle que soit l'identité des financeurs. Cette ambition ne suppose pas une généralisation de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie, mais plutôt une **internalisation de la complexité du financement** afin de la rendre invisible pour l'usager. Sur le modèle du dispositif M'T Dents, l'ensemble des actions de prévention cofinancées devraient alors faire l'objet d'une **solvabilisation complète sans avance de frais** pour tous les patients,

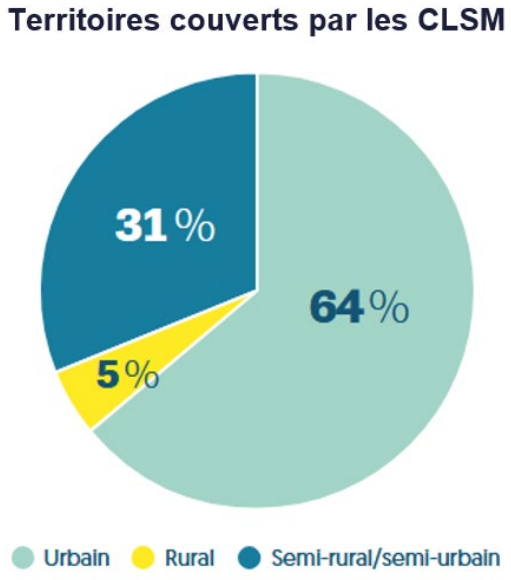
y compris ceux ne disposant pas d'une couverture complémentaire, en cumulant l'action de l'assurance maladie et des Ocam.

Afin d'aboutir à ce « reste à charge perçu zéro », les rapporteurs préconisent **d'écarter l'application des participations forfaitaires et franchises** sur les actes identifiés comme relevant de la prévention. En effet, frapper de ces « forfaits de responsabilité » les actes de prévention apparaît **antinomique**, dans la mesure où ces derniers relèvent par essence d'une **démarche individuelle et collective de responsabilité sanitaire**.

B. RENFORCER L'ANCRAGE TERRITORIAL DES POLITIQUES DE PRÉVENTION

1. Une gouvernance territoriale à consolider pour favoriser la cohérence de l'action

- **Les ARS** ont un rôle à jouer dans **la territorialisation des politiques de prévention,** mais leur échelle d'action est **trop vaste** et leur modèle d'intervention parfois **trop descendant**.



Si elles disposent d'outils pour mettre en œuvre, à l'échelle régionale, la politique nationale de santé et prendre en compte les caractéristiques du territoire, la planification qu'organisent les ARS répond encore à une logique descendante et s'inscrit dans un territoire trop vaste pour construire des réponses de proximité.

À cet égard, **la dynamique des contrats locaux de santé** (CLS) **et des contrats locaux de santé mentale** (CLSM), **outils privilégiés du partenariat local de santé entre les services de l'État et les élus, mérite d'être soutenue** et leur animation renforcée.

Par ailleurs, la prévention devrait être plus clairement affichée comme une priorité d'action des ARS.

2. Le territoire, espace privilégié de mise en œuvre de l'approche « *One Health* »

• **La transversalité des compétences des collectivités territoriales constitue un atout pour mettre en œuvre une approche « *One Health* » au niveau local.**

Elle permet de bâtir un *continuum* de prévention efficace fondé sur la complémentarité de différentes politiques publiques, de l'urbanisme au logement, des transports à la restauration scolaire. Cette approche doit devenir un marqueur de l'action des collectivités.

Le club « Collectivités et prévention des cancers », créé par l'INCa, a ainsi été conçu comme un programme d'accompagnement opérationnel pour soutenir l'émergence d'initiatives locales en faveur de la promotion de la santé, les collectivités ayant une capacité à agir sur des déterminants essentiels de santé, en créant des environnements favorables et en luttant contre l'exposition quotidienne à certains facteurs de risque.

Si la commune et le département disposent d'attributions plus affirmées, toutes les collectivités territoriales sont compétentes pour agir dans le champ sanitaire.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : Se doter rapidement d'une nouvelle Stratégie nationale de santé structurée autour des enjeux de prévention. La SNS devra mieux hiérarchiser les priorités d'action et définir des indicateurs précis et en nombre limité pour être évaluée de façon objective et régulière.

Recommandation n° 2 : Se doter d'une grande loi de santé publique plaçant au cœur de ses ambitions la prévention et permettant de définir des orientations pluriannuelles.

Recommandation n° 3 : Se doter d'une coalition des opérateurs de prévention, directement rattachée au Premier ministre, réunissant l'État, l'assurance maladie, les complémentaires santé, les représentants des collectivités territoriales et des professionnels de santé et pouvant être ouverte à d'autres acteurs pour des sujets spécifiques.

Cette coalition serait chargée :

- de piloter la mise en œuvre des politiques de prévention à l'échelle nationale ;

- de définir les conditions de leur déclinaison opérationnelle pour assurer la gestion du dernier kilomètre avec l'ensemble des acteurs compétents ;

- d'évaluer les politiques de prévention conduites.

Recommandation n° 4 : Viser une génération « prévention » citoyenne à l'horizon 2040 en investissant fortement dans l'éducation à la santé et la promotion de la santé à l'école dès le premier degré d'enseignement :

- sanctuariser des « temps de la prévention » dédiés à la promotion de la santé au cours de l'année scolaire, mutualiser les opportunités de prévention et développer la démarche des écoles promotrices de santé ;

- renforcer la littératie en santé dès le plus jeune âge en intégrant cette démarche dans les enseignements relatifs à l'éducation aux médias et à l'information.

Recommandation n° 5 : Promouvoir une approche « Une seule santé » au plus près des besoins des territoires et des usagers et en faire un marqueur de l'action des collectivités territoriales.

Recommandation n° 6 : Déployer des campagnes de prévention ciblées sur les réseaux sociaux à l'attention des jeunes générations, en utilisant les codes appropriés et en mobilisant des influenceurs.

Recommandation n° 7 : Prendre appui sur les travaux du nouvel observatoire de la désinformation en santé, poursuivre de façon systématique les auteurs de désinformation médicale et les sanctionner beaucoup plus fermement.

Recommandation n° 8 : Investir plus fortement dans la recherche en prévention pour étayer scientifiquement ses bénéfices et soutenir le déploiement de dispositifs probants, personnalisés et ciblés.

Recommandation n° 9 : Développer une culture de l'évaluation de la prévention :

- mettre en place un indicateur de suivi de la dépense globale de prévention et assurer un suivi annuel associant l'État, l'assurance maladie obligatoire, les complémentaires santé et les collectivités territoriales ;

- systématiser l'évaluation médico-économique des dispositifs de prévention nationaux pour mesurer le retour sur investissement global, privilégier les actions les plus pertinentes et financer le temps consacré à l'évaluation.

Recommandation n° 10 : Privilégier une logique d'investissement durable à une logique d'appel à projets et résister à la dispersion de l'action.

Recommandation n° 11 : Dans les établissements de santé et dans les structures d'exercice coordonné en ville, mettre en place des financements forfaitaires au parcours valorisant des filières de prévention personnalisées en fonction des besoins des patients.

Recommandation n° 12 : Valoriser les actes de prévention de façon suffisamment incitative dans la nomenclature générale des actes et des procédures pour soutenir leur mise en œuvre.

Recommandation n° 13 : Instaurer, à terme, une part minimale de 2 % des primes de complémentaire santé affectée à des actions de prévention dans le cadre du contrat responsable.

Recommandation n° 14 : Généraliser, pour tous les dispositifs de prévention, la prise en charge sans reste à charge ni avance de frais lorsque la prestation est financée conjointement par l'assurance maladie et les complémentaires santé.

Recommandation n° 15 : Exonérer de franchise ou de participation forfaitaire l'ensemble des actes, produits et prestations identifiés comme relevant de la prévention.

Recommandation n° 16 : Faire de tous les professionnels de santé des acteurs de prévention :

- consolider la formation à la prévention de tous les professionnels de santé en valorisant l'interprofessionnalité, en formation initiale et continue, pour qu'ils participent plus largement aux actions de prévention ;

- à cet égard, et afin de renforcer la portée et l'accessibilité du dispositif, élargir le champ des effecteurs de « Mon bilan prévention » aux masseurs-kinésithérapeutes.

Recommandation n° 17 : Faire des services de PMI et de la santé scolaire des piliers de la prévention :

- définir un plan de soutien ambitieux à la PMI qui passe par une attractivité statutaire et financière renforcée et par la création d'un cadre commun pour les médecins salariés de la fonction publique ;

- déployer rapidement les mesures en faveur de l'attractivité des métiers de la santé scolaire (revaloriser la carrière des médecins, libérer du temps médical pour que 100 % des élèves puissent bénéficier d'une analyse personnalisée de leur situation de santé).

Recommandation n° 18 : Reconnaître la profession de médiateur en santé en la dotant d'un statut de niveau législatif et déployer davantage de médiateurs dans les territoires pour développer les actions d'« aller vers ».

Recommandation n° 19 : Reconnaître les Ocam comme des acteurs de prévention à part entière et revenir sur la catégorisation comme frais de gestion de certaines de leurs dépenses en faveur de la prévention.

Recommandation n° 20 : Faire évoluer les conditions d'accès des complémentaires santé aux données de santé à des fins de prévention :

- expérimenter l'exploitation par les complémentaires santé de données personnelles non sensibles à des fins exclusives de prévention ciblée, dans un cadre assorti de mécanismes robustes de gouvernance, de sécurisation et de contrôle ;

- sans revenir sur l'affectation aux complémentaires santé de la charge de la preuve du non-usage prohibé, clarifier et, pour les seuls traitements de données destinés à la conception ou à l'évaluation de programmes de prévention, alléger les modalités selon lesquelles les complémentaires santé peuvent démontrer que leur usage des données de santé du SNDS s'inscrit dans les modalités autorisées par la loi.

Recommandation n° 21 : Démultiplier les espaces de prévention pour l'inscrire dans le quotidien de tous les Français (école, entreprise, tiers-lieux citoyens, établissements de santé) :

- soutenir les interventions des Ocam en faveur de la prévention en santé dans le cadre professionnel en utilisant le levier des contrats collectifs obligatoires, et encourager les partenariats des Ocam avec les branches professionnelles et les entreprises pour déployer des actions de sensibilisation à la prévention sur le lieu de travail ;

- créer des tiers-lieux de prévention ouverts sur la ville, notamment dans les territoires qui souffrent de la désertification médicale (zones rurales, territoires ultramarins, quartiers prioritaires…) pour permettre la sensibilisation, faire adhérer au dépistage, encourager la pratique d'une activité physique régulière et dispenser des conseils nutritionnels.

Recommandation n° 22 : Soutenir l'action des associations, qui constituent des relais de prévention essentiels auprès des usagers les plus éloignés du système de santé (planning familial, Aides, *etc*.) :

- en maintenant les financements consentis aux associations actives dans le champ de la prévention ;

- en formant les intervenants aux enjeux de prévention.

Recommandation n° 23 : Créer un parcours de prévention personnalisé tout au long de la vie, pour tous les Français, organisé autour de grandes étapes de vie (enfance, adolescence, maternité, entrée dans la vie professionnelle, *etc*.) et reposant sur le levier numérique.

Recommandation n° 24 : Créer un carnet de prévention numérique dans « Mon espace santé » pour proposer un suivi individualisé des comportements de santé, diffuser des informations et des conseils de prévention ciblés.

Faire obligation aux autres opérateurs (État, Ocam, collectivités territoriales) d'y proposer leurs actions de prévention pertinentes pour faciliter l'accès à des actions de prévention adaptées au profil de chaque individu.

Recommandation n° 25 : Favoriser le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et les structures d'exercice coordonné, et accompagner les professionnels de santé à l'ETP par la formation.

Recommandation n° 26 : Faire de la lutte contre la consommation nocive d'alcool une priorité de santé publique : renforcer les campagnes de communication nationales et engager un travail de fond sur la fixation d'un prix minimal de l'alcool.

Recommandation n° 27 : Étendre l'emballage neutre à l'ensemble des produits contenant de la nicotine.

Recommandation n° 28 : Viser la mise en œuvre d'un Nutri-Score obligatoire à l'échelle européenne ou à l'échelle nationale d'ici à 2028, en préservant certaines dérogations pour les produits bénéficiant d'un label qualité.

Recommandation n° 29 : Intégrer la prise en charge de l'activité physique adaptée dans les garanties obligatoires du contrat responsable et solidaire.

LISTE DES SIGLES

A	
AFDN	Association française des diététiciens nutritionnistes
AIS	Agence de l'innovation en santé
ALD	Affection de longue durée
AMC	Assurance maladie complémentaire
AME	Aide médicale d'État
AMO	Assurance maladie obligatoire
AMRF	Association des maires ruraux de France
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANS	Agence du numérique en santé
APA	Activité physique adaptée
Apieme	Association pour la protection de l'impluvium de l'eau minérale naturelle Évian
ARS	Agence régionale de santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
B	
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
C	
C2S	Complémentaire santé solidaire
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CDAG	Consultation de dépistage anonyme et gratuit
CeGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
Ciddist	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLS	Contrat local de santé
CLSM	Conseil local de santé mentale
Cnam	Caisse nationale de l'assurance maladie
Cnil	Commission nationale de l'informatique et des libertés
Cnom	Conseil national de l'ordre des médecins
Cnoi	Conseil national de l'ordre des infirmiers
CNPCV	Conseil national professionnel cardiovasculaire
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COS	Cadre d'orientation stratégique

CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSBM	Consommation de soins et de biens médicaux
CSMSS	Centres de santé et de médiation en santé sexuelle
CTS	Conseil territorial de santé
D	
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DCSi	Dépense courante de santé au sens international
DDT	Direction départementale des territoires et de la mer
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DMP	Dossier médical partagé
DNS	Délégation du numérique en santé
DPC	Développement professionnel continu
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Dreets	Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DSR	Dispositif spécifique régional
E	
EHESP	École des hautes études en santé publique
Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
ETP	Éducation thérapeutique du patient
ETP	Équivalent temps plein
EVARS	Éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle
F	
FAO	*Food and agriculture organization of the United Nations* (Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture)
FFC	Fédération française de cardiologie
FIR	Fonds d'intervention régional
FISS	Fonds pour l'innovation du système de santé
FLCA	Fonds de lutte contre les addictions

FMT	Forfait médecin traitant
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires
FNPEISA	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires agricole
FPMT	Forfait patientèle médecin traitant
FRR	Zone France ruralités revitalisation
G	
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GRH	Gestion des ressources humaines
H	
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de santé publique
HPV	Papillomavirus humains
HSA	Halte soin addiction
I	
IDE	Infirmier diplômé d'État
Igas	Inspection générale des affaires sociales
INCa	Institut national du cancer
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InSPIRe-ID	Initiative en santé publique pour l'interaction de la recherche, de l'intervention et de la décision
IPA	Infirmier de pratique avancée
IReSP	Institut pour la recherche en santé publique
ISPA	Institut suisse de prévention des addictions
IST	Infections sexuellement transmissibles
J	
JOP	Jeux Olympiques et Paralympiques
L	
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
M	
MCVA	Maladie cardiovasculaire ou associée
MECC	*Making every contact count* (chaque interaction [avec un professionnel de santé] est une opportunité de prévention)

Mecss	Mission d'évaluation des comptes de la sécurité sociale
Mildeca	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
Miviludes	Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires
MSA	Mutualité sociale agricole
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
MSS	Maison sport-santé
O	
Ocam	Organisme complémentaire d'assurance maladie
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
Ofast	Office anti-stupéfiants
OFDT	Observatoire français des drogues et des tendances addictives
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMSA	Organisation mondiale de la santé animale
Ondam	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
Osys	Orientation dans le système de soins
P	
PIB	Produit intérieur brut
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSP	Projet médico-soignant partagé
PNLT	Plan national de lutte contre le tabagisme
PNSE	Plan national santé-environnement
PNSP	Plan national de santé publique
PNUE	Programme des Nations unies pour l'environnement
PRAPS	Programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
PRODAS	Programme de développement affectif et social
PRS	Projet régional de santé
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
PTSM	Projet territorial de santé mentale
Q	
QALY	*Quality-adjusted life year* (année de vie en bonne santé)
QPV	Quartier prioritaire de la politique de ville

R	
RGPD	Règlement général sur la protection des données
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
RRAPS	Réseau des acteurs de la prévention des actions de prévention/promotion de la santé
S	
SAS	Service d'accès aux soins
SECPa	Structure d'exercice coordonné participative
SFSP	Société française de santé publique
SNDS	Système national des données de santé
Sniiram	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SNS	Stratégie nationale de santé
Sofiss	Société française des infirmiers en santé scolaire
SRS	Schéma régional de santé
U	
UE	Union européenne
V	
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

AVANT-PROPOS

La prévention en santé est un slogan plus qu'une ligne directrice de nos politiques de santé. Régulièrement annoncé, le virage préventif semble être une formule incantatoire qu'il suffirait de prononcer pour qu'elle se matérialise. Sa réalité tarde pourtant à se concrétiser.

Nous sommes aujourd'hui confrontés à un défi épidémiologique sans précédent, qui nous oblige à repenser les fondements de notre modèle de prise en charge. La prévalence des maladies chroniques non transmissibles prend une ampleur telle qu'elle fragilise l'ensemble du système et nous conduit à interroger sa capacité à résister à cette vague-submersion qu'elle représente. L'image du tsunami est parlante et reflète bien les enjeux actuels : le nombre de personnes reconnues en affections de longue durée (ALD) progresse de manière vertigineuse, jusqu'à concerner désormais un cinquième de la population, et 36,9 % des Français, soit 25 millions de personnes, souffrent d'une pathologie chronique. Si les tendances actuelles ne sont pas infléchies, 40 % de la population seront concernés par une maladie chronique en 2030 et 43 % de la population en 2035[1].

La situation actuelle est paradoxale et pourrait se résumer ainsi : notre système produit beaucoup de soins et peu de santé. Nous sommes capables de générer de l'innovation, de produire du soin en masse et, jusqu'à présent, de prendre en charge l'accès aux traitements et à l'innovation. Mais cette capacité s'épuise et nous nous situons désormais à un tournant majeur, décisif tant pour l'état de santé des citoyens et que pour la soutenabilité des dépenses, toujours plus importantes, que nous consacrons aux soins.

La croissance peu maîtrisée des dépenses de santé ne s'accompagne pas nécessairement d'une amélioration de l'état de santé. La France, qui figurait parmi les pays les mieux classés en termes de taux de mortalité infantile dans les années 1990, se classe désormais vingt-troisième sur les vingt-sept pays de l'Union européenne (UE). L'espérance de vie sans incapacité, qui a progressé d'un an et neuf mois depuis 2008, se tasse depuis 2019 ; elle n'a progressé que d'un mois pour les hommes et de quatre mois pour les femmes. Sur la même période, le montant consacré aux dépenses annuelles de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie a augmenté de quelque 56 milliards d'euros[2]. Actuellement, les pathologies et les traitements chroniques représentent 62 % du total des dépenses d'assurance maladie, soit 126 milliards d'euros[3]. Sans politique de prévention plus volontariste, cette polarisation des dépenses devrait s'accentuer au cours des prochaines années, sous l'effet du vieillissement de la population.

---

[1] *Caisse nationale de l'assurance maladie,* Rapport Charges et produits, Propositions de l'Assurance maladie pour 2026, *juillet 2025.*

[2] *Le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) est passé de 200,4 milliards d'euros en 2019 à 256,9 milliards d'euros en 2024, dont environ 400 millions d'euros liés aux dépenses de gestion de la crise du covid-19.*

[3] Ibid.

Cette situation soulève des interrogations au regard de nos priorités de financement et des arbitrages que notre société consent à faire en faveur ou en défaveur de la santé de certains de nos concitoyens. Les dépenses de santé sont aujourd'hui largement accaparées par la prise en charge des personnes âgées. Préserver la santé des plus jeunes n'exige pas de consentir à d'importantes dépenses de soins, mais cela nécessite d'investir durablement dans la promotion de comportements favorables à la santé et dans la prévention. L'exposition persistante à des facteurs de risque comportementaux et environnementaux est une cause essentielle du développement des maladies chroniques, que nos politiques de santé prennent trop peu en compte. Le président du Comité consultatif national d'éthique (CCNE), Jean-François Delfraissy, constatait ainsi : « *Notre système de santé est fondamentalement porté sur le soin, alors que 80 % de la bonne santé de nos concitoyens relève de déterminants sociétaux, sociaux, culturels, alimentaires et environnementaux. Ce à quoi j'ai consacré ma vie, l'innovation et le* care *ne joue que pour 20 % de notre état de santé. Nous y consacrons pourtant 95 % du budget, contre moins de 5 % à la prévention. Un vrai débat existe sur ce sujet dans toutes les grandes démocraties, particulièrement nuancé en Allemagne, dans les pays du Nord et au Canada.* »[1]

Une large part de ces pathologies dites non transmissibles dépend de l'influence de déterminants sur lesquels nous avons la possibilité d'agir. Le tabac, l'alcool et l'alimentation présentent ainsi des coûts sanitaires et sociaux colossaux, qui pourraient être amoindris par des politiques de prévention plus ambitieuses. L'alcool est par exemple le premier facteur d'apparition du cancer colorectal (47 500 nouveaux cas chaque année), tandis que le tabagisme est lui le principal facteur de risque du cancer du poumon (52 500 nouveaux cas annuels) et de la broncho-pneumopathie obstructive (3,5 millions de personnes concernées). La Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), de façon lucide, relève dans son dernier rapport Charges et produits que « *la mise en œuvre d'un ensemble cohérent et structuré de politiques publiques visant à faire évoluer les comportements liés au tabac, à l'alcool et à l'alimentation pourrait améliorer sensiblement l'état de santé de la population française et freiner, à moyen et long terme, la dynamique de croissance des dépenses de santé* »[2].

Dans ce contexte, pourquoi les autorités politiques semblent-elles tant rechigner à engager le virage de la prévention si souvent promis ? Quelles raisons expliquent-elles cette carence persistante, et finalement coupable au regard de ses conséquences sur l'état de santé de la population française ? Signe-t-elle notre incapacité collective à réformer un système désormais à bout de souffle, ou l'absence de prise de conscience des graves conséquences, tant sanitaires qu'économiques, au-devant desquelles nous allons ?

---

[1] *Audition par la commission des affaires sociales du Sénat du professeur Jean-François Delfraissy, président du Comité consultatif national d'éthique, sur les états généraux de la bioéthique, le 8 avril 2026.*
[2] *Caisse nationale de l'assurance maladie,* Rapport Charges et produits, Propositions de l'Assurance maladie pour 2026*, juillet 2025, p. 36.*

Au cœur de ce débat, la question du « juste soin » mérite d'être soulevée. Le soin juste n'est-il pas celui qui permet de veiller à une équité intergénérationnelle, c'est-à-dire à un équilibre jugé satisfaisant entre les moyens que l'on consacre à la santé des plus jeunes, et ceux que l'on consacre à la santé des plus âgés ? Cette question délicate, qui met en jeu le pacte de solidarité au fondement de notre système de santé, n'est pas au cœur de la réflexion des rapporteurs, mais elle est clairement posée dans le cadre de la préparation des états généraux de la bioéthique. La sobriété dans le soin et l'investissement dans la prévention font en effet partie des thématiques de travail qui seront abordées, alors même que le vieillissement démographique s'accélère et que les inégalités de santé progressent.

Dans sa Constitution entrée en vigueur en 1948, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la prévention comme l'ensemble des mesures « *visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». La prévention est mobilisable à plusieurs stades d'une maladie : avant même son apparition (prévention primaire), après sa manifestation mais à un stade précoce pour en ralentir le développement (prévention secondaire), ou une fois que la pathologie est bien installée pour limiter les complications et les rechutes (prévention tertiaire). La promotion de la santé revêt une portée quelque peu différente et vise prioritairement à rendre les individus et les groupes acteurs de leur propre santé. La charte d'Ottawa la désigne comme « *un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* »[1]. La promotion de la santé relève ainsi d'une approche plus politique, moins centrée sur le seul champ sanitaire, et fait davantage appel à une conception mettant en jeu les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé pour agir sur les inégalités de santé. Les deux concepts se complètent et sont bien souvent mobilisés conjointement, comme ce sera le cas dans le présent rapport, pour se référer à des stratégies d'action qui déclinent la santé dans toutes les politiques publiques, y compris non sanitaires.

Le caractère multidimensionnel de ces deux notions, prévention et promotion de la santé, a nécessité de fixer un périmètre à la présente mission et donc, à définir des exclusions. Ainsi les rapporteurs ont-ils choisi de ne pas traiter, au regard des spécificités des développements qu'elles auraient exigés, de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels, ni la santé environnementale. En revanche, les rapporteurs ont souhaité pouvoir aborder tous les enjeux de santé, aussi nombreux soient-ils, plutôt que de se concentrer sur quelques thématiques.

[1] *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, issue de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, novembre 1986.*

Au terme d'un cycle de plus de trente auditions ayant permis d'entendre près de soixante-dix structures, les rapporteurs formulent **une série de vingt-neuf recommandations relevant de quatre axes** : le cadre conceptuel de la politique de prévention et ses orientations générales ; le modèle de financement de la prévention ; les opérateurs de la prévention et les conditions de leur mobilisation ; l'offre et les dispositifs de prévention. Toutes ont vocation à réorienter notre système de santé vers un modèle plus préventif, pour incarner ce qui devrait être « *la bataille de la décennie* » selon la Cnam et ce qui constitue, à n'en pas douter, un défi structurel majeur pour assurer la pérennité d'un système solidaire.

Le rapport s'attachera dans un premier temps à dresser un bilan de la politique de prévention actuelle, pour constater que l'absence de véritable priorisation politique conduit à des résultats en demi-teinte, malgré les moyens qui lui sont consacrés (I). Il explorera ensuite les moyens de renforcer l'accessibilité de la prévention en santé pour lutter contre les inégalités de santé (II), et proposera enfin de définir les conditions d'une gouvernance rénovée des politiques de prévention pour répondre au double enjeu d'efficience des actions conduites et de soutenabilité des dépenses de santé (III).

I. PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ : DES POLITIQUES DOTÉES DE MOYENS CERTAINS AUX RÉSULTATS EN DEMI-TEINTE, FAUTE DE PRIORISATION

A. UN SYSTÈME DE SANTÉ TRÈS CENTRÉ SUR LE CURATIF, SOURCE D'INÉGALITÉS ET DE DÉVELOPPEMENT DE PATHOLOGIES ÉVITABLES

1. La prévention, une politique de second rang malgré des moyens conséquents mis en œuvre

a) Des indicateurs qui reflètent les carences d'un système de santé insuffisamment tourné vers la prévention…

• Deux grands phénomènes influencent les tendances épidémiologiques à l'œuvre en France : **l'accélération du vieillissement de la population et l'exposition croissante à certains facteurs de risque comportementaux et environnementaux**.

Le phénomène de vieillissement démographique, soutenu par l'augmentation de l'espérance de vie et le recul des naissances, se traduit par une hausse continue des pathologies chroniques qui pèse de plus en plus lourd dans le total des dépenses d'assurance maladie. Au 1er janvier 2026, la population française estimée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) s'établit à 69,1 millions d'habitants, dont 22,2 % sont âgés d'au moins 65 ans, ce qui correspond peu ou prou à la proportion des moins de vingt ans (22,5 %). L'espérance de vie à la naissance s'établit à 85,9 ans pour les femmes et 80,3 ans pour les hommes. Pour la première fois depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, le solde naturel, soit la différence entre les naissances et les décès, est devenu négatif en 2025, soit – 6 000.[1]

Les facteurs de risque comportementaux (tabagisme, consommation d'alcool, sédentarité, habitudes alimentaires) jouent également un rôle majeur dans l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Les facteurs environnementaux (exposition à des agents polluants et chimiques dans l'air, alimentation, produits cosmétiques, *etc.*), qui incluent le lieu de vie, y contribuent également, même si leur impact est moins précisément documenté. Santé publique France estime ainsi que 5 % à 10 % des cancers seraient liés à des facteurs environnementaux. La réduction de l'exposition à ces facteurs de risque constitue donc un levier majeur pour freiner la dynamique épidémiologique à laquelle nous sommes confrontés, et qui n'apparaît pas maîtrisée.

[1] *Insee,* Bilan démographique 2025.

• **La forte progression des pathologies chroniques et des maladies non transmissibles, en particulier des cancers, des maladies cardio-neuro-vasculaires et des pathologies psychiatriques**, résulte de ce double phénomène de vieillissement et d'exposition à divers facteurs de risque.

En 2023, la part des personnes souffrant d'une pathologie chronique s'élevait à 36,9 %, soit près de 25 millions de personnes[1]. Elle devrait atteindre 43 % en 2035 selon la Cnam.

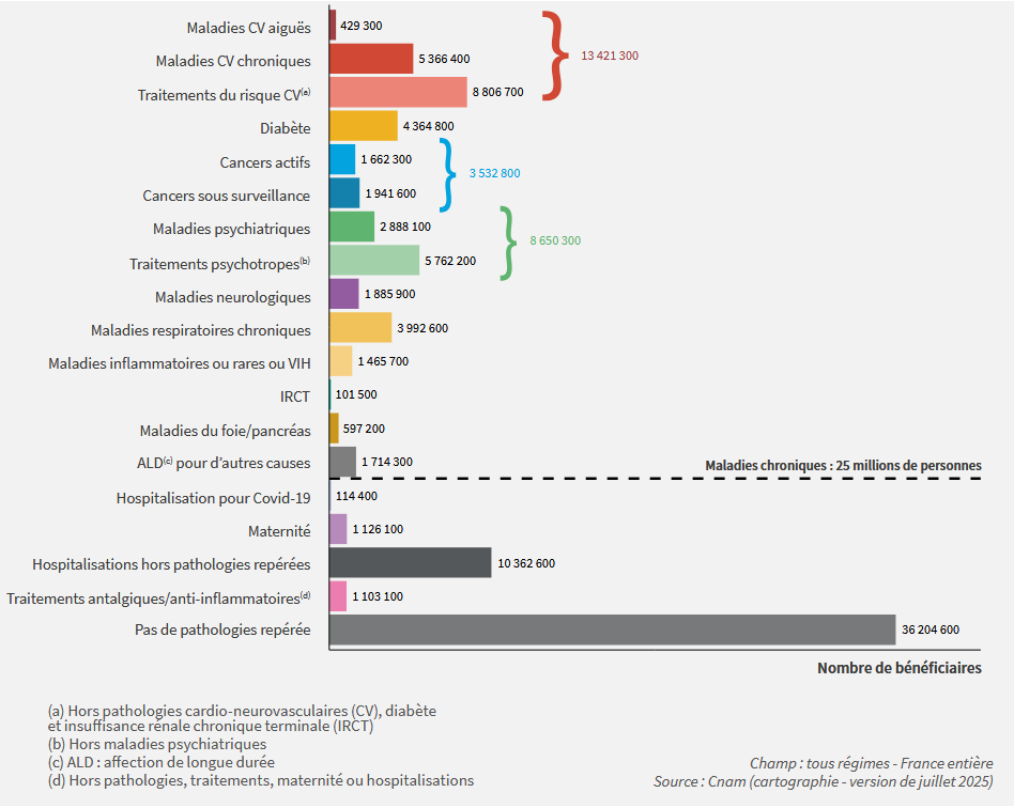
Dans ce contexte, entre 2015 et 2022, les effectifs de personnes prises en charge au titre d'une affection de longue durée[2] ont crû en moyenne de 2,3 % par an[3]. **20 % de la population est aujourd'hui prise en charge au titre d'une ALD soit 14,1 millions de personnes, contre 12 % en 2004. 18 millions de personnes pourraient être concernées d'ici 2035, soit 26 % de la population**. En 2022, les dépenses relatives aux ALD représentaient 65,8 % des dépenses remboursées par l'assurance maladie.

[1] *Cnam, « Les déterminants de la croissance des dépenses de santé de 2015 à 2023 : une analyse médicalisée »,* Point de repère *n° 56, juillet 2025.*

[2] *Pathologies graves ou entraînant un état pathologique invalidant, nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ; 3° et 4° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.*

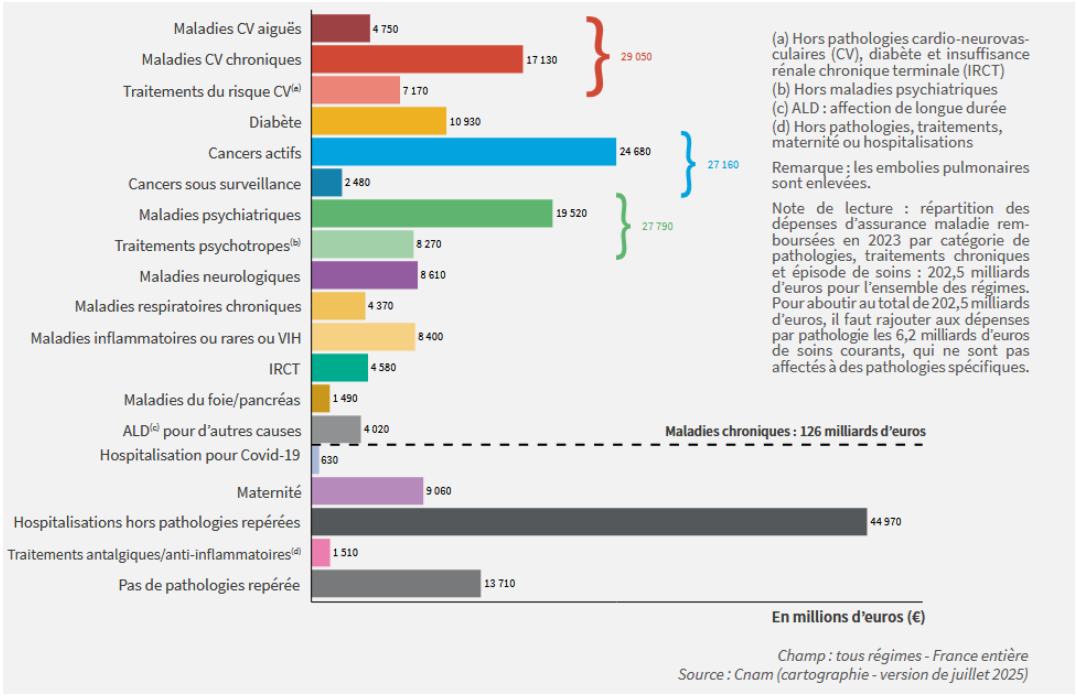
[3] *« Dépenses d'assurance maladie des assurés en affections de longue durée », in* Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – annexe 1 Maladie *annexé au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de 2025.*

Dépenses d'assurance maladie remboursées par catégorie de pathologies, 2023



** En 2023, le montant des dépenses d'assurance maladie remboursées s'élève à 202,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes.*

Nombre de bénéficiaires pris en charge par catégorie de pathologies, 2023



** En 2023, le nombre d'assurés pris en charge par l'assurance maladie s'élève à 67,4 millions de personnes.*

***Source** : Cnam*

• Au-delà de la hausse générale des ALD, des phénomènes plus ciblés, tels que le fort accroissement des patients atteints de diabète ou de cancer, peuvent être analysés. Ces deux pathologies représentaient les premières causes d'admission en ALD en 2022.

Le diabète, troisième cause d'ALD, touche 3,8 millions d'assurés en 2023. Cette affection a connu une croissance de 5,2 % de ses effectifs depuis le début des années 2000[1]. Le facteur génétique est prépondérant dans la manifestation du diabète de type 1. Ce facteur n'est pas négligeable dans l'apparition du diabète de type 2, mais celui-ci est principalement déterminé par des facteurs tenant au mode de vie (manque d'activité physique, sédentarité, alimentation) et par des facteurs métaboliques que sont l'obésité et le surpoids. L'incidence du diabète de type 2 est particulièrement marquée dans certaines régions comme le nord de la France et les outre-mer. Ces facteurs de risque étant bien connus, la hausse de la prévalence du diabète traduit donc un déficit de prévention dès le plus jeune âge. Actuellement, 28 % des patients diabétiques sont diagnostiqués au stade des complications donnant lieu à hospitalisation : le manque de prévention se double donc d'un important déficit de dépistage.

• **Première cause de mortalité évitable, la hausse du nombre de cancers est également un marqueur épidémiologique fort de ces dernières décennies. Le nombre de nouveaux cas de cancers diagnostiqués a ainsi augmenté de 38 % en vingt ans, passant de 314 719 en 2003 à 433 136 en 2023**[2]**.**

L'augmentation de la taille de la population et son vieillissement sont les principaux facteurs explicatifs de cette évolution. Le cancer du sein est le plus fréquent, avec 61 000 nouveaux cas diagnostiqués chez les femmes en 2023, suivi du cancer colorectal (47 000 nouveaux cas en 2023) et du cancer du poumon (52 000 nouveaux cas en 2023)[3]. Dans ce panorama général, une tendance notable et préoccupante tient à l'observation d'une incidence en hausse de certains cancers parmi les populations jeunes[4].

Le premier Plan cancer, lancé en 2003 par le président de la République Jacques Chirac, a été déterminant pour structurer une politique nationale volontariste de prévention, de prise en charge et de recherche. L'Institut national du cancer (INCa), créé en 2004[5], est né de ce plan avec la mission de piloter la stratégie nationale de lutte contre le cancer.

---

[1] *Cour des comptes,* Prévention et prise en charge précoce du diabète*, juillet 2025.*

[2] *INCa,* Panorama des cancers en France*, 2025.*

[3] *Source : Santé publique France.*

[4] *Une étude de Santé publique France publiée en mars 2025 sur l'incidence des cancers chez les 15-39 ans établit une hausse de l'incidence pour six cancers sur la période 2000-2020 : les lymphomes de Hodgkin (+ 1,86 %), les glioblastomes (+ 6,11 %), les liposarcomes (+ 3,68 %), les carcinomes colorectaux (+ 1,43 %), les carcinomes du sein (+ 1,60 %) et les carcinomes du rein (+ 4,51 %).*

[5] *Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.*

L'un des grands dispositifs de prévention mis en œuvre dans le cadre de cette stratégie est celui des **dépistages organisés des cancers, mis en œuvre depuis 2004 pour le cancer du sein, depuis 2008 pour le cancer colorectal et depuis 2018 pour le cancer du col de l'utérus**. Selon les chiffres transmis par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) aux rapporteurs, les taux de participation aux dépistages organisés s'établissaient à :

- **59,5 % pour le cancer du col de l'utérus** en 2022 – 58,2 % sur 2017-2019 ;

- **47,7 % pour le cancer du sein** la même année – 52,1 % en 2009-2010– auxquels s'ajoutent 10 % à 15 % de dépistages individuels chez les femmes âgées de 50 à 74 ans ;

- **35,3 % pour le cancer colorectal** en 2023 – et 34 % en 2009-2010.

Ces taux de participation sont très en deçà des recommandations du Conseil européen du 2 décembre 2003 relatives au dépistage du cancer, fixées à 80 % pour le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, 70 % pour celui du cancer du sein et 45 % pour le cancer colorectal. **Ils sont en outre, de façon regrettable, stables dans le temps, témoignant d'une incapacité à améliorer la participation des usagers au dispositif**.

Les performances de la France en la matière peuvent donc être jugées globalement médiocres. L'amélioration du taux de survie témoigne certes des importants progrès thérapeutiques accomplis en cancérologie ces dernières années, mais les retards de prise en charge des cancers réduisent significativement l'espérance de vie du patient. Une méta-analyse a par exemple conclu à ce qu'**un retard de prise en charge d'un mois augmente le risque de décès d'environ 10 % selon le type de cancer et le type de traitement** (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie)[1].

L'expérimentation en cours d'un dépistage organisé du cancer du poumon

La stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030 prévoit la mise en place d'un dépistage généralisé du cancer du poumon. Le cancer du poumon appartient en effet aux cancers dits de mauvais pronostic, car son évolution silencieuse conduit à des diagnostics souvent tardifs, avec **une extension métastatique dans 40 % à 55 % des cas et un taux de survie nette standardisée à 5 ans de 20 %**[2]. Le cancer du poumon représente la **première cause de mortalité par cancer en France** avec 30 896 décès en 2022. Il est le deuxième cancer le plus fréquent chez les hommes et le troisième au global.

[1] *Hanna T P, King W D, Thibodeau S, Jalink M, Paulin G A, Harvey-Jones E et al.,* Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis, *BMJ 2020.*

[2] *HAS, Dépistage du cancer broncho-pulmonaire par scanner thoracique faible dose sans injection : actualisation de l'avis de 2016, février 2022.*

En 2022, la Haute Autorité de santé a considéré que les données scientifiques disponibles ne permettaient pas d'établir de façon suffisamment robuste l'opportunité ni les conditions de mise en œuvre d'un dépistage organisé du cancer du poumon. Elle recommandait donc de déployer une expérimentation en vie réelle pour disposer de ces données.

En réponse à cette recommandation, le programme de recherche IMPULSION, annoncé par l'INCa en 2025, a été initié au printemps 2026 grâce à de premières inclusions. Il devrait inclure 20 000 patients sur une période de 18 à 24 mois et permettra de proposer aux fumeurs et ex-fumeurs âgés de 50 à 74 ans la réalisation de scanners thoraciques, ainsi qu'un accompagnement au sevrage tabagique. Dans un premier temps déployé à titre expérimental dans cinq régions pilotes (Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Île-de-France, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur), il pourrait être étendu à l'ensemble du territoire national d'ici la fin d'année 2026 et prendre la forme d'un nouveau programme de dépistage organisé d'ici à 2023.

Dans 73 % des cas, le cancer du poumon est détecté à un stade avancé, ce qui restreint considérablement les chances de guérison. Les études montrent qu'**un dépistage par scanner pourrait réduire d'environ 20 à 25 % la mortalité liée à ce cancer**.

Alors que 40 % des cancers sont considérés comme évitables, la prévention reste la meilleure stratégie thérapeutique possible. Elle passe à la fois par l'adoption de modes de vie plus favorables à la santé, et par une participation renforcée aux dépistages organisés pour améliorer les chances de survie. Le classement des principaux facteurs de risque, établi par l'INCa en fonction de la proportion de cancers liée à chacun de ces facteurs, indique par ordre d'importance[1] : **le tabac (responsable de 20 % des cancers)**, l'alcool (8 %), l'alimentation déséquilibrée (5,4 %) et le surpoids (5,4 %). À cet égard, il convient de souligner que la politique de lutte contre le tabagisme conduite depuis les années 1990 en France s'est traduite par certaines avancées notoires, en particulier le recul du tabagisme quotidien chez les jeunes. La prévalence du tabagisme reste néanmoins élevée – à 25 % – et marquée par d'importantes inégalités socioéconomiques (*cf. infra*).

• **En matière de prévention, il est un autre domaine dans lequel la France s'est attachée à conduire une politique structurée depuis plusieurs années : la vaccination.** Cette dynamique s'est notamment illustrée dans l'extension des compétences vaccinales des professionnels de santé et répond à une stratégie de diversification de l'offre vaccinale[2].

[1] *INCa,* Panorama des cancers en France*, 2025.*
[2] *Stratégie vaccination et immunisation 2025-2030.*

Cette politique s'est d'abord concrétisée en 2018 avec une mesure forte : l'augmentation du nombre de vaccinations obligatoires des nourrissons de trois à onze[1]. Le taux de couverture vaccinale des nourrissons contre certaines maladies a corrélativement augmenté : pour la rougeole, il est passé de 83,4 % en 2016 à 92,8 % en 2023.

En parallèle, le ministère de la santé a déployé ces dernières années de nouvelles initiatives, en particulier avec les campagnes de vaccination au collège contre les papillomavirus humains (HPV) depuis l'automne 2023. Ces virus sont à l'origine de 6 300 nouveaux cas de cancers chaque année, dont 3 000 cancers du col de l'utérus. Cette mesure, soutenue par le Sénat lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2025, connaît une lente montée en charge (*cf. infra*). Les taux de couverture vaccinale chez les collégiens[2] restent toutefois bien inférieurs à ceux de certains pays ayant déployé des stratégies similaires, tels que la Suède, le Royaume-Uni et l'Australie, dont les taux de couverture vaccinale chez les adolescents avoisinent les 80 %[3].

Par ailleurs, après le constat d'une hausse sans précédent du nombre de cas d'infections invasives à méningocoque en 2024 et 2025[4], le ministère de la santé a décidé d'**instaurer de nouvelles obligations vaccinales dans le cadre de la LFSS pour 2025[5],** en étendant la vaccination des enfants **à toutes les infections à méningocoques de types ACWY et B**. Ces infections, en particulier les méningites et les septicémies à méningocoques, touchent en effet plus particulièrement les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Elles peuvent laisser des séquelles importantes, voire être mortelles. Cette mesure vaccinale a permis de répondre à une recommandation de la HAS, qui préconisait un schéma vaccinal à une dose pour les adolescents de 11 à 14 ans. Compte tenu des tranches d'âge ciblées, le ministère de la santé a décidé d'organiser et de financer une campagne de vaccination dès l'année scolaire 2025-2026 en la couplant avec la vaccination des collégiens contre les HPV. La commission avait salué une mesure permettant « *de donner davantage de visibilité au dispositif pour assurer la progression de la couverture [vaccinale]* »[6].

---

[1] *Article L. 3111-2 du code de la santé publique.*

[2] *La vaccination est proposée aux collégiens des classes de cinquième. Lors de la campagne 2024-2025, étaient essentiellement visés les enfants nés en 2012, et en 2025-2026, ceux nés en 2013.*

[3] *Des études menées en Suède, en Angleterre et au Danemark ont démontré que la vaccination des adolescentes permet d'éviter 9 cancers du col de l'utérus sur 10.*

[4] *616 cas déclarés en 2024, contre une moyenne de 500 cas les années précédentes.*

[5] *Article 65 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.*

[6] *Sénat, rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.*

Plus largement, afin d'améliorer l'accessibilité de l'offre vaccinale pour tous les Français sur le territoire, plusieurs textes législatifs et réglementaires sont venus consolider les compétences des professionnels de santé en matière de vaccination. Notamment, le décret n° 2023-736 du 8 août 2023 a étendu aux pharmaciens et aux infirmiers, sous réserve de formation préalable, la possibilité de prescrire et d'administrer des vaccins aux personnes âgées de 11 ans et plus.

Ces avancées, réelles, méritent d'être saluées même si l'adhésion à la vaccination reste très perfectible, notamment parmi les professionnels de santé. Les débats menés à l'occasion de l'examen du projet de LFSS pour 2026 ont remis en lumière cette situation peu intuitive : seuls 22 % des professionnels exerçant dans les Ehpad étaient vaccinés contre la grippe lors de l'épidémie 2023-2024, et 19 % seulement dans les établissements de santé. La réactivation de l'obligation de vaccination contre la grippe de ces professionnels, suspendue par décret depuis 2006[1], est aujourd'hui rediscutée, alors que l'épidémie de l'hiver 2024-2025 a engendré 30 000 hospitalisations et une surmortalité évaluée à 17 000 décès[2]. La LFSS pour 2026 a finalement prévu, sous couvert d'un avis favorable de la HAS, une extension de l'obligation de vaccination contre la grippe aux professionnels libéraux ainsi que l'instauration d'une obligation de vaccination pour les résidents des Ehpad[3]. La réactivation de l'obligation s'appliquant aux professionnels exerçant dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux ne nécessite quant à elle qu'un acte du pouvoir réglementaire.

• **Une brève présentation de la situation épidémiologique française ne peut faire l'impasse sur les maladies cardio-neuro-vasculaires au regard de leur impact majeur.**

Les maladies cardio-neuro-vasculaires représentent en effet la deuxième cause de mortalité après les cancers. Ces pathologies sont responsables de 20 % de la mortalité évitable en population adulte. Elles engendrent chaque année 140 000 décès et plus d'un million d'hospitalisations[4]. Dans cet ensemble, deux pathologies se distinguent : les cardiopathies ischémiques et l'insuffisance cardiaque, qui touchent respectivement 3 millions et 1,5 million de personnes. **Dans les années à venir, la prévalence de l'insuffisance cardiaque devrait augmenter de 25 % tous les quatre ans.**

Pourtant, aucune feuille de route gouvernementale ne définit jusqu'à présent de plan de lutte structuré contre ces maladies. Cette situation a conduit le Parlement à s'autosaisir d'une proposition de loi visant à accélérer la prévention cardio-neuro-vasculaire et à anticiper un risque sanitaire et social majeur, pour que soit rapidement formalisée une stratégie nationale de lutte

---

[1] *Décret n° 2006-1260 du 14 octobre 2006 qui suspend l'obligation vaccinale contre la grippe prévue à l'article L. 3111-4 pour les personnels des établissements de santé et médico-sociaux.*

[2] *L'excès de mortalité de la grippe est évalué entre 9 000 et 10 000 décès annuels en moyenne.*

[3] *Article 55 de la loi n° 2025-1403 du 30décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.*

[4] *Santé publique France,* Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, mars 2025.*

contre ces maladies[1]. Les travaux conduits à cette occasion ont en effet mis en lumière le déficit abyssal de prévention à l'égard des maladies cardio-neuro-vasculaires, largement dépendantes de facteurs de risque comportementaux (tabac, sédentarité, alcool…) et métaboliques (hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie). Le risque cardio-neuro-vasculaire demeure peu appréhendé par les professionnels de santé et les Français eux-mêmes. Ainsi, 45 % des hypertendus méconnaissent leur risque, 43 % des personnes souffrant d'hypercholestérolémie l'ignorent et 25 % des personnes diabétiques ne sont pas détectées. Ce bilan traduit un défaut de repérage précoce, qui engendre des retards de prise en charge et des complications qui auraient pu être évitées.

Dans ce contexte, les rapporteurs déplorent que certains dispositifs préventifs enregistrent une faible adhésion de la population, à l'instar des rendez-vous de prévention (« Mon bilan prévention »), d'abord déployés à titre expérimental, puis généralisés à l'ensemble du territoire par la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024. En 2024, 60 882 bilans de prévention ont été facturés pour un montant total de 1 826 460 euros[2]. Ces données traduisent le maigre impact d'un dispositif censé concerner 21 millions d'assurés et pour lequel le Gouvernement visait un taux de recours de 10 %, pour un coût de mise en œuvre de 9,5 millions d'euros[3].

• Enfin, dans le champ de **la santé périnatale**, la France enregistre des résultats pour le moins insatisfaisants et connaît même une dégradation de certains indicateurs. La mortalité néonatale[4] est ainsi à la hausse depuis 2012 et atteint désormais 2,7‰. Au final, **notre pays se classe vingt-troisième dans un classement de trente-quatre pays européens** ce qui, comptablement, revient à évaluer que « ***si le taux de mortalité néonatale français avait été identique à celui des meilleurs pays européens, près de 40 % des décès enregistrés en France entre 2015 et 2017 auraient pu être évités, ce qui représente 2 079 enfants*** »[5].

• Ces constats traduisent finalement **l'insuffisant impact des actions de prévention menées en France, qui prennent trop souvent la forme de mesures ciblées et fragmentées, à défaut d'une stratégie d'action transversale, intégrée et coordonnée à l'échelle nationale**. Si la France a brièvement été dotée d'un ministère de la Santé et de la Prévention entre 2022 et 2024, à la suite notamment de la pandémie de covid-19, force est de constater que cette appellation, rapidement abandonnée, n'a pas suffi à porter la prévention au rang de véritable priorité de santé publique.

---

[1] *Proposition de loi de M. Yannick Neuder, député, adoptée le 8 avril 2026 à l'Assemblée nationale et le 9 juin 2026 au Sénat.*

[2] *Réponse de la DSS au questionnaire des rapporteurs.*

[3] *Étude d'impact du Gouvernement pour la LFSS pour 2024.*

[4] *Décès au cours des 28 premiers jours de vie d'enfants nés vivants et viables.*

[5] *Cour des comptes,* La politique de périnatalité, Des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier, *mai 2024.*

La lutte par le narcotrafic passe aussi par une politique de prévention ambitieuse : l'enjeu d'un acte 2 qui reste à concrétiser

Il y a un an, le Sénat portait le rapport puis la loi relative à « l'impact du narcotrafic en France et les mesures à prendre pour y remédier ». Dans son titre IX le rapport Durain/Blanc[1] signalait : « *la commission d'enquête a eu un aperçu des failles béantes dans l'action des pouvoirs publics en amont de la lutte, c'est-à-dire dans la prévention* », les corapporteurs rappelant que « *cette dernière question mérite un travail parlementaire à part entière* ». Ce constat avait déjà été souligné par la cheffe de l'Office anti-stupéfiants (Ofast) en ces termes : « *la lutte contre le narcotrafic doit s'inscrire dans un cadre bien plus large, en intégrant les dimensions de la santé publique et de la prévention* ».

Au niveau européen, le Groupe Pompidou (plateforme de coopération du Conseil de l'Europe en matière de politique des drogues) préconise de mener à l'échelle du Conseil de l'Europe une approche pluridimensionnelle de la problématique du trafic de stupéfiants, nécessaire pour lutter efficacement contre son développement en reliant la recherche, la politique et la pratique et en se concentrant sur la prévention, la réduction des risques, le traitement des addictions et le volet « forces de l'ordre ». Le Forum européen et français de sécurité urbaine, en 2020, préconisait « *de mieux articuler les politiques de santé et de sécurité et se disent prêts à développer des expérimentations dans leurs territoires* ».

Si le narcotrafic et le narcobanditisme trouvent leur source et leurs leviers de progression dans la vente, donc dans la consommation, la réponse ne saurait se limiter à la pénalisation du consommateur.

Le ministère de l'intérieur détient le monopole de la parole et de l'action en matière de drogue, le ministère de la santé est en ce domaine l'autre « grande muette » de notre paysage institutionnel, ce que rappelait également l'Ofast : « *le ministère de l'intérieur et des outre-mer ne peut pas être le seul acteur en matière de lutte contre les trafics de stupéfiants* ». Aussi, les logiques judicaires et médico-sociales en la matière ne doivent pas s'opposer mais se compléter.

Des rapports et recommandations parlementaires existent sur le sujet des stupéfiants, énonçant l'enjeu préventif. À titre d'exemple un rapport de 2025 de l'Assemblée nationale[2] comporte une recommandation n° 15 : « *Construire une politique de prévention de l'usage des stupéfiants ambitieuse / Renforcer la politique de prévention de l'usage des produits stupéfiants en développant les mesures de réduction des risques et des dommages et en favorisant la prise en charge sanitaire du consommateur* ».

Mais dans le même temps, le cadre normatif existant semble insuffisamment appliqué et reste à compléter.

[1] *Sénat, rapport de la commission d'enquête sur l'impact du narcotrafic en France et les mesures à prendre pour y remédier, mai 2024.*

[2] *Assemblée nationale, rapport de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, visant à évaluer l'efficacité de la politique de lutte contre les trafics de stupéfiants, février 2025.*

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé comportait des avancées conséquentes en matière de sécurisation des dispositifs de réduction des risques liés aux usages de drogues. Mais elle n'a pas été suivie d'une action publique à la hauteur : chaque ARS est aujourd'hui libre de financer ou non des dispositifs de prévention aboutissant à des inégalités d'accès selon les territoires.

On constate aujourd'hui une difficile institutionnalisation et mise en pratique de l'approche préventive dont la légitimité est sans cesse remise en cause.

Il existe par ailleurs une asymétrie entre le coût humain et social des drogues et les moyens dédiés. Au-delà des enjeux sanitaires, la consommation de drogues représente un coût social estimé par l'OFDT en 2019 à 7,7 milliards d'euros.

Les actions de prévention de l'usage de drogues et de réduction des risques sont insuffisantes : ponctuelles, sectorielles, financées par à-coup, ces actions ne s'inscrivent pas dans une véritable politique de prévention de la consommation de stupéfiants de long terme. Elles sont financées par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), dont le budget est inférieur à 20 millions d'euros, ce qui interdit un passage à l'échelle sur l'ensemble du territoire.

L'acte 2 de la loi narcotrafic et son volet préventif ambitieux doivent permettre de pousser à la structuration et à la pérennisation de mesures de prévention, de réduction des risques et de communication, tout en répondant aux enjeux de préservation des mineurs, de protection *ad hoc* pour les personnes approchées et menacées par les organisations criminelles, pour les repentis, pour la protection des familles de victimes.

b) … malgré des moyens conséquents mis à disposition des politiques de promotion de la santé et de prévention

Les dépenses de prévention sont difficiles à appréhender, compte tenu tant de l'hétérogénéité de ses financeurs que de la nature hybride des actes qu'elle recouvre. À ce jour, il n'existe pas d'indicateur unique permettant de retracer l'intégralité de la dépense de prévention en France.

• Les actions de prévention sont en effet réparties en trois catégories que sont :

- la **prévention primaire**, qui a pour objectif de diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et de prévenir l'apparition de nouveaux cas grâce à des actions d'information, d'éducation à la santé, de prévention des facteurs de risque comportementaux ou environnementaux et grâce à la vaccination ;

- la **prévention secondaire**, qui vise à intervenir à un stade précoce de la maladie pour la ralentir ou empêcher une évolution défavorable lorsque son apparition n'a pas pu être évitée par la prévention primaire ; elle inclut en particulier les actions de dépistage ;

- la **prévention tertiaire**, qui a pour objet de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives, d'en prévenir la rechute et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie ; elle intègre des approches plus individualisées impliquant le patient, telles que **l'éducation thérapeutique**.

L'ensemble de ces actions se concrétise par des dépenses de prévention qui sont analysées dans un agrégat regroupant les dépenses dites de prévention institutionnelle, tandis que d'autres, relevant de la prévention dite non institutionnelle, sont évaluées dans un second agrégat.

Les dépenses de prévention institutionnelle sont principalement prises en charge par l'assurance maladie (à hauteur de 43 % en 2024). Viennent ensuite l'État et les collectivités territoriales (27 %), les entreprises privées (26 %) puis, subsidiairement, les organismes de protection complémentaires. Ces dépenses mettent en œuvre des dispositifs de prévention collective tels que des programmes d'information et d'éducation à la santé, ainsi que des actions de prévention individuelle telles que des programmes de vaccination et de détection précoce des maladies. **En 2024, les dépenses de prévention institutionnelle se sont élevées à 8,7 milliards d'euros et à 8,3 milliards d'euros hors dépenses liées à la lutte contre le covid-19. Le montant des dépenses de prévention institutionnelle correspond à 2,6 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi).**

L'agrégat des **dépenses de prévention non institutionnelle** regroupe quant à lui tous les actes de prévention réalisés par les ménages à titre individuel et retracés au sein de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui s'élève à 254,8 milliards d'euros en 2024. Ces actes de prévention sont financés par l'assurance maladie, les ménages et les organismes complémentaires. Ils constituent en réalité la part la plus importante des dépenses de prévention. La Drees, qui a effectué un travail d'isolement des dépenses relevant de prévention non institutionnelle au sein de la CSBM, a ainsi estimé en 2018[1] **leur montant total à 9,1 milliards d'euros** se répartissant entre des dépenses de médicaments à visée préventive (42 %), des dépenses de consultations, de visites et d'actes réalisés par des médecins (27 %), des analyses de biologie (15 %), des soins réalisés par les dentistes (9 %), des soins réalisés à l'hôpital (5 %) et des dispositifs médicaux (2 %)[2]. Si l'on applique à ces dépenses la même progression que celle enregistrée par les dépenses de prévention institutionnelle (+ 45,6 % hors dépenses liées au covid-19 entre 2016 et 2024), on peut estimer qu'elles s'élevaient à **13,25 milliards d'euros** en 2024.

Au total, le cumul des dépenses institutionnelles et non institutionnelles de prévention s'élèverait à 22 milliards d'euros en 2024.

[1] *Estimation réalisée en 2018 sur la base de données datant de 2016.*

[2] *Il n'y a pas eu d'évaluation plus récente des dépenses de prévention non institutionnelle en France.*

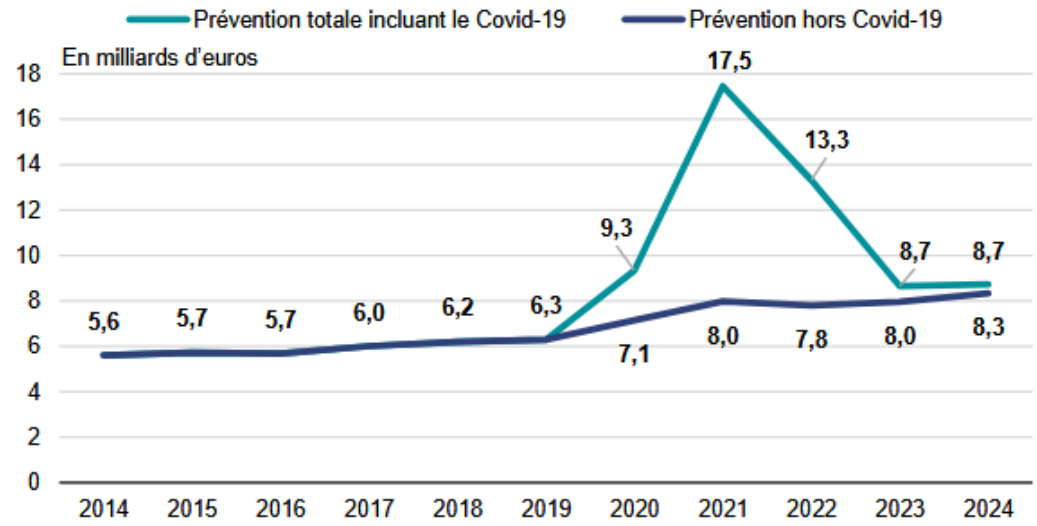
• **Les dépenses de prévention institutionnelle évoluent à la hausse depuis 2014. Elles ont d'abord connu une augmentation modérée (+ 1,2 % par an en moyenne entre 2014 et 2019), avant de croître très fortement à partir de 2019 en raison de l'épidémie de covid-19**.

Entre 2019 et 2021, leur montant total a été multiplié par 2,8, pour atteindre 17,5 milliards d'euros. Ces dépenses, générées par la lutte contre le covid-19, ont notamment permis de financer des tests de dépistage, des campagnes de vaccination et le développement des applications numériques de traçage des contacts et de centralisation des résultats des tests de dépistage. Ces dépenses ont ensuite fortement décru concomitamment au reflux progressif de l'épidémie et leur montant total a été divisé par deux entre 2021 et 2023.

Les dépenses relatives aux mesures de prévention hors covid-19 ont connu une progression de 31,7 % entre 2019 et 2024, pour atteindre 8,3 milliards d'euros. Parmi les points notables, il convient de relever que les dépenses consacrées à la protection maternelle et infantile (PMI) augmentent de 8,7 % entre 2023 et 2024, et celles relatives à la prévention au travail de 4,2 %.

En 2024, les dépenses liées au covid-19 ne présentent plus qu'un caractère résiduel. Elles s'élevaient à 400 millions d'euros.

Évolution du montant des dépenses annuelles de prévention depuis 2014



Note > Les dépenses de prévention liées au Covid-19 recouvrent les tests de dépistage et la vaccination contre le Covid-19.

Source *: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques,* Les dépenses de santé en 2024, *2025*

• Une analyse affinée des différents postes de dépenses de prévention entre 2014 et 2024 indique une augmentation des dépenses consacrées :

- aux programmes d'information, d'éducation et de conseil (+ 42,6 % soit 393 millions d'euros), et notamment à la lutte contre les addictions et à la médecine scolaire[1] ;

- aux programmes d'immunisation qui incluent les vaccinations hors covid et covid (+ 52,6 % pour les vaccinations hors covid soit 423 millions d'euros) ;

- aux programmes de surveillance de l'état de santé qui incluent notamment la prévention au travail et la PMI (+ 46,3 % soit 1 493 millions d'euros).

Évolution des dépenses de prévention par programme entre 2014 et 2024

En millions d'euros

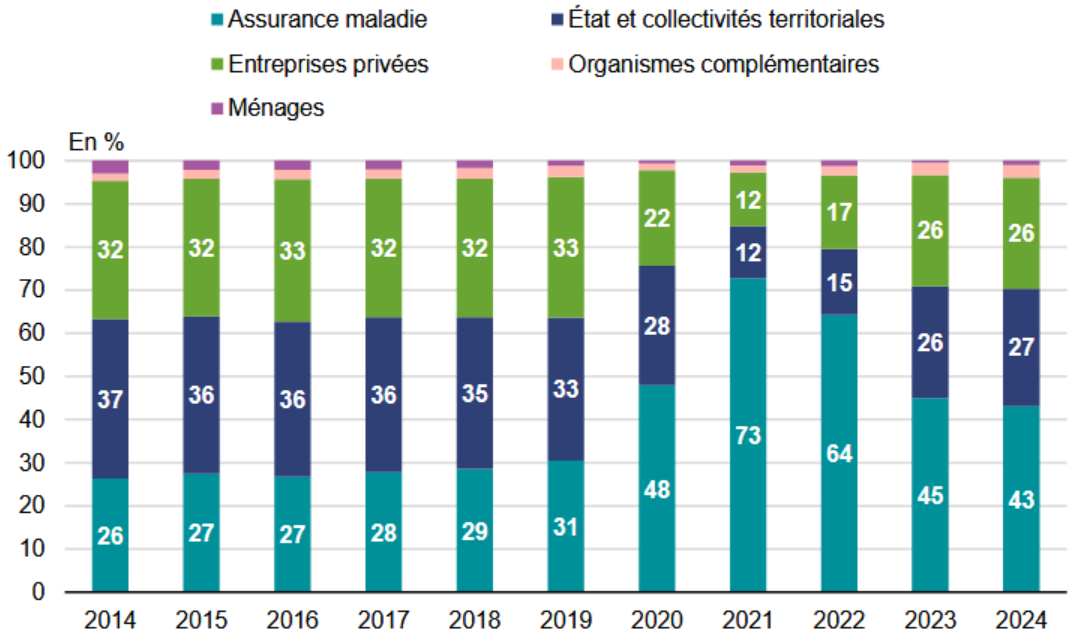
	2014	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2024 (en %)
Programmes d'information, d'éducation et de conseil	**922**	**1 038**	**1 104**	**1 164**	**1 254**	**1 315**	**4,9**
Lutte contre les addictions	73	77	83	100	117	120	1,9
Médecine scolaire	531	552	594	596	650	669	3,0
Autres dépenses	318	409	427	468	487	527	8,2
Programmes d'immunisation	**803**	**866**	**4 274**	**2 323**	**1 529**	**1 494**	**-2,3**
Vaccination Covid-19	0	0	3 273	1 381	351	268	-23,7
Vaccination hors Covid-19	803	866	1 001	942	1 178	1 226	4,1
Programmes de détection précoce des maladies	**296**	**2 587**	**7 029**	**4 889**	**864**	**608**	**-29,7**
Dépistage d'autres pathologies	197	260	675	591	344	342	-0,6
Dépistage des tumeurs	100	135	150	148	170	142	-16,2
Dépistage du Covid-19	0	2 192	6 204	4 150	350	123	-64,9
Programmes de surveillance de l'état de santé	**3 226**	**3 738**	**4 305**	**4 394**	**4 472**	**4 719**	**5,5**
Prévention au travail	2 096	2 424	2 562	2 633	2 567	2 676	4,2
Protection maternelle et infantile (PMI)	816	878	832	846	922	1 003	8,7
Autres dépenses	314	435	911	915	982	1 041	6,0
Programmes de surveillance épidémiologique et de contrôle des risques et des maladies	**314**	**241**	**257**	**298**	**318**	**331**	**4,2**
Préparation aux programmes d'intervention en cas de catastrophe et d'urgence	**50**	**868**	**487**	**262**	**221**	**263**	**19,2**
Ensemble de la prévention	**5 611**	**9 339**	**17 455**	**13 330**	**8 657**	**8 731**	**0,9**

Source > DREES, comptes de la santé.

Source : *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques,* Les dépenses de santé en 2024, *2025*

[1] *74 % des dépenses des programmes d'information, d'éducation et de conseil sont financées par l'État et les collectivités locales.*

Répartition des dépenses de prévention par financeur, 2014-2024



Source *: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques,* Les dépenses de santé en 2024, *édition 2025*

Selon une analyse de l'OCDE citée par la Cour des comptes[1], la part consacrée aux dépenses de prévention en France reste stable depuis 2011, autour de 0,26 % du PIB. Il est toutefois difficile de comparer les dépenses consacrées à la prévention en France avec celles des autres pays compte tenu de l'absence d'indicateur commun et du fait de l'exclusion de l'agrégat de mesure de la prévention institutionnelle d'une part essentielle des actes de prévention.

Selon l'analyse de la Cour des comptes, l'addition des dépenses de prévention institutionnelle et non institutionnelle rapprocherait la part du PIB consacrée à la prévention en France, alors estimée à 0,63 %, de celle qui y est affectée au Royaume-Uni, en Allemagne et aux États-Unis.

- **Les rapporteurs s'étonnent de l'absence d'agrégat unique permettant de retracer de façon précise l'ensemble des dépenses de prévention en France. Elles jugent indispensable de disposer d'une analyse consolidée et régulière de ces dépenses et recommandent de procéder à une actualisation de l'évaluation des dépenses de prévention non institutionnelle sur la base des données 2025 et de créer un indicateur de suivi de la dépense globale de prévention.**

[1] *Cour des comptes,* La politique de prévention en santé, *communication au comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale, novembre 2021, p. 47.*

Recommandation n° 9 : (a) Mettre en place un indicateur de suivi de la dépense globale de prévention et assurer un suivi annuel associant l'État, l'assurance maladie obligatoire, les complémentaires santé et les collectivités territoriales.

2. L'insuffisante priorisation de la prévention : un facteur d'accentuation des inégalités de santé et de progression des maladies non transmissibles

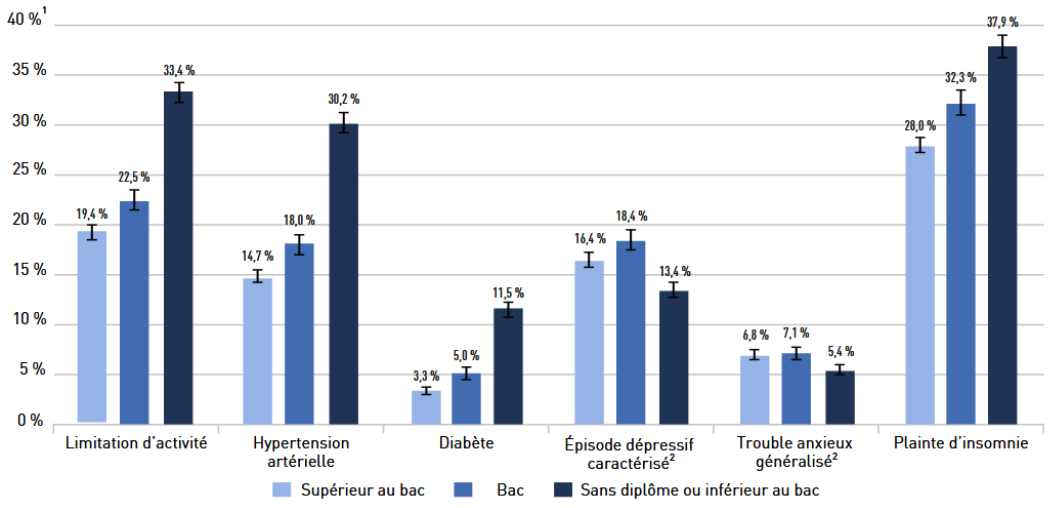
a) Un facteur d'accentuation des inégalités de santé

(1) Un reflet des inégalités socioéconomiques

• La santé individuelle est fortement influencée par des déterminants sociaux, que l'OMS définit comme « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place contre la maladie.* » Ces déterminants incluent un ensemble de facteurs sociaux, économiques, culturels, environnementaux et politiques, qui déterminent les conditions de vie des individus.

Santé publique France rappelle que **tous les indicateurs de santé générale, qu'ils concernent la santé physique ou la santé mentale, sont marqués par un gradient socioéconomique**. Quel que soit l'indicateur examiné, **les personnes les plus favorisées – au regard du niveau de diplôme ou de revenu – sont toujours celles qui déclarent un meilleur état de santé**.

Prévalences de différents indicateurs de santé physique et mentale déclarés parmi les adultes de 18 à 79 ans, selon le niveau de diplôme



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.
2. Au cours des douze derniers mois.
Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

Source *: Santé publique France*

La Cour des comptes, dans un rapport consacré à la politique de prévention en santé (novembre 2021), souligne que les inégalités économiques, sociales et même territoriales renforcent la vulnérabilité de certaines catégories de la population aux pathologies chroniques **en raison de leur exposition relativement plus importante à trois facteurs de risque majeurs que sont le tabac, la consommation d'alcool et l'obésité**. Ces facteurs jouent en effet un rôle déterminant dans la prévalence des cancers, du diabète et des maladies cardio-neuro-vasculaires.

• Ces inégalités sont très marquées en matière de tabagisme[1].

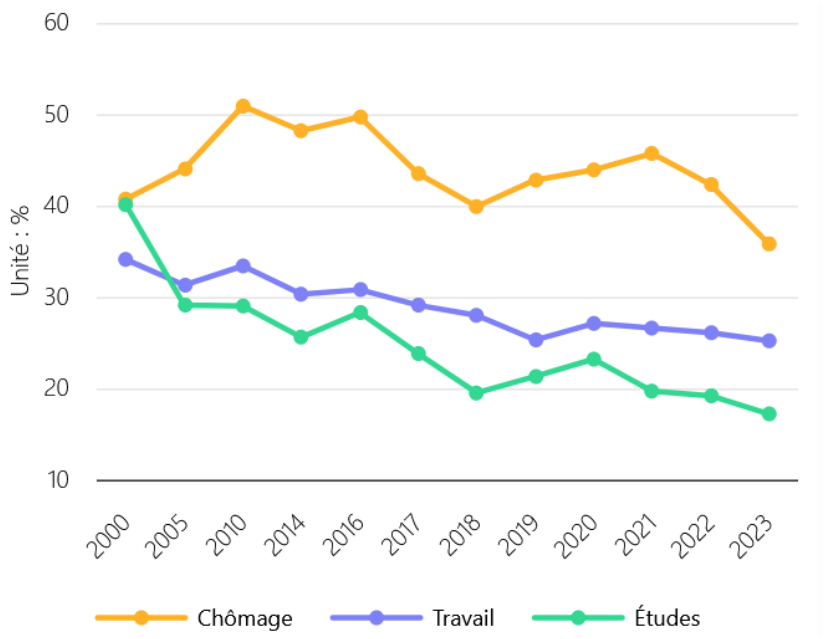
Santé publique France indique que le tabagisme quotidien est nettement moins répandu parmi les cadres et les professions intellectuelles supérieures (11,8 %) que parmi les ouvriers (25,1 %) ou les employés (18,5 %). En détail, entre 2000 et 2020, le taux de fumeurs quotidiens a baissé d'une dizaine de points chez les personnes titulaires du baccalauréat ou d'un diplôme de l'enseignement supérieur[2], mais est globalement demeuré stable chez les personnes non diplômées ou titulaires d'un diplôme inférieur au baccalauréat (28,6 % de fumeurs quotidiens en 2023).

Cette tendance se confirme en analysant la prévalence du tabagisme selon le niveau de revenus. Si l'on divise la population des 18-75 ans en trois niveaux de revenus, le tiers ayant les revenus les plus élevés comptait 28,3 % de fumeurs quotidiens en 2000, tandis que les deux tiers ayant des revenus intermédiaires et les revenus les plus faibles en comptabilisaient chacun 31 %. Les deux tiers disposant des revenus les plus élevés et des revenus intermédiaires ont vu leur proportion de fumeurs quotidiens baisser régulièrement sur 20 ans, pour atteindre respectivement 17,3 % et 23 % en 2023. En revanche, le tiers disposant des revenus les plus faibles a vu son taux de fumeurs quotidiens augmenter jusqu'à 38,8 % en 2016, pour régresser ensuite et se stabiliser autour de 30 %.

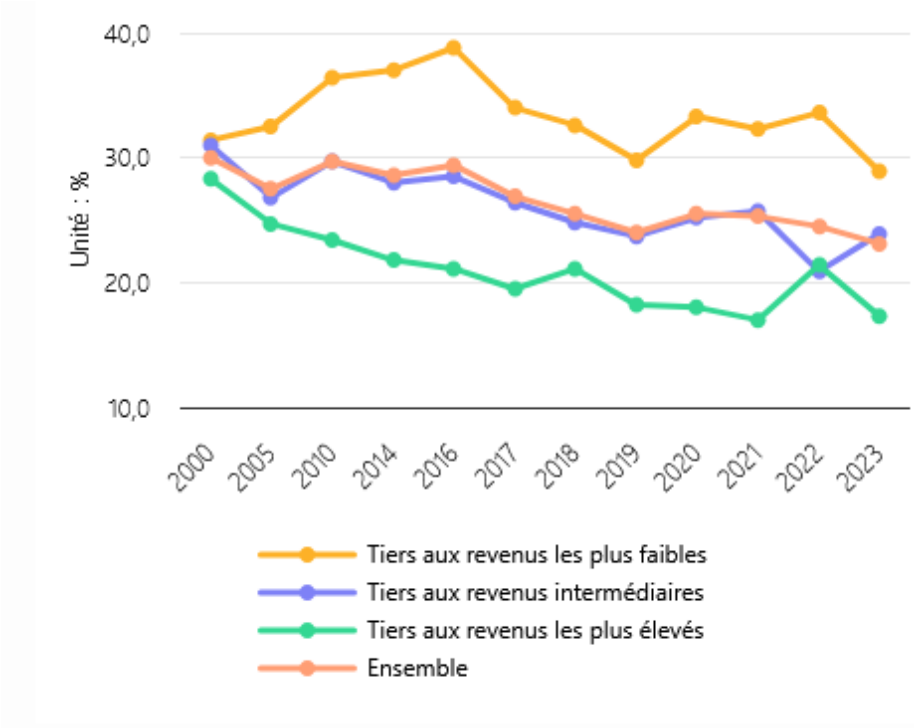
[1] *Observatoire des inégalités,* Tabac : un marqueur social*, 23 septembre 2025.*

[2] *Les titulaires du baccalauréat étaient 34,2 % à fumer quotidiennement en 2000 contre 22,8 % en 2023, et les titulaires d'un diplôme supérieur, 28,9 % en 2000 contre 16,6 % en 2023.*

Taux de fumeurs quotidiens selon la situation professionnelle, 2000-2023



Taux de fumeurs quotidiens selon le niveau de revenu, 2000-2023



***Source** : Observatoire des inégalités (d'après des données de Santé publique France),* Tabac : un marqueur social, *septembre 2025*

Ces écarts sont moins nets si l'on analyse le taux de tabagisme quotidien au prisme de la situation professionnelle. L'Observatoire des inégalités relève que la population étudiante est celle qui connaît la baisse la plus drastique de fumeurs quotidiens depuis les années 2000, lorsqu'elle s'élevait à 40 %. En effet, elle n'atteignait plus que 17,2 % en 2023. Chez les personnes en emploi, le taux de fumeurs quotidiens ne s'est comparativement réduit que de 10 points entre 2000 et 2023, et de 5 points pour les personnes en situation de chômage sur la même période.

Ces données traduisent le fait que **la politique de lutte contre le tabagisme menée par les pouvoirs publics n'a qu'un impact limité sur les catégories socioprofessionnelles les plus modestes.**

• Les habitudes de consommation d'alcool selon les catégories sociales diffèrent nettement de celles observées en matière de tabagisme.

Troisième cause de mortalité, l'alcool occasionnerait chaque année 41 000 décès, 28 000 nouveaux cas de cancers et de 4 000 accidents vasculaires cérébraux. Quelque 650 000 personnes souffriraient une hypertension artérielle liée à une consommation d'alcool supérieure à 10 verres par semaine.[1]

Santé publique France a mesuré pour la première fois en 2017 le dépassement de « repères de consommation d'alcool »[2] afin de documenter les inégalités sociales relatives à une consommation jugée nocive. Le baromètre publié en 2019[3] indiquait **un dépassement plus fréquent chez les catégories sociales les plus favorisées en termes de diplôme et de revenus**, reflétant des habitudes de consommation défavorables à la santé. Le baromètre indiquait également une consommation à risque relativement plus fréquente parmi les personnes en situation de chômage et non titulaires du baccalauréat.

Santé publique France a réitéré et enrichi son enquête en 2021[4] afin de déterminer de nouveaux indicateurs de consommation.[5] **Si l'on constate un net recul de la consommation hebdomadaire** – de 63 % de la population en 2000 à 39 % en 2021 – **et de la consommation quotidienne d'alcool** – divisée par trois entre 1992 et 2021 –, **l'enquête démontre la persistance d'habitudes de consommation excessive dans l'ensemble des catégories sociales**.

---

[1] *Santé publique France, « Profil des consommateurs d'alcool en France hexagonale en 2021 et évolution des disparités sociales », 25 mars 2026*

[2] *Le repère de consommation est défini par un cumul de trois critères : 1/ ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine, 2/ ne pas consommer plus de 2 verres standard par jour et 3/ ne pas consommer tous les jours de la semaine.*

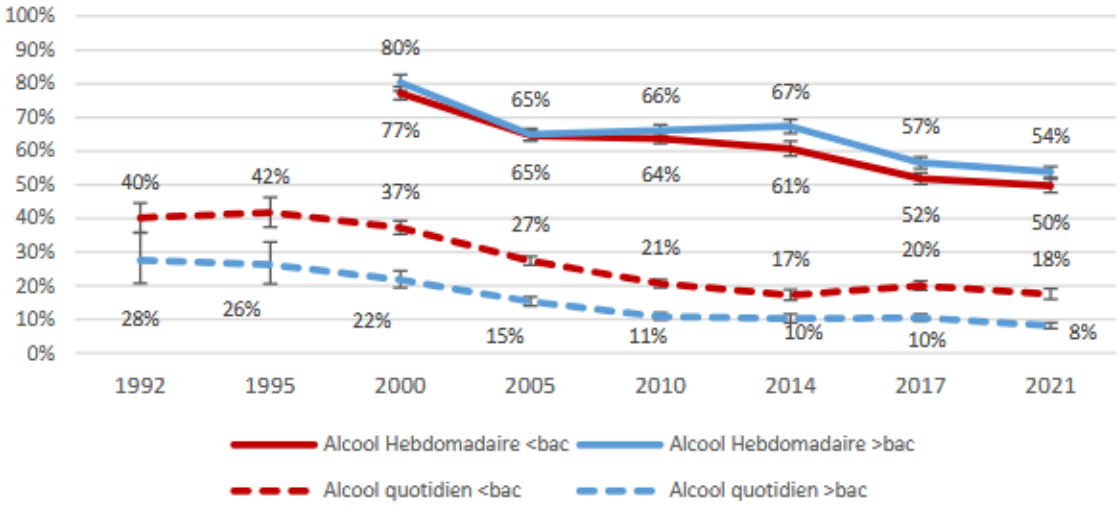
[3] Ibid.

[4] *Questionnaire Audit pour Alcohol Use Disorder Identification Test.*

[5] *Les indicateurs révélés par l'Audit sont la fréquence des consommations au cours des douze derniers mois, à raison d'une fois par semaine minimum, ou d'une consommation quotidienne, la fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes (API) soit une consommation ponctuelle supérieure ou égale à six verres, et la consommation estimée dans l'année mesurée en quintiles.*

Les deux études de 2017 et 2021 convergent dans le constat que **la consommation hebdomadaire d'alcool est plus fréquente chez les catégories les plus aisées en termes de diplôme et de revenus**. Cela est particulièrement marqué chez les femmes, parmi lesquelles celles ayant les revenus les plus élevés sont 40 % à consommer de l'alcool de façon hebdomadaire contre 22 % pour celles ayant les revenus les plus bas. À l'inverse, tous sexes confondus, **la consommation quotidienne d'alcool est plus forte chez les personnes les plus défavorisées socialement** (détentrices d'un diplôme inférieur au baccalauréat ou non diplômées), les rendant plus sujettes à la dépendance.

Évolution de la consommation d'alcool selon le niveau de diplôme, 1992-2021



***Source** : Santé publique France – Profils des consommateurs d'alcool en France hexagonale en 2021 et évolution des disparités sociales*

• Les inégalités sociales sont également marquées concernant la prévalence du surpoids et de l'obésité[1], plus fréquents chez les hommes (54 %) que chez les femmes (44 %) et parmi les catégories sociales les moins diplômées[2].

La tendance est à la stabilisation de l'obésité et du surpoids en France, ainsi que le démontrent les indicateurs disponibles entre 2006 et 2016. Les inégalités sociales face aux recommandations nutritionnelles[3] se sont réduites sur cette période, mais cette situation s'expliquerait par une détérioration des habitudes de consommation des personnes les plus

[1] *Le critère retenu pour caractériser un état de surpoids ou d'obésité est un indice de masse corporelle (poids/taille au carré) supérieur ou égal à 25.*
[2] *Ces constats sont issus de l'étude Esteban (Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition) de Santé publique France, actualisée tous les sept ans.*
[3] *Il s'agit notamment d'une consommation en acides gras saturés trop élevée, d'une consommation de poisson inférieure à 2 fois par semaine, d'une consommation de fibres inférieure à 25 grammes par jour, et pour les enfants, d'une consommation en boisson sucrée supérieur à un demi-verre par jour.*

diplômées entre 2006 et 2015, traduisant une appropriation insuffisante des recommandations alimentaires[1].

• Ces différentes études mettent en lumière une prévalence marquée de l'exposition à divers facteurs de risque des personnes moins diplômées et économiquement plus précaires. Néanmoins, elles illustrent aussi que les populations les plus favorisées sont également concernées par des comportements défavorables à la santé. Santé publique France relève ainsi : « ***si le tabagisme et la moindre pratique d'activité physique dans le cadre des loisirs sont davantage observés parmi les catégories les moins favorisées socialement, le dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque et la sédentarité concernent davantage les catégories sociales les plus favorisées*** »[2].

• **Il est ainsi établi que les inégalités sociales engendrent des inégalités de santé, mais aussi qu'elles constituent un frein aux actions de prévention.** La difficulté d'accès à certaines informations mais aussi de compréhension des informations contribue à une moindre sensibilisation aux enjeux de prévention des individus les plus vulnérables socioéconomiquement. Une enquête internationale menée en 2020 et 2021[3] a ainsi démontré qu'en France, 44 % des adultes, et notamment les personnes moins favorisées socialement ou ayant un problème de santé chronique, rencontraient des difficultés à comprendre et à s'approprier les informations relatives à la santé.[4]

(2) Une reproduction des inégalités d'accès aux soins

La prévention reposant presque exclusivement sur les professionnels de santé, **les inégalités de prévention se superposent assez fidèlement aux inégalités d'accès aux soins**. **Les déserts médicaux, qui s'étendent désormais à 87 % du territoire national, sont ainsi devenus de véritables « déserts de prévention »[5].**

• Les médecins généralistes, premier maillon de l'accès aux soins, sont appelés à jouer un rôle majeur en matière de prévention. Or, la démographie des médecins généralistes en activité se détériore de façon continue depuis une dizaine d'années, et le temps médical disponible diminue encore davantage en raison de la baisse du temps de travail par praticien. Entre 2010 et 2021, la France a ainsi perdu 5 000 médecins généralistes par an, tandis que son nombre d'habitants augmentait de 2,5 millions sur cette même période[6].

---

[1] *Résultats de l'étude Esteban 2014-2015 relative aux habitudes de consommation alimentaire, Santé publique France.*

[2] *Santé publique France,* Inégalités de santé : le poids des déterminants sociaux, résultats de l'édition 2024*, décembre 2025.*

[3] *Il s'agit de l'enquête* Health Literacy Survey *2019-2021.*

[4] *Les compétences nécessaires pour repérer, comprendre, évaluer et utiliser les informations permettant à un individu de se maintenir dans un bon état de santé sont désignées sous le terme de « littératie en santé ».*

[5] *Réponse de l'association Acteurs de prévention au questionnaire des rapporteurs.*

[6] *Rapport de Mme Annie Le Houérou.*

Selon les projections de la Drees[1], le nombre de médecins généralistes en France stagnera jusqu'en 2030, 44 % des médecins généralistes en exercice étant amenés à prendre leur retraite d'ici là[2]. La fin du *numerus clausus*, supprimé en 2020, a permis d'augmenter le nombre de diplômés mais l'impact sur les médecins en activité ne sera visible qu'à compter de 2030. Le nombre de médecins généralistes, qui s'élevait à 99 500 en 2024, devrait relativement stagner jusqu'en 2030 avant de connaître une hausse assez importante jusqu'en 2050, de l'ordre de 1,5 % par an selon la Drees[3]. Les projections les plus récentes indiquent que les effectifs de médecins généralistes dépasseraient la barre des 100 000 en 2035 et augmenteraient de 35 % d'ici à 2050[4].

• **Conjuguée à cette fragilité démographique conjoncturelle, l'inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire exacerbe les inégalités d'accès à la prévention.**

En 2023, l'accessibilité des 10 % de la population les mieux dotés en médecins généralistes est 4,1 fois supérieure à celle des 10 % de la population les moins bien dotés. Ce rapport d'accessibilité atteint même 7,8 pour les chirurgiens-dentistes, 6,7 pour les masseurs-kinésithérapeutes, 6,1 pour les infirmières et 5,1 pour les sages-femmes[5].

Si l'on analyse les dynamiques d'accessibilité globale, **on constate qu'entre 2022 et 2023, l'accès aux médecins généralistes se dégrade (- 1,4 %)**, tandis que l'accès aux infirmières se stabilise (- 0,3 %). À l'inverse, la démographie favorable des masseurs-kinésithérapeutes et des sages-femmes soutient une amélioration de leur accessibilité (+ 4,1 % et + 3,4 %).

---

[1] *Drees,* Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques*, mars 2021.*

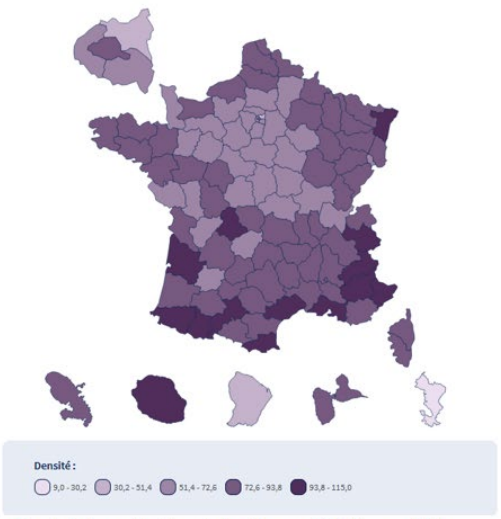
[2] *Inégalités territoriales d'accès aux soins : aux grands maux, les grands remèdes, rapport d'information du Sénateur Bruno Rojouan en date du 13 novembre 2024, commission du développement durable du Sénat, d'après les données du Conseil national de l'ordre des médecins.*

[3] *Drees,* Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques*, mars 2021.*

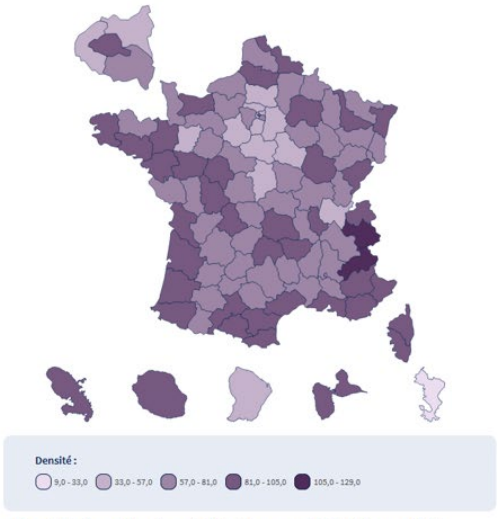
[4] Inégalités territoriales d'accès aux soins : aux grands maux, les grands remèdes*, rapport d'information du Sénateur Bruno Rojouan en date du 13 novembre 2024, commission du développement durable du Sénat, d'après les données du Conseil national de l'ordre des médecins.*

[5] *Drees,* Accessibilité aux soins de premier recours en 2023 : dégradation de l'accessibilité aux médecins généralistes et aux infirmières, amélioration de l'accessibilité aux kinésithérapeutes, aux sages-femmes et aux chirurgiens-dentistes*, décembre 2024.*

Évolution de la densité de médecins généralistes en France, 2017-2022



Densité des médecins généraliste en 2017 (pour 100k habitants). Source : Data.ameli.fr



Densité de médecins généralistes en 2022 (pour 100k habitants). Source : Data.ameli.fr

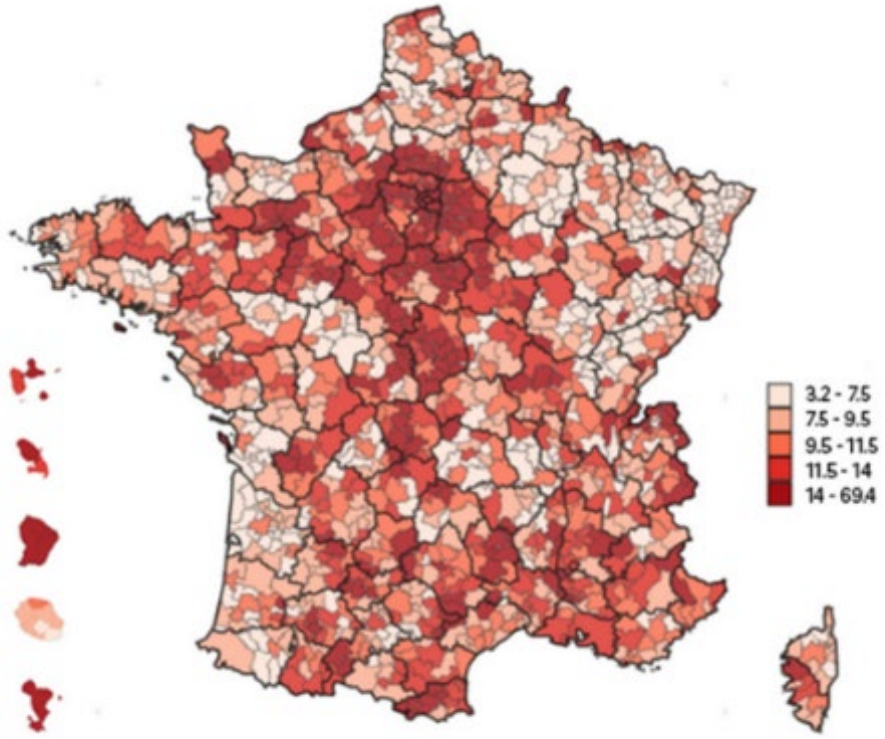
***Source** : Bruno Rojouan,* Inégalités territoriales d'accès aux soins : aux grands maux, les grands remèdes, *rapport de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable du Sénat, 23 novembre 2024*

La tension entre offre et demande de soins se traduit par des refus de soins plus fréquents. En 2022, 78 % des médecins généralistes libéraux estimaient l'offre de médecine libérale dans leur zone d'exercice insuffisante. Symptôme de cette saturation de l'offre, plus des deux tiers des médecins généralistes déclaraient être amenés à refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant[1] et la part des médecins suivant moins régulièrement leurs patients était, elle aussi, en augmentation : elle s'élevait à 44 % en 2022 contre 40 % en 2019.

Le nombre de personnes en ALD ne disposant pas de médecin traitant est passé de 510 000 en 2018 à 714 000 en 2022[2]. Ce nombre a considérablement diminué suite au lancement d'un plan d'action par la Cnam[3], mais les tensions persistent, compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie et du vieillissement de la population. Près de 24 % de la population aura plus de 65 ans en 2030, et 27 % en 2050. Ces projections vont de pair avec une augmentation de la part de la population souffrant de pathologies chroniques, dont le nombre pourrait doubler d'ici à 2050.

[1] *Drees,* Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecins traitants, *mai 2023.*
[2] *Source : Assurance maladie*
[3] *Selon le ministère de la santé, 448 000 patients en ALD demeuraient sans médecin traitant au 31 décembre 2024.*

Proportions de patients dépourvus de médecin traitant selon le territoire, 2024



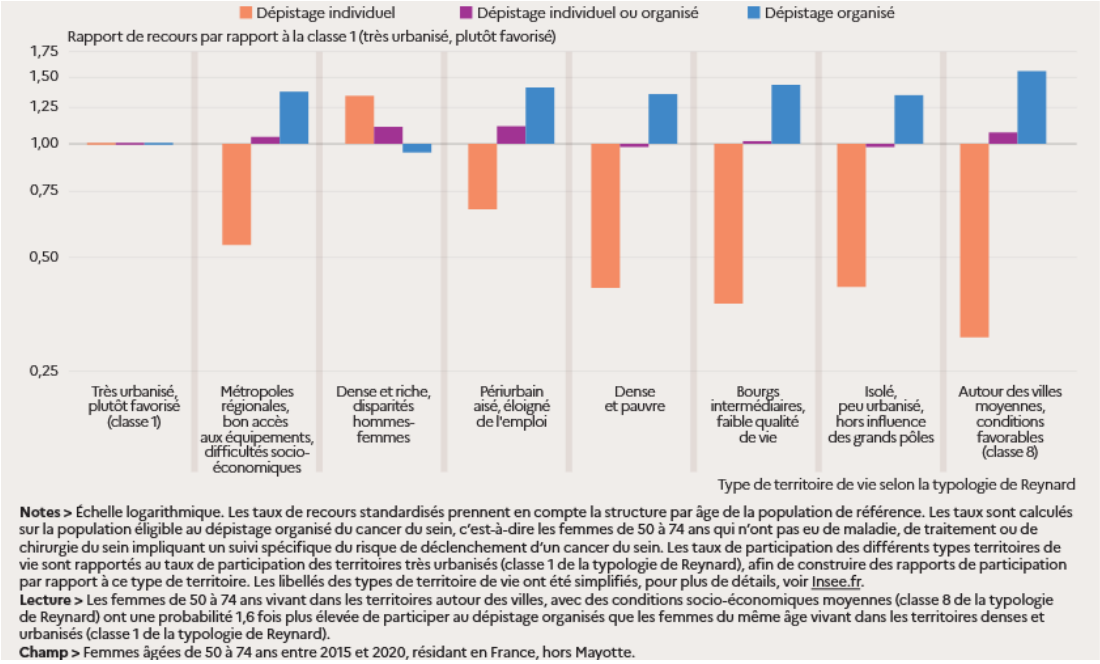
***Source** : Gouvernement, d'après les données du Sniiram*

Ces inégalités d'accès aux soins se traduisent dans les taux de recours au dépistage de certains cancers, notamment le cancer du sein. Il a ainsi été démontré que les femmes âgées de 50 à 74 ans, cibles du dépistage du cancer du sein, ont une probabilité 30 % plus faible de recourir au dépistage individuel lorsqu'elles habitent en périphérie des villes, que celles habitant dans des environnements très urbanisés. Ces inégalités territoriales se cumulent avec les inégalités de revenus : ainsi, les femmes habitant dans des métropoles régionales et disposant d'un bon accès aux soins, mais rencontrant des difficultés économiques, ont une probabilité moitié moins élevée de participer au dépistage individuel que les femmes appartenant à un milieu plutôt favorisé et habitant dans un environnement très urbanisé[1].

Ces inégalités sont en partie compensées par la mise en œuvre de dépistages organisés, mais la faiblesse relative des taux d'adhésion à ces dépistages en France ne suffit pas à les réduire.

1 Ces données sont issues des Études et Résultats *de la Drees n° 1367 de février 2026, « Dépistage du cancer : les personnes modestes y recourent moins souvent ».*

Recours aux dépistages individuels et organisés du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans éligibles selon le territoire de vie



Notes > Échelle logarithmique. Les taux de recours standardisés prennent en compte la structure par âge de la population de référence. Les taux sont calculés sur la population éligible au dépistage organisé du cancer du sein, c'est-à-dire les femmes de 50 à 74 ans qui n'ont pas eu de maladie, de traitement ou de chirurgie du sein impliquant un suivi spécifique du risque de déclenchement d'un cancer du sein. Les taux de participation des différents types territoires de vie sont rapportés au taux de participation des territoires très urbanisés (classe 1 de la typologie de Reynard), afin de construire des rapports de participation par rapport à ce type de territoire. Les libellés des types de territoire de vie ont été simplifiés, pour plus de détails, voir Insee.fr.
Lecture > Les femmes de 50 à 74 ans vivant dans les territoires autour des villes, avec des conditions socio-économiques moyennes (classe 8 de la typologie de Reynard) ont une probabilité 1,6 fois plus élevée de participer au dépistage organisés que les femmes du même âge vivant dans les territoires denses et urbanisés (classe 1 de la typologie de Reynard).
Champ > Femmes âgées de 50 à 74 ans entre 2015 et 2020, résidant en France, hors Mayotte.

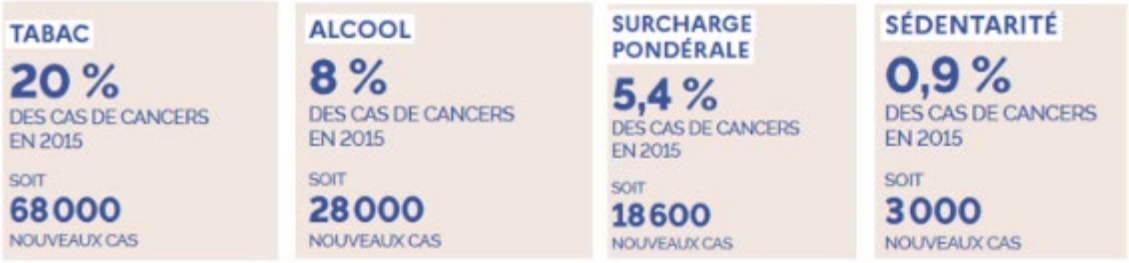
Source *: Drees,* Études et Résultats *n° 1367 de février 2026 « Dépistage du cancer : les personnes modestes y recourent moins souvent »*

b) Un facteur de progression des maladies non transmissibles

Au-delà du vieillissement démographique, la prévalence croissante des maladies chroniques est principalement liée à des facteurs de risque comportementaux, métaboliques et environnementaux. Ces facteurs sont accessibles à la prévention, c'est-à-dire qu'ils peuvent être modifiés par un changement des habitudes de vie et des environnements.

• Les inégalités face au risque de développer une maladie chronique, mesurées selon les différences de catégories sociales, témoignent de la forte incidence de ces facteurs comportementaux et environnementaux.

S'agissant des **cancers**, le rôle des différents facteurs de risque est estimé dans la prévalence de chaque type de cancer. Celui du tabac et de l'alcool est particulièrement élevé (*cf. infra*).



Source *: INCa,* Panorama des cancers en France en 2025

Un constat similaire peut être dressé pour les **maladies cardio-neuro-vasculaires**. Leur prévalence est ainsi fortement dépendante du tabagisme mais aussi de la sédentarité, de l'inactivité physique, d'une alimentation excessivement grasse, salée et/ou sucrée, et de facteurs métaboliques tels que le cholestérol, le surpoids et l'obésité, l'hypertension artérielle ou encore le diabète. Or, les données d'exposition à ces facteurs de risque sont véritablement préoccupantes :

- **30 % des Français souffrent aujourd'hui d'hypertension artérielle**, environ **20 % d'hypercholestérolémie** et 4,3 millions de personnes sont reconnues diabétiques ;

- **25 % des Français de 18 à 25 ans se déclarent fumeurs**[1] ;

- **23 % des adultes dépassent les repères de consommation d'alcool** ;

- **39 % des adultes n'atteignent pas les recommandations d'activité physique et 41 % ont un niveau de sédentarité élevée**.

Parmi ces facteurs de risque, **seul le tabac fait l'objet d'une politique de prévention globale, structurée, transversale et dotée de moyens**. L'actuel plan national de lutte contre le tabagisme (PNLT) 2023-2027 vise l'objectif d'**une génération sans tabac à l'horizon 2032**, grâce à un arsenal de mesures qui mobilisent le levier du prix, l'accompagnement au sevrage tabagique ou encore l'extension des espaces sans tabac. Atteindre cet objectif réduirait considérablement les indicateurs de morbi-mortalité associés aux maladies cardio-neuro-vasculaires. Des études démontrent notamment qu'**un arrêt précoce du tabac, autour de la trentaine, permet de retrouver un niveau de risque coronaire équivalent à celui d'individus n'ayant jamais fumé**[2].

• L'Observatoire des inégalités[3] a caractérisé **l'écart d'exposition au risque de développer une maladie chronique entre les 10 % de Français les plus aisés et les 10 % de Français les plus modestes**. Ce différentiel de risque, lié à l'inégale prévalence de certains facteurs selon le gradient social, est ainsi estimé :

- supérieur à 1 en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires, neurologiques ou dégénératives ;

- supérieur à 1,5 pour les maladies respiratoires chroniques ;

- proche de 2 pour les maladies psychiatriques ;

- supérieur à 2 pour les maladies du foie ou du pancréas[4].

---

[1] *Santé publique France,* « Forte baisse du tabagisme en France : en 10 ans, quatre millions de fumeurs quotidiens en moins », *communiqué de presse, 15 octobre 2025.*

[2] *Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V ; for the Million Women Study Collaborators,* « *The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping : a prospective study of one million women in the UK* », Lancet, *12 janvier 2013.*

[3] *Observatoire des inégalités,* Les plus pauvres sont davantage concernés par les maladies graves de longue durée, *24 novembre 2022.*

[4] Ibid.

Degré d'exposition au risque de développer une pathologie chronique selon la catégorie socioprofessionnelle[1]

	Agriculteurs	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Cadres supérieurs	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers
Maladies psychiatriques	1,07	1,75	1,0	1,48	2,10	2,02
Diabète	1,10	1,32	1,0	1,20	1,52	1,92
Maladies neurologiques ou dégénératives	2,06	1,33	1,0	1,27	1,34	1,52
Maladies du foie ou du pancréas	0,81	0,99	1,0	1,06	1,28	1,50
Maladies respiratoires chroniques	0,91	1,22	1,0	1,11	1,28	1,43
Maladies cardiovasculaires	1,26	1,17	1,0	1,08	1,16	1,29
Cancers	1,27	1,03	1,0	1,05	1,00	0,95

***Source** : Observatoire des inégalités (données 2016-2017 du ministère de la Santé et de Santé publique France)*

Ce constat est confirmé par la ventilation du risque de développer une pathologie chronique selon la catégorie socioprofessionnelle. **Les agriculteurs ont ainsi deux fois plus de risques que les cadres de développer des maladies neurologiques ou dégénératives, 1,2 fois plus de risques de développer des maladies cardiovasculaires et des cancers**. Les ouvriers sont quant à eux environ deux fois plus exposés que les cadres au risque de maladies psychiatriques et de diabète. Les artisans, les commerçants et les chefs d'entreprise ont enfin un risque majoré de 1,75 fois par rapport aux cadres de développer une pathologie psychiatrique.

• Face à de tels constats, **les politiques de prévention apparaissent comme un levier essentiel, non seulement pour freiner la progression globale des maladies chroniques qui représentent une véritable bombe épidémiologique, mais aussi pour réduire les inégalités de santé.**

Dans un contexte budgétaire contraint, l'investissement dans la prévention permettrait de contenir la hausse des dépenses santé induite par le vieillissement démographique. Pour mémoire, les dépenses de protection sociale ont plus que doublé ces cinquante dernières années : elles représentaient 14,5 % du produit intérieur brut (PIB) en 1959, et 31,3 % du PIB en 2019. Entre 1959 et 2022, la dépense de protection sociale a augmenté chaque année de 0,3 point de PIB.

Cette hausse de 17,5 points de PIB entre 1959 et 2022 est majoritairement imputable aux dépenses d'assurance vieillesse (+ 8 9 points de PIB, soit 51 % de l'augmentation de 17, 5 points) et de santé (+ 7 points de PIB, soit 40 % de la hausse de 17, 5 points de PIB dédiés à la protection sociale).

[1] *Le degré d'exposition au risque est mesuré en référence à celui des cadres, fixé à 1.*

• **Les études d'évaluation du rapport coût/ bénéfice de la prévention sont peu développées en France**.

De nombreux pays voisins de la France font intervenir la rationalité économique dans l'aide à la décision pour investir plus fortement dans le champ de la prévention. Il existe ainsi différentes approches permettant de mesurer l'efficience économique des programmes de prévention, qui seront brièvement développées[1]. Au Royaume-Uni, l'efficience en termes de dépenses publiques des programmes de prévention par rapport aux soins curatifs a déjà été démontrée.

• **La première méthode consiste en l'analyse coût-bénéfice**, qui compare la valeur du bénéfice généré par un programme de prévention aux coûts globaux que ce programme engendre. Le coût du programme de prévention se mesure à l'aune des dépenses nécessaires à son financement (ressources humaines, matérielles, logistiques, communication, *etc.*). La mesure des bénéfices générés par le programme de prévention est plus complexe. Elle peut consister à définir le coût social de certains facteurs de risque estimé en fonction des pathologies qu'ils induisent et des dépenses de santé qu'ils sont susceptibles de générer.

L'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) a ainsi mesuré le coût social des drogues (alcool, tabac et drogues illicites) en 2010 puis en 2019[2]. Les résultats de ces deux études ne sont toutefois pas comparables car plusieurs paramètres de calcul diffèrent entre chacune. **En 2019, l'OFDT estime que le coût social du tabac s'élevait à 156 milliards d'euros, celui de l'alcool à 102 milliards d'euros, et celui des drogues illicites à 7,7 milliards d'euros.** Le coût social y est décomposé entre le coût externe, qui représente le coût d'opportunité des ressources gaspillées non intentionnellement par le consommateur du fait des drogues[3] et le coût pour les dépenses publiques (dépenses de prévention, répression et soins, économie de retraites non versées, et recettes des taxes prélevées sur l'alcool et le tabac)[4].

La comparaison de ces coûts avec ceux générés par un programme de prévention en particulier est difficile à établir, compte tenu de la dispersion des acteurs de la prévention, de ses financeurs et du recensement non exhaustif des dépenses de prévention. Il est par ailleurs difficile d'attribuer directement les évolutions à la hausse ou à la baisse de certains comportements à un programme spécifique. S'agissant de l'alcool par exemple, aucun programme de santé

---

[1] *Jean-Baptiste Delaye et Alexandre Prachant, « Les études d'efficience portant sur des politiques de promotion de la santé sont encore peu développées en France »,* La santé en action *n° 470, juillet 2025.*

[2] *Pierre Kopp,* Le coût social des drogues : estimation en France en 2019, *Observatoire français des drogues et des tendances addictives, juillet 2023.*

[3] *Valeur des vies humaines perdues – estimée par convention à 115 000 euros –, perte de la qualité de vie et perte de production.*

[4] *Dépenses pour les soins des malades, la recherche, la prévention, l'application de la loi réprimant l'usage de drogues illicites, économies de retraites non versées et recettes des taxes prélevées sur l'alcool et le tabac.*

publique n'a été défini par le Gouvernement ni l'assurance maladie ; on observe pourtant une diminution continue de la consommation d'alcool depuis plus de 60 ans[1], mais celle-ci s'explique principalement par une évolution des préférences des consommateurs.

Exemple de mesure du coût social : périmètre du coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites

Type de coût	Définition économique	Assignation à un périmètre de coût
■ Dépenses d'achat des produits ■ Dépenses de santé non remboursées ■ Achat d'assurances privées ■ Amendes	Dépenses privées + surplus du consommateur	Coût privé*
■ Valeur des vies humaines perdues ou diminuées en qualité ■ Certains coûts associés aux comportements antisociaux ■ Violences sur les marchés illégaux ■ Emprisonnement	Coûts affectant les acteurs des marchés des drogues	Externalités intrapersonnelles +
■ Pertes de production des entreprises et des administrations ■ Autres coûts associés aux comportements antisociaux ■ Valeur des vies humaines perdues ou diminuées en qualité	Coûts affectant les acteurs extérieurs aux marchés des drogues	Externalités = coût externe +
■ Dépenses publiques de prévention, répression, traitements (ou soins)	Dépenses publiques	Effet sur le bien-être des variations des finances publiques
		= Coût social

Source *: OFDT,* Le coût social des drogues : estimation en France en 2019

• La seconde mesure de valorisation des bénéfices d'un programme de prévention peut s'incarner dans le montant maximum qu'un individu serait disposé à payer pour acquérir une unité de gain de santé.

Cette unité peut se matérialiser en une *quality-adjusted-life-year* (QALY)[2] qui représente une année de vie en bonne santé. L'échelle de QALY permet de quantifier la différence entre une situation donnée et la même situation après un traitement préventif ou curatif. Cette unité de référence peut également fonder une analyse coût-efficacité d'un dispositif de prévention, qui compare le coût d'un programme de prévention au nombre d'années supplémentaires de vie en bonne santé gagnées.

Une étude scientifique de 2020 a ainsi identifié le test immunochimique fécal utilisé pour le dépistage du cancer colorectal comme méthode de dépistage la plus efficiente en ce qu'elle offre un gain de quatorze années supplémentaires de vie en bonne santé (QALY) pour 1 000 personnes, avec un coût de 3 600 euros par QALY supplémentaire. Pour le dépistage par test sanguin,

[1] *La consommation d'alcool a été divisée par plus de deux depuis 1960, passant d'environ 200 litres par Français par an à 80 litres par Français par an en 2018.*
[2] *Indicateur de référence qui mesure le gain en année de vie ajustées par la qualité.*

le ratio différentiel coût-résultat était à l'inverse de 154 600 euros par QALY[1]. Cela signifie que le coût d'une année supplémentaire de vie en bonne santé s'élève à 154 600 euros par personne.

La mesure de la disposition à payer pour une année de vie en bonne santé reste toutefois très aléatoire selon les individus et les pays[2]. Cette méthode se heurte notamment au gradient social, puisque les personnes les moins aisées sont les moins disposées à payer – le sacrifice à consentir étant proportionnellement plus élevé – et qu'elles sont aussi celles dont le niveau de santé est le moins bon.

• **Enfin, Santé publique France évalue l'impact qui pourrait résulter de la réduction de la prévalence de certains facteurs de risque en termes de morbidité et de mortalité**. L'agence sanitaire a notamment réalisé cet exercice pour le tabac, l'hypertension artérielle et l'obésité[3]. Elle évalue ainsi à :

- 26 000 le nombre d'hospitalisations évitées chaque année pour une réduction du taux de tabagisme moyen en deçà de 20 % ;

- 120 000 le nombre d'hospitalisations évitées chaque année pour une diminution de 30 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ;

- 10 000 le nombre d'hospitalisations évitées chaque année pour une baisse de 15 % de la prévalence de l'obésité.

• Sur la base de ces évaluations, **les rapporteurs jugent prioritaire d'engager des mesures fortes pour lutter contre les comportements défavorables à la santé et infléchir le poids des facteurs de risque qui présentent un coût sanitaire et social particulièrement élevé.**

À cet égard, les rapporteurs saluent les conclusions de la mission d'information conduite par Élisabeth Doineau et Cathy Apourceau-Poly pour la mission d'évaluation des comptes de la sécurité sociale (Mecss) sur la fiscalité comportementale dans le domaine de la santé[4]. La mission avait notamment recommandé de renforcer la fiscalité sur les boissons à sucres ajoutés, mesure concrétisée dès la LFSS pour 2025[5]. À l'appui de diverses recommandations, la mission proposait plus largement de créer un environnement nutritionnel favorable à la santé, de poursuivre et d'approfondir la politique de lutte contre le tabagisme et de définir, enfin, une véritable politique de lutte contre la consommation nocive d'alcool.

---

[1] *S. Barré, H. Leleu, R. Benamouzig, J-C Saurin, A. Vimont, S. Taleb,* Cost-effectiveness analysis of alternative colon cancer screening strategies in the context of the Franch national screening programm.

[2] *L'étude de B. Téhard, B. Detournay, I. Borget, S. Roze et G de Pourcheville, « Value of a QALY for France : a new approach to propose acceptable reference values »,* in Value in health : the journal of the International Society for Phamacoeconomics and Outcomes Research, *2020, vol. 23 n° 8, a estimé la disposition à payer pour une année de vie en bonne santé en France entre 147 093 euros et 201 398 euros.*

[3] *Commission des affaires sociales du Sénat, rapport législatif portant sur la proposition de loi visant à accélérer la prévention cardio-neuro-vasculaire et à anticiper un risque sanitaire et social majeur, juin 2026.*

[4] *Mission d'évaluation des comptes de la sécurité sociale du Sénat, Rapport d'information sur la fiscalité comportementale dans le domaine de la santé, mai 2024.*

[5] *Article 31 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.*

Les rapporteurs souscrivent à ces orientations générales. Elles soutiennent en particulier la mise en œuvre d'un Nutri-Score obligatoire à l'échelle européenne ou nationale, sans pénaliser les productions locales bénéficiant d'un label qualité. Les débats au Sénat lors des deux dernières LFSS ont permis de nourrir la réflexion sur ce sujet, la commission des affaires sociales ayant soutenu lors du PLFSS pour 2026 un article introduit à l'Assemblée nationale prévoyant de taxer les denrées alimentaires n'affichant pas le Nutri-Score[1]. Cette mesure, non adoptée en séance, n'a finalement pas pu aboutir. Les rapporteurs souhaitent qu'un tel dispositif, justifié par des considérations relatives à la santé publique des populations, puisse aboutir d'ici à 2028.

En matière de lutte contre le tabagisme, les rapporteurs constatent la persistance d'une prévalence élevée, de l'ordre de 25 %, malgré la continuité des efforts engagés depuis plus de 20 ans et la diversité des leviers mobilisés. Dans ce contexte, ils regrettent particulièrement qu'aucune action de grande ampleur menée par le ministère de la santé ou Santé publique France n'ait marqué la journée nationale sans tabac, le 31 mai 2026. Elles s'inquiètent également du développement d'autres conduites addictives, en particulier de la forte diffusion du vapotage chez les lycéens parallèlement à la baisse notable du tabagisme chez les collégiens et lycéens. Le Parlement s'est saisi de ce nouvel enjeu en adoptant en février 2025 une proposition de loi visant à interdire les *puffs*, ces dispositifs électroniques de vapotage à usage unique très en vogue chez les adolescents et les jeunes adultes[2]. Néanmoins, les industriels adaptent en permanence les produits commercialisés sur le marché des dérivés du tabac et contenant de la nicotine, au renfort d'un marketing ciblant directement les mineurs. À cet égard, les travaux conduits par la commission lors de l'instruction de la loi précitée sur les *puffs* ont mis en évidence **les stratégies commerciales offensives déployées par les fabricants, qui recourent à des conditionnements colorés et à des saveurs sucrées attractives pour séduire des publics très jeunes**. Dans ce contexte, **les rapporteurs soutiennent l'extension de l'emballage neutre à l'ensemble des produits du tabac et aux dispositifs de vapotage.**

Enfin, **les rapporteurs appellent le Gouvernement à inscrire la lutte contre la consommation nocive d'alcool au cœur des priorités de santé publique et à en faire une thématique de la Stratégie nationale de santé** (SNS). Ils considèrent que des campagnes de communication conduites par Santé publique France témoigneraient d'un engagement ministériel essentiel, qui fait aujourd'hui défaut. Au-delà de cette mesure concrète et pragmatique, elles souhaitent qu'une réflexion puisse être conduite sur la question d'un prix minimal par unité d'alcool pur, comme d'autres pays l'ont fait en Europe. Ces dernières années, nombre de rapports administratifs ont analysé ces

[1] *Article 11* ter *du PLFSS pour 2026 transmis en première lecture par l'Assemblée nationale au Sénat.*
[2] *Loi n° 2025-175 du 24 février 2025 visant à interdire les dispositifs électroniques de vapotage à usage unique.*

expériences et ont suggéré de s'en inspirer, à l'instar de la Cour des comptes[1] ou de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale[2].

Recommandation n° 26 : Faire de la lutte contre la consommation nocive d'alcool une priorité de santé publique : renforcer les campagnes de communication nationales et engager un travail de fond sur la fixation d'un prix minimal de l'alcool.

Recommandation n° 27 : Étendre l'emballage neutre à l'ensemble des produits contenant de la nicotine.

Recommandation n° 28 : Viser la mise en œuvre d'un Nutri-Score obligatoire à l'échelle européenne ou à l'échelle nationale d'ici à 2028, en préservant certaines dérogations pour les produits bénéficiant d'un label qualité.

B. UNE GOUVERNANCE LACUNAIRE DES POLITIQUES DE PRÉVENTION

Plus que d'une insuffisance de moyens, l'ambition de la politique de prévention en santé en France souffre de **carences organisationnelles sévères**. En cause, le **pilotage et la gouvernance** de cette politique, qui ne permettent pas d'assurer efficacement la **coordination entre le foisonnement d'acteurs** publics et privés impliqués.

Trop verticale, insuffisamment englobante, la gouvernance de la politique de prévention **regarde comme de simples effecteurs** certaines parties prenantes pourtant pourvues d'une vision stratégique et d'une force de frappe opérationnelle.

Par conséquent, les actions menées par les différents opérateurs de prévention sont **désarticulées, tantôt sporadiques, tantôt redondantes,** ce qui nuit tout à la fois à leur efficience et à leur crédibilité auprès des assurés.

1. Un millefeuille d'acteurs non coordonnés

Alors que le **« *virage préventif* » annoncé en grande pompe par les gouvernements successifs peine à se traduire en actes**, de nombreux acteurs publics comme privés se sont emparés de la question de la prévention en santé et ont développé, chacun dans son champ de compétences, des initiatives d'ampleur variable.

L'État et la sécurité sociale, à l'impulsion et **aux commandes des politiques nationales de prévention**, sont certes des acteurs prépondérants, mais les **collectivités territoriales, les complémentaires santé, les associations**

[1] *Cour des comptes,* Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool, *juin 2016.*

[2] *Assemblée nationale, commission des affaires sociales,* Rapport d'information déposé en conclusion des travaux du Printemps social de l'évaluation, *juin 2023.*

et les professionnels de santé n'en ont pas moins tout leur rôle à jouer et s'impliquent de plus en plus sur le sujet.

Ces derniers mènent toutefois **des actions de leur propre initiative**, **faute d'être suffisamment associés** à la définition et au pilotage des priorités nationales.

a) L'État joue un rôle de pilotage central dans la politique de prévention

• La politique de prévention en France repose sur un **triptyque institutionnel structurant** : l'État, l'assurance maladie et un ensemble d'agences sanitaires placées sous leur tutelle ou financées par eux, à commencer par **Santé publique France**. Ces acteurs constituent le **socle de l'action publique en matière de prévention**, tant par leur **rôle stratégique que par leur poids financier**.

En premier lieu, **l'État joue un rôle de pilotage central**. Aux termes de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, la définition de la politique de santé, qui comprend « ***la prévention collective et individuelle, tout au long de la vie, des maladies et de la douleur*** », relève de sa responsabilité.

Il revient également au Gouvernement de **définir les priorités nationales de santé publique**, notamment à travers les LFSS et les **stratégies nationales de santé** successives[1].

La stratégie nationale de santé 2018-2022, le plan national de santé publique et la stratégie nationale de santé 2023-2033

L'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique **fait obligation au Gouvernement de publier une SNS**, qui détermine, après consultation publique, de manière pluriannuelle et pour une durée maximale de dix ans[2], **les domaines d'action prioritaires et les objectifs d'amélioration de la santé** et de la protection sociale contre la maladie.

Introduite par la loi de modernisation de notre système de santé[3], la SNS vise à **améliorer l'articulation des différents acteurs** impliqués dans la politique de santé.

La SNS pour la période 2018-2022 s'articulait autour de **quatre axes :**

- mettre en place une **politique de promotion de la santé**, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie ;

- lutter contre les **inégalités sociales et territoriales** d'accès à la santé ;

- **garantir la qualité, la sécurité et la pertinence** des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ;

- innover pour **transformer notre système de santé** en réaffirmant la place des usagers.

[1] *Article L. 1411-1-1 du code de la santé publique.*
[2] *Article R. 1411-1 du code de la santé publique.*
[3] *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.*

Pour ce qui concerne la prévention, **un plan national de santé publique** (PNSP) a été mis en place afin de décliner les objectifs de la SNS. Le Haut Conseil de santé publique (HCSP), en charge de son évaluation, l'a jugé **pertinent et cohérent**, tout en regrettant le **manque d'indicateurs de mesure d'impact** des dispositifs proposés. Il a également souligné « *l'importance d'une* ***meilleure coordination entre les différents plans de santé publique*** *pour éviter la juxtaposition d'actions sans réelle synergie* »[1].

Après l'échéance de la SNS 2018-2022, un projet de SNS 2023-2033 a été soumis à consultation publique. Celui-ci gravite autour de trois axes :

- **permettre à toute la population de vivre plus longtemps en bonne santé**, par la prévention, la promotion de la santé et l'accompagnement à tous les âges de la vie ;

- **répondre aux besoins de santé de chacun**, sur tout le territoire, avec une offre de santé adaptée, équitable et accessible, qui s'appuie sur une coordination efficace des politiques publiques de santé, sur des politiques médico-sociales et des politiques sociales transversales ;

- **rendre notre système de santé plus résilient** et mieux préparé face aux crises et défis écologiques.

• Au sein de l'État, une direction d'administration centrale, la **direction générale de la santé** (DGS) a pour objectif clé **de définir, de piloter et de coordonner la politique de prévention**.

Sur ce fondement, elle dispose d'un **large spectre d'action**, incluant notamment « *les addictions (tabac, alcool), l'alimentation, l'activité physique, la santé mentale, l'environnement (notamment la pollution de l'air)* », mais aussi la prévention en santé des enfants ou la santé sexuelle et reproductive[2].

Les missions qu'elle déploie témoignent d'une **volonté de structurer un « *parcours préventif* »**, articulé autour de plusieurs priorités majeures récapitulées dans le questionnaire transmis à la mission et annexé à ce rapport.

Synthèse des principales actions de prévention pilotées par la DGS

• En premier lieu, la DGS accorde une attention particulière à la **prévention en santé des enfants**. Celle-ci repose sur des dispositifs structurants, tels que les **vingt examens médicaux obligatoires de l'enfant**, dont le coût est estimé entre 94 et 113 millions d'euros en 2023. Ces consultations permettent un suivi global du développement de l'enfant et un repérage précoce des troubles. Le **carnet de santé, actualisé en 2025**, constitue un outil central de ce suivi, intégrant des enjeux contemporains tels que l'exposition aux écrans ou les violences. Par ailleurs, la DGS pilote des **dispositifs de dépistage précoce**, notamment le dépistage néonatal, qui concerne plus de 676 000 nouveau-nés par an pour un coût d'environ 24 millions d'euros à horizon 2026, et permet de détecter précocement des maladies rares graves.

[1] *Réponses écrites de la DGS au questionnaire des rapporteurs.*
[2] *Réponses écrites de la DGS au questionnaire des rapporteurs.*

• En deuxième lieu, **la santé sexuelle et reproductive** constitue un axe majeur d'intervention pour la DGS. Face à une circulation persistante du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (près de 172 000 personnes vivant avec le virus) et à la hausse des infections sexuellement transmissibles (IST), la DGS déploie la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030. Celle-ci vise à **améliorer l'accès au dépistage**, notamment grâce à la **gratuité pour les moins de 26 ans** et à l'accès sans ordonnance pour plusieurs IST depuis 2024. En 2023, 7,5 millions de dépistages VIH ont été réalisés. La DGS agit également **en faveur de l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse**, en cherchant à **réduire les inégalités sociales et territoriales en la matière**.

• La **prévention des addictions** constitue un troisième champ d'action structurant. À travers le Fonds de lutte contre les addictions, doté d'un plafond annuel de 130 millions d'euros, la DGS met en œuvre des **politiques visant à réduire l'entrée dans les conduites addictives et leur prévalence**. Ces actions combinent **campagnes de communication, fiscalité comportementale, encadrement de l'offre et accompagnement au sevrage**. Les résultats observés témoignent d'évolutions significatives, notamment une baisse du tabagisme quotidien de 28,5 % à 23,1 % entre 2014 et 2023. Toutefois, le **coût social des addictions demeure considérable**, atteignant 156 milliards d'euros pour le tabac et 102 milliards pour l'alcool.

• La **santé mentale** constitue également une **priorité croissante**. Dans le cadre de la feuille de route santé mentale et psychiatrie, la DGS développe des **actions de prévention du suicide** et de promotion du bien-être psychique. Des dispositifs structurants ont été mis en place, tels que le **numéro national de prévention du suicide** (31 14) ou le programme **VigilanS**, qui a permis de réduire de 40 % les récidives de tentatives de suicide. Ces dispositifs représentent des coûts significatifs (25 millions d'euros annuels pour le 3114 et 13 millions pour VigilanS), traduisant l'importance accordée à cette politique dans un contexte de hausse des troubles psychiques.

• Par ailleurs, la DGS pilote des **politiques nationales de dépistage des maladies, en particulier des cancers**. **Trois programmes nationaux** sont déployés, pour le **cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus**. Ceux-ci permettent la réalisation de près de 9 millions de dépistages chaque année, mais le **taux de participation de la population reste insuffisant** au regard des standards européens (*cf. supra*).

• La **vaccination constitue un autre pilier majeur de l'action de la DGS**. Les dépenses associées aux programmes de vaccination s'élèvent à **environ 119 millions d'euros**. **L'extension des obligations vaccinales depuis 2018**, l'élargissement des compétences vaccinales des professionnels de santé et la mise en place de campagnes innovantes, notamment contre les papillomavirus en milieu scolaire (21 millions d'euros pour le déploiement), ont permis d'améliorer la couverture vaccinale et la confiance du public, **plus de 80 % des Français se déclarant favorables à la vaccination**.

• Enfin, la DGS agit sur les **déterminants environnementaux de santé**, qui représentent près d'un quart des pathologies. Dans le cadre du plan national santé-environnement (PNSE), doté d'un budget global de 168 millions d'euros sur 2021-2025, elle finance des actions de recherche, de prévention des risques chimiques et d'amélioration de la qualité de l'environnement (eau, air, alimentation). Ces politiques visent à réduire l'incidence des maladies chroniques et à protéger les populations les plus vulnérables.

• À l'échelle locale, **les agences régionales de santé (ARS) sont chargées de décliner et d'articuler les priorités nationales** fixées en matière de prévention avec les acteurs de terrain. Cela peut passer par les **outils institués par la loi**, comme les contrats territoriaux de santé ou les contrats locaux de santé, mais également par des **initiatives des ARS**. En ce sens, « *en Bourgogne-Franche-Comté, l'ARS a mis en place un* ***réseau des acteurs de la prévention des actions de prévention/promotion de la santé (RRAPS)*** *au niveau régional et au niveau départemental. Il permet de regrouper notamment les caisses primaires d'assurance maladie, l'éducation nationale, les caisses d'allocations familiales et les conseils départementaux. C'est un lieu d'échange et de partage d'information* »[1].

• L'État ou ses agences jouent également un **rôle de financeur pour certaines catégories d'actions de prévention**, particulièrement pour ce qui relève de l'information et de l'éducation des assurés, de la surveillance de l'état de santé des populations et de l'intervention d'urgence.

Au total, l'effort de l'État en faveur de la prévention en santé[2] a atteint 811 millions d'euros en 2023 selon la Drees, et 827 millions d'euros selon le jaune budgétaire relatif à la prévention en santé dont le champ diffère légèrement. Ce total a **nettement diminué par rapport à 2013**, année au cours de laquelle il s'élevait à 1,19 milliard d'euros selon les données de la Drees, en raison du **transfert à l'assurance maladie du financement de certaines agences** sanitaires, notamment **Santé publique France**.

La diversité d'agences participant à la politique de prévention

Un **certain nombre d'agences ou d'opérateurs financés par l'État ou par l'assurance maladie** contribuent à la politique nationale menée en matière de prévention. Sans rentrer dans le détail de leurs missions, peuvent être cités le Haut Conseil de la santé publique, la **Haute Autorité de santé**, **Santé publique France**, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, la **Mildeca**, **l'Institut national du cancer**, l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives ou encore l'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

[1] *Réponses écrites de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté au questionnaire des rapporteurs.*

[2] *Sauf précision contraire, les chiffres donnés dans cette partie s'entendent hors dépenses liées à l'épidémie de covid-19 afin d'assurer leur comparabilité dans le temps.*

L'effort financier de l'État reste porté par le **soutien à la médecine scolaire** (669 millions d'euros en 2024) et par certaines actions de la mission « **Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins** » du programme 204[1], à commencer par les **subventions à l'Institut national du cancer** et à l'Agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, pour respectivement autour de 35 millions d'euros et de 25 millions d'euros. Il faut y ajouter quelques financements complémentaires en faveur de la prévention disséminés dans d'autres programmes, notamment la dotation à la Mildeca.

La catégorisation des dépenses institutionnelles en faveur de la prévention

Afin de retracer l'effort institutionnel en faveur de la prévention au sens de la DCSi[2], la Drees affecte les dépenses de prévention à six catégories :

- les **programmes d'information, d'éducation et de conseil**, attributaires de financements à hauteur de **1,3 milliard d'euros en 2024** (15 % du total), retraçant notamment l'effort en faveur de **la médecine scolaire** (669 millions d'euros en 2024) et de la lutte contre les addictions (120 millions d'euros la même année) ;

- les **programmes d'immunisation**, réunissant les dépenses en faveur de la **vaccination** (**1,5 milliard d'euros** soit 17 % du total, dont 1,2 hors covid-19 en 2024) ;

- les programmes de **détection précoce des maladies**, dotés de **608 millions d'euros** en 2024 (7 % du total) et regroupant l'ensemble des dépenses de dépistage, notamment les dépistages organisés des trois cancers[3] ;

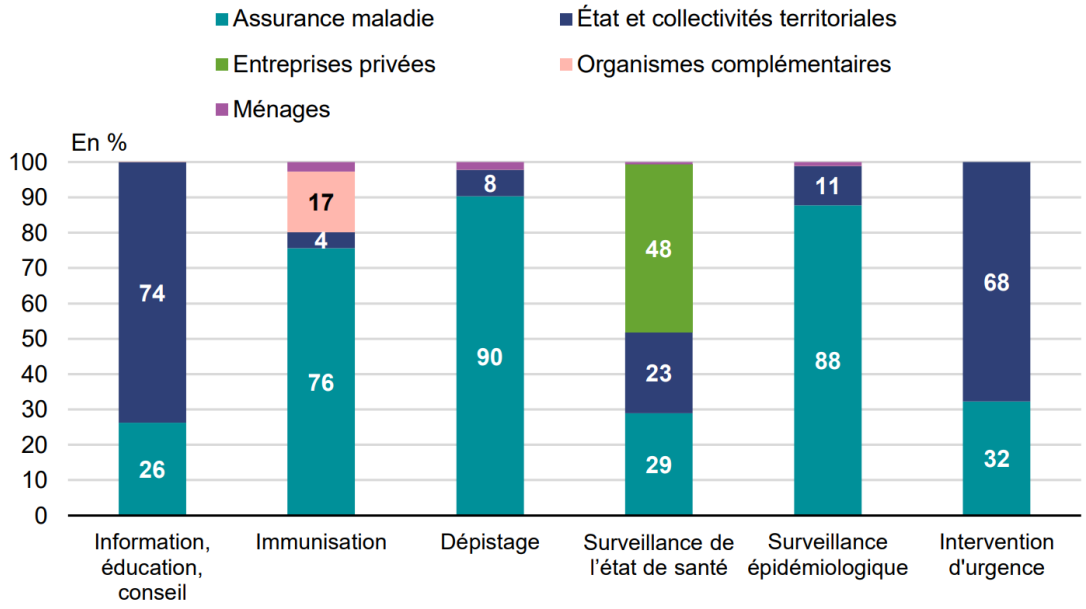
- les programmes de **surveillance de l'état de santé des populations**, couvrant **4,7 milliards d'euros de dépenses**, soit plus de la moitié du total, incluant notamment le financement de la prévention au travail et des services de PMI ;

- les programmes de **surveillance épidémiologique**, pour 331 millions d'euros en 2024 (4 % du total) ;

- la préparation aux programmes **d'intervention en cas de catastrophe et d'urgence**, pour 263 millions d'euros en 2024 (3 % du total).

[1] *Ce programme de la mission « Santé » est doté de 214 millions d'euros pour 2026.*
[2] *Dépense courante de santé au sens international.*
[3] Cf. infra.

Répartition des dépenses de prévention par catégorie et type de financeur



Source *: Drees, comptes de la santé*

Note de lecture : cette répartition des dépenses de prévention prend en compte les dépenses liées au covid-19.

b) L'assurance maladie : à la fois financeur principal, courroie de transmission et inspiration des politiques en faveur de la prévention

• En partenariat avec les services de l'État, l'assurance maladie joue **un rôle clé dans la politique de prévention en santé**, où elle remplit une **triple mission**. Elle est à la fois un **financeur**, une **courroie de transmission** et une **inspiratrice des actions** demandées par le Gouvernement ou par le législateur.

• L'assurance maladie est d'abord le **principal financeur de la politique de prévention** : elle a assumé **3,3 milliards d'euros d'investissement en faveur de la prévention en 2023** selon le jaune budgétaire relatif à la prévention et 2,6 milliards d'euros selon la Drees, **un total qui a doublé en dix ans** et qui représente désormais **près de 40 % des dépenses institutionnelles de prévention** en France.

Son rôle est notamment **déterminant pour les dépenses de vaccination et de dépistage** : l'assurance maladie assume respectivement 76 % et 90 % de la charge financière totale de ces deux axes majeurs de la politique de prévention. Cela alimente la dynamique de l'effort de l'assurance maladie en matière de prévention : les **dépenses de vaccination** hors covid expliquent « ***pour près de la moitié*** *[…] la* ***forte hausse des dépenses de prévention*** *(hors covid)* », selon la Drees[1]. Au total, hors covid-19, l'assurance maladie finance pour environ **900 millions d'euros de vaccins**, et **450 millions d'euros de dépistages**.

[1] *Réponses écrites de la Drees au questionnaire des rapporteurs.*

S'y ajoutent, hors du décompte au sens de la DCSi, le financement de **consultations et d'actes de prévention** non catégorisés comme tels, pour un montant qu'il est difficile d'apprécier.

Au-delà de cela, l'assurance maladie assure le **financement de fonds actifs dans le champ de la prévention** comme le fonds d'intervention régional (FIR), qui finance des actions portées par les ARS et a investi 1,05 milliard d'euros dans le champ de la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie en 2024[1]. Elle subventionne par ailleurs des **agences sanitaires** comme **Santé publique France**[2] - une dotation de 390,54 millions d'euros a par exemple été adoptée par le Parlement dans le cadre de la dernière LFSS[3].

Les missions de Santé publique France en matière de prévention en santé

Le rôle de Santé publique France est **d'améliorer et de protéger la santé des populations**. Elle s'appuie pour cela sur **trois axes** majeurs : **anticiper les risques sanitaires, comprendre l'état de santé des populations, et agir sur la promotion de la santé** en mettant en œuvre des campagnes de prévention, en influant sur les environnements et en répondant aux crises sanitaires.

En matière de prévention, l'agence **conçoit et diffuse des campagnes nationales d'information et de sensibilisation** sur les grands enjeux de santé publique : nutrition, activité physique, vaccination, santé sexuelle, addictions, santé mentale ou encore prévention des risques saisonniers (canicule, noyades, exposition aux UV). Cette mission devrait toutefois être **transférée au ministère de la santé et à la Cnam** à la suite du recentrage stratégique des missions de l'agence annoncé en janvier dernier par la ministre de la santé.

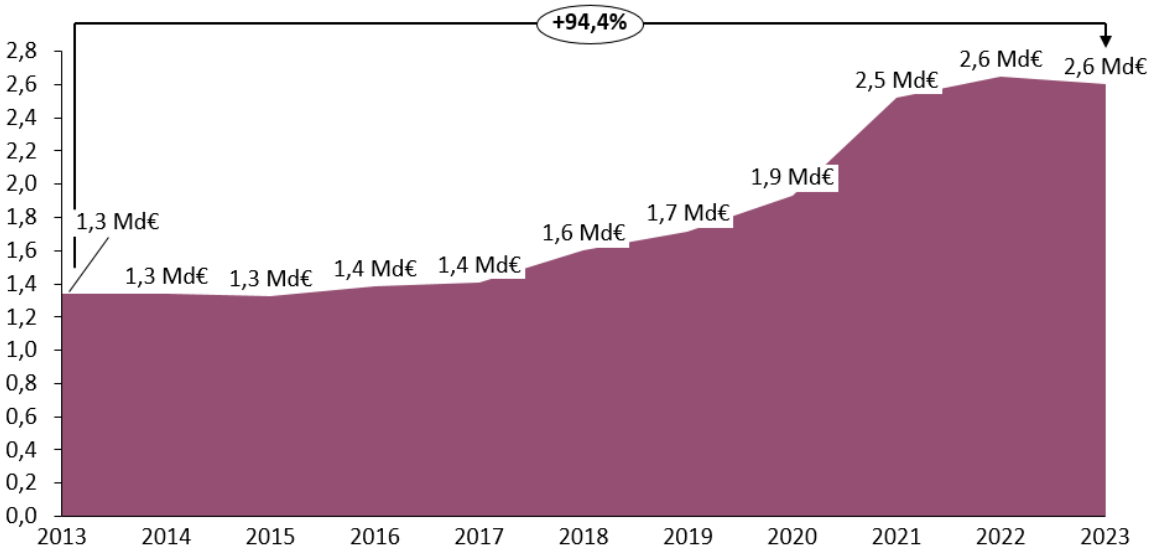
Santé publique France produit, enfin, des **contenus pédagogiques à destination du grand public** et des professionnels, **anime plusieurs sites de référence en matière de prévention**, pilote des dispositifs d'aide à distance comme Tabac Info Service et appuie les politiques publiques par l'expertise scientifique, l'évaluation des actions de prévention et l'identification des publics prioritaires.

Elle développe également des **actions spécifiques en santé environnementale**, notamment sur la qualité de l'air, l'exposition aux substances chimiques et aux perturbateurs endocriniens, ainsi que sur l'adaptation aux fortes chaleurs *via* des dispositifs comme « Vivre avec la chaleur ».

Son action s'inscrit dans une logique populationnelle visant à agir en amont des maladies et à renforcer durablement les comportements favorables à la santé.

[1] Cf. infra.
[2] *Article L. 1413-1 du code de la santé publique.*
[3] *Article 107 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026.*

Évolution des dépenses de l'assurance maladie en faveur de la prévention institutionnelle entre 2013 et 2023



Source *: Commission des affaires sociales du Sénat*

• Plus qu'un simple financeur, **l'assurance maladie est également la courroie de transmission** de la politique nationale de prévention.

Elle **met en œuvre certains dispositifs d'« *aller vers* »** pour informer les assurés sur les actions de prévention auxquelles ils sont éligibles et stimuler les taux de participation. L'assurance maladie identifie et invite par exemple à la vaccination antigrippale 17 millions d'assurés par an et se charge d'envoyer des **courriers pour la participation aux examens de prévention bucco-dentaire ou aux trois dépistages organisés** du cancer (6,6 millions d'invitations initiales en 2024 pour le dépistage organisé du cancer du sein, 13,5 millions d'invitations pour le dépistage organisé du cancer colorectal, 8,1 millions pour le dépistage organisé du col de l'utérus).

En complément, la convention d'objectifs et de gestion 2023-2027 de la Cnam a **pérennisé l'aller vers téléphonique**, expérimenté pour la vaccination contre le covid-19, afin de **contacter les assurés vulnérables** ou éloignés du système de santé. La Cnam indique ainsi, en réponse au questionnaire des rapporteurs, qu'« *en 2024,* ***257 849 accompagnements téléphoniques*** *ont été réalisés en faveur de la promotion des dépistages organisés des cancers pour les assurés éligibles* », sans médecin traitant, bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou atteints d'une affection de longue durée.

Les priorités de l'assurance maladie en matière de prévention

L'assurance maladie s'efforce de définir des priorités claires afin de **structurer ses actions** en matière de prévention et d'en optimiser l'impact. Elle s'est ainsi dotée d'une feuille de route de prévention articulée autour de **quatre thèmes majeurs** :

- les **dépistages organisés des cancers**, priorité absolue de santé publique au vu des taux de prévalence en augmentation, du nombre de personnes touchées, de l'impact positif d'un dépistage précoce qui permet de sauver des vies tout en réduisant les dépenses nécessaires au traitement du patient ;

- **les vaccinations**, dont les taux stagnent voire diminuent, alors même que le rapport coût/bénéfice de ce moyen de prévention a été prouvé de longue date, et continue de l'être sur de nouvelles vaccinations ;

- **la santé de l'enfant**, les actions de dépistages et d'éducation en santé dès le plus jeune âge étant à la fois moins onéreuses et plus efficaces que des interventions tardives et curatives ;

- le **portage des bilans de prévention** nouvellement créés, afin d'inscrire Mon Bilan Prévention dans les habitudes des Français et des professionnels de santé : cette priorité illustre la volonté de l'assurance maladie de passer du « tout curatif » au préventif.

***Source** : Réponses écrites de la Cnam au questionnaire des rapporteurs*

• Enfin, si la définition des objectifs nationaux en matière de prévention relève de la responsabilité de l'État**, l'assurance maladie se montre force de proposition** *via* **les rapports dits « Charges et produits » et** par **ses propres initiatives**. Deux exemples emblématiques sont la **mission « Retrouve ton cap »**[1], ayant permis de mettre en place un **parcours pluridisciplinaire de prévention de l'obésité infantile**[2] et le service d'accompagnement des personnes souffrant de **diabète** « **Sophia** »[3], visant à **améliorer leur qualité de vie** et à réduire les risques de complications.

c) Les collectivités territoriales : un engagement croissant en faveur de la prévention, y compris hors compétence et sans compensation

L'implication des collectivités territoriales dans la prévention en santé s'est progressivement affirmée comme un **levier essentiel de l'action publique**. Selon les données de la Drees, **leur effort atteint 1,1 milliard d'euros en 2023**[4], soit 15 % des dépenses institutionnelles totales. Ce niveau a **augmenté de près de 100 millions d'euros** sur la dernière décennie.

[1] *D'abord lancé sous forme expérimentale en 2017, ce programme a été généralisé en 2022.*

[2] *Décret n° 2022-1394 du 31 octobre 2022 relatif aux conditions de mise en œuvre du parcours de prévention de l'obésité infantile par les centres et maisons de santé et arrêté du 14 novembre 2022 fixant le cahier des charges destiné aux maisons de santé et aux centres de santé souhaitant mettre en place le parcours pluridisciplinaire de prévention de l'obésité infantile.*

[3] *Lancé sous forme expérimentale en 2008 et pérennisé en 2013,* cf. infra.

[4] *Le jaune budgétaire relatif à la prévention indique également un effort de 1,1 milliard la même année.*

• L'essentiel des crédits provient des **départements**, qui assument le financement de la PMI[1] (883 millions d'euros) ainsi que les trois quarts des dépenses d'information, de promotion et d'éducation à la santé (133 millions d'euros en incluant l'ensemble des collectivités). Le reste est essentiellement porté par les **communes**, mais **certaines régions** se sont également engagées pour développer une politique de prévention, à l'image de la **région Centre-Val de Loire**, qui a adopté un pacte régional de santé en février 2022.

• Un **autre axe fort** de l'implication des collectivités territoriales dans la prévention en santé concerne **l'animation de centres de soins à visée préventive**. Il peut, par exemple, s'agir de centres de vaccination gratuits et accessibles à tous, ou de centres de santé sexuelle, agréés ou gérés par les départements[2]. Selon le jaune budgétaire relatif à la prévention annexé au projet de loi de finances pour 2026, **71 millions d'euros en 2023** et 62 millions d'euros en 2024 ont été consacrés à la **vaccination par les communes et les départements**, habilités à agir aux termes de l'article L. 3111-11 du code de la santé publique dans le cadre d'une convention avec l'État. Le **dépistage et la lutte contre les IST représentent 26 millions d'euros en 2023**.

Les centres départementaux de prévention santé : une initiative fructueuse du département de la Seine-Saint-Denis

En partenariat avec les services de l'État, le département de la Seine-Saint-Denis a développé sur son territoire une **offre de centres départementaux de prévention santé**, en **accès gratuit** et sans condition de couverture maladie.

Ces centres assurent à la fois les **missions d'un centre de lutte antituberculeuse** (dépistage et suivi des personnes ayant été en contact avec le bacille, prévention hors les murs), d'un **centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic ou Cegidd** (prévention, dépistage, diagnostic des IST) et d'un **centre de vaccination**.

Ils assurent également **l'information des personnes** et leur dispensent des conseils pour les aider à **prendre soin de leur santé**.

• Hors de la comptabilisation au sens de la DCSi, les collectivités territoriales, défendant une approche « *One Health* » ou « Une seule santé », sont mobilisées pour développer les comportements favorables à la santé, qu'il s'agisse d'efforts de sourçage des produits alimentaires pour la restauration collective, de l'aménagement d'espaces pour la pratique sportive ou d'initiatives en matière de santé environnementale.

Au plus près des populations, les communes, départements et régions disposent d'une **capacité d'intervention concrète**, adaptée aux spécificités locales, notamment en matière de **promotion des comportements favorables à la santé**, de lutte contre les inégalités territoriales et d'accès à l'information

[1] *Article L. 2112-1 du code de la santé publique.*
[2] *Article L. 2311-2 du code de la santé publique.*

sanitaire. Leur proximité avec les administrés confère aux collectivités une légitimité particulière pour compléter l'action de l'État et de l'assurance maladie, bien que cette compétence ne leur soit pas toujours juridiquement dévolue.

Par conséquent, l'implication des collectivités territoriales en matière de prévention demeure **marquée par une certaine hétérogénéité**. Les initiatives locales, souvent innovantes, reposent encore **largement sur le volontarisme des élus et la mobilisation d'acteurs de terrain**, poussés par des **demandes fortes des administrés**. L'association des maires ruraux de France (AMRF) rappelle ainsi que « *la santé est une compétence de l'État, et que* ***c'est la défaillance de l'État qui fait que ce sujet est pris en compte par d'autres acteurs*** ».

Dans ce cadre, les collectivités territoriales sont nombreuses à se saisir des **contrats locaux de santé** (CLS)[1] pour répondre « *à la* ***pression des concitoyens*** »[2]. Si l'AMRF reconnaît qu'il « *peut arriver de* ***belles collaborations*** *dans le cadre de dispositifs tels que les CLS* »[3] en fonction des relations entretenues au niveau local, elle déplore toutefois un **manque d'accompagnement** pour ces contrats.

En outre, **en l'absence de financement compensatoire** pour l'engagement des collectivités en faveur de la prévention, les **moyens financiers et humains qui y sont consacrés apparaissent insuffisants au regard des enjeux**. Les collectivités territoriales, en particulier les plus petites d'entre elles, se heurtent à des **contraintes budgétaires croissantes qui limitent leur capacité à déployer des actions pérennes**.

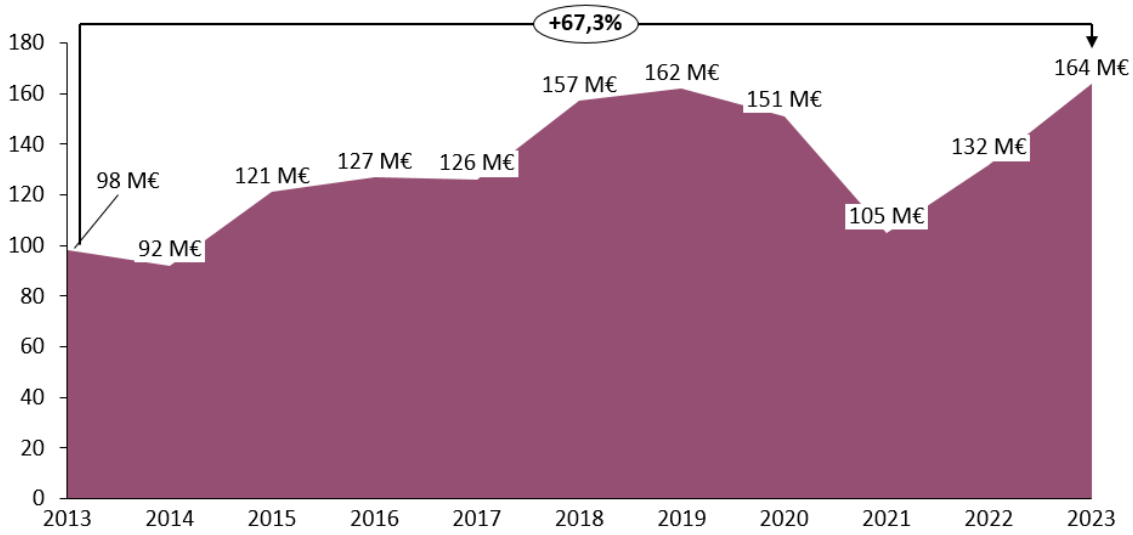
d) Les complémentaires santé : une implication en faveur de la prévention sous-estimée par les statistiques

• Les c**omplémentaires santé** ont également pris le tournant **de la prévention**, tant en **complétant la prise en charge assumée par l'assurance maladie** sur les actions non intégralement remboursées que par des **actions autonomes, de natures très variées**.

164 millions d'euros de dépenses institutionnelles en faveur de la prévention sont attribués aux complémentaires santé dans les données publiées par la Drees au titre de l'année 2023, un total en évolution dynamique de **+ 67 % en dix ans** porté essentiellement par la **solvabilisation du ticket modérateur sur les actes de prévention**, en premier lieu les vaccins.

[1] Cf. infra.
[2] *Réponses écrites de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté au questionnaire des rapporteurs.*
[3] *Réponses écrites de l'AMRF au questionnaire des rapporteures.*

Évolution des dépenses des complémentaires santé en faveur de la prévention institutionnelle entre 2013 et 2023



Source *: Commission des affaires sociales du Sénat*

• Pour autant, ces données **ne sauraient retracer fidèlement le niveau d'engagement des complémentaires santé** en la matière, une part importante des dépenses réalisées relevant de la **prévention non institutionnelle**.

Le groupe mutualiste Vyv indique ainsi, dans ses réponses au questionnaire des rapporteurs, consacrer « ***près de 1,8 % des cotisations perçues, soit environ 85 millions d'euros****, [à des] actions spécifiques de prévention* », en sus des prises en charge complémentaires à celles de l'assurance maladie, tandis que **Malakoff Humanis revendique 65 millions d'euros d'investissement en la matière**, soit environ 1 % des cotisations perçues.

Toutefois, **aucun des représentants** des différentes familles de complémentaires santé n'a été à même, lors des auditions, de **chiffrer l'effort total en matière de prévention** – institutionnelle ou non – des organismes dont ils portent la voix. Cela tient notamment **à l'absence de définition harmonisée des prestations rentrant dans le champ de la prévention**.

Par conséquent, il apparaît **excessivement délicat**, en l'état des données disponibles, de **chiffrer le montant investi** chaque année par les complémentaires santé pour la prévention, même s'il est raisonnable de penser qu'il est **au moins équivalent au double ou au triple de la valeur mise en avant par la Drees** au vu des données parcellaires récoltées.

• L'action des mutuelles concerne essentiellement la **prévention primaire** et prend la forme **d'opérations de communication**, de sensibilisation ou d'accompagnement des assurés. Elles sont **parfois ciblées sur certains risques comme dans le cadre de contrats collectifs obligatoires** en environnement professionnel, sur lesquels les complémentaires santé disposent d'une **légitimité particulière à agir**.

Certaines mutuelles s'investissent également dans **le champ de la prévention secondaire ou tertiaire**, avec des programmes dédiés.

Quelques exemples d'actions de prévention menées par les complémentaires santé

Mon Bilan Cardio, Malakoff Humanis

Malakoff Humanis a développé un **dispositif de prévention secondaire intitulé « Mon bilan cardio »**, reposant sur une **évaluation individualisée des risques et la proposition d'un parcours de dépistage adapté** à chaque personne. Ce programme est accessible à l'ensemble des salariés, indépendamment de leur âge ou de leur statut professionnel.

Le dispositif s'appuie sur des **outils numériques de santé** permettant un déploiement sur l'ensemble du territoire, y compris dans des zones caractérisées par une offre médicale limitée. Il vise à proposer une **alternative aux bilans de santé classiques**, avec un coût annoncé inférieur à celui de dispositifs comparables.

Le programme a pour objectif **d'identifier des facteurs de risque, de favoriser le repérage précoce** de pathologies chroniques liées aux risques cardio-métaboliques et, le cas échéant, **d'orienter les bénéficiaires vers leur médecin traitant ou des spécialistes**. Une **extension à d'autres pathologies**, notamment certains cancers, est **en cours de développement**.

L'infrastructure technique est **opérée par une entité dédiée**, distincte du groupe, spécialisée dans la gestion de programmes médicalisés. Il est indiqué que les **données de santé ne sont pas accessibles** aux employeurs ni à l'organisme assureur.

Selon les données communiquées, **22 000 bilans ont été réalisés depuis le lancement en 2023**, avec un taux de **participation autour de 10** %. 44 % des utilisateurs se sont vus notifier un risque élevé sur au moins une pathologie, et 62 % d'entre eux déclarent avoir l'intention de modifier leurs habitudes ou de consulter leur médecin à ce sujet.

Audits d'ergonomie, Aésio

Aésio met en œuvre un **accompagnement personnalisé pour certaines entreprises** avec lesquelles elle a conclu un contrat d'assurance complémentaire santé collective, avec notamment des **audits d'ergonomie sur les postes exposés à des arrêts de travail fréquents**, afin d'adapter les conditions d'exercice pour prévenir la survenue de pathologies.

Outil de prévention Vivoptim, Groupe Vyv

Vivoptim est un **outil physique et digital de prévention développé par le groupe Vyv**, qui porte les **programmes de prévention secondaire du groupe notamment concernant le sport santé et la santé mentale**. Ces parcours d'accompagnement santé sont **validés médicalement et scientifiquement**.

Accès au service Betterise, Harmonie Mutuelle

Harmonie Mutuelle propose à l'ensemble de ses adhérents **un accès gratuit au service de télésanté Betterise**, qui dispense des **conseils personnalisés sur diverses thématiques de santé** (alimentation, sommeil, addictions, stress, troubles musculosquelettiques), avec des programmes de *coaching* associés.

L'agent IA Mo, Alan

L'assureur Alan a développé un agent IA appelé « Mo », délivrant des **réponses revues par un médecin sous moins d'un quart d'heure**. Cet agent IA peut avoir des **applications utiles en matière de prévention** : 70 % des utilisateurs disent se sentir **à l'aise pour évoquer avec l'agent IA des sujets qu'ils n'avaient jamais évoqués avant avec des professionnels de santé**, ce qui peut permettre de détecter plus précocement des problèmes de santé – cancers des testicules ou IST notamment.

Les programmes digitaux de la Clinique Alan, Alan

La **« clinique » en ligne d'Alan**, une interface numérique permettant d'échanger avec des professionnels de santé en ligne, fait figurer différents **programmes digitaux de prévention ciblés sur certains risques**, notamment **les troubles musculosquelettiques et la santé mentale**.

• Les initiatives des complémentaires santé **se heurtent toutefois à trois obstacles majeurs, détaillés ultérieurement dans le rapport**.

D'une part, un certain nombre de programmes de prévention proposés par les complémentaires santé ne répondent pas à la définition comptable d'une prestation et sont donc, à défaut, **catégorisés comme des frais de gestion**[1].

D'autre part, la **difficulté pour les complémentaires santé d'accéder aux données de santé** de leurs adhérents limite leur champ d'action – il leur est, dans ce contexte, **particulièrement difficile d'œuvrer pour une prévention ciblée**, moins encore pour une prévention individualisée, alors que les potentialités en la matière sont prometteuses.

Des marges de progression existent par ailleurs pour développer l'efficience de l'action des complémentaires santé en matière de prévention : **non ou peu associées à la définition des priorités nationales**, les complémentaires santé mènent des actions **de leur propre initiative, sans réelle articulation** avec les programmes conduits par l'État ou l'assurance maladie.

[1] *Arrêté du 6 mai 2020 précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire des informations relatives aux frais de gestion au titre des garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.*

Les caisses de retraite : des acteurs essentiels de la prévention de la perte d'autonomie et de la promotion du bien vieillir

Les complémentaires santé ne sont pas les seuls assureurs complémentaires à s'investir en matière de prévention. Les complémentaires retraite occupent notamment, aux côtés des caisses d'assurance vieillesse de base, une place singulière dans la prévention de la perte d'autonomie. Leur action se fonde sur la promotion du bien vieillir, selon une conception globale du vieillissement associant prévention des pathologies et maintien des capacités physiques, cognitives et sociales des assurés.

Ces organismes déploient, sur l'ensemble du territoire, une offre de prévention diversifiée combinant des actions de sensibilisation, des ateliers collectifs ou des parcours de prévention agissant sur les principaux déterminants du maintien de l'autonomie : adaptation de l'activité physique, qualité de l'alimentation, préservation du sommeil et lutte contre l'isolement social, notamment.

Les caisses de retraite, fortes de leur ancrage territorial et de leur connaissance du parcours de vie des patients, jouent également un rôle majeur dans le repérage précoce des fragilités et l'orientation des personnes vers les dispositifs et les accompagnements adaptés.

e) Les associations : un relais déterminant pour que la prévention soit l'affaire de tous

• **Certains acteurs associatifs** sont également impliqués dans la politique de prévention en santé : ces derniers constituent un **relais déterminant pour que la politique de prévention puisse être déclinée auprès de tous les publics**, y compris les personnes précaires ou éloignées du système de soins.

Il faut par exemple souligner **l'action remarquable d'associations comme la Croix-Rouge**, qui déploie une politique **d'aller vers en faveur des personnes vulnérables** pour les sensibiliser et les faire adhérer aux actions de prévention auxquelles elles sont éligibles.

L'action de la Croix-Rouge en faveur de la prévention en santé

Diverses actions menées par la Croix-Rouge contribuent à la politique de prévention en santé, dont suivent quelques exemples :

- la Croix-Rouge reçoit, au sein de ses **Accueils santé social**, des **personnes précaires** qui peuvent y bénéficier de diverses prestations de santé, incluant des **actions d'éducation à la santé ou de prévention telles que des vaccinations** ;

- la Croix-Rouge anime **sept centres de PMI**, dans lesquels sont proposées **des actions de prévention médico-sociale gratuites** pour les femmes enceintes, les jeunes parents et les enfants en bas âge ;

- au sein de **ses espaces bébé-parents**, la Croix-Rouge accueille des **jeunes parents en difficulté sociale ou financière** pour leur fournir un accompagnement et leur prodiguer des conseils. S'y déroulent également des **ateliers animés par des professionnels de santé** pour sensibiliser les parents à la **promotion de la santé de leur enfant**.

• Les associations jouent également un **rôle particulièrement décisif dans certains pans de la politique de prévention**, comme la **lutte contre les addictions et la santé mentale**.

Dans le domaine des conduites addictives, **les associations interviennent à la fois en amont**, par des actions de sensibilisation et de réduction des risques, **et en aval**, par l'accompagnement des personnes concernées vers les dispositifs de soins. Leur approche, souvent fondée sur la **confiance et la proximité**, favorise l'adhésion des publics et permet de **lever certains freins**, notamment liés à la **stigmatisation ou à la méfiance à l'égard des institutions**.

L'action d'Addictions France en faveur de la prévention en santé

Addictions France s'appuie sur des professionnels de la prévention pour conduire **des interventions auprès de publics prioritaires portant sur l'ensemble des conduites addictives, avec et sans substances**, visant à renforcer les compétences individuelles et collectives à faire des choix favorables à la santé et à **prévenir le passage de l'usage à l'usage à risque, l'usage nocif ou la dépendance**.

Leur approche se fonde sur **l'accueil inconditionnel des personnes**, **la suspension du jugement moral** et **la participation et l'adhésion des publics**.

Dans le **domaine de la santé mentale**, les associations sont **particulièrement actives dans l'information, le repérage précoce, les dispositifs d'écoute et la lutte contre la stigmatisation**. Elles constituent souvent le **premier point de contact** pour des personnes éloignées du soin ou réticentes à s'adresser directement au système de santé. **L'action des associations complète là encore utilement l'action publique** en développant une approche **moins institutionnelle, donc moins intimidante** pour les personnes concernées.

Nightline France, une association active dans la prévention en santé mentale chez les jeunes

Fondée en 2016, l'association **Nightline France** est une « *association de prévention et de promotion de la santé mentale des jeunes – et particulièrement des étudiants* »[1]. Suivant une **approche de pair à pair**, faisant la part belle à **l'accessibilité numérique et l'anonymat**, elle développe, auprès des étudiants :

- des **dispositifs de prévention par les pairs**, notamment des **lignes d'écoute nocturnes** (18 330 chats et appels en 2023-2024) et le dispositif **Sentinelles étudiantes**, visant à **apprendre aux étudiants à repérer leurs pairs en détresse** et à les orienter ;

- des **campagnes sur le mal-être étudiant** (22 millions de vues en 2024) ;

- des **actions de sensibilisation de pair à pair** dans les établissements d'enseignement supérieur (28 000 jeunes rencontrés en 2024).

• L'effort financier consenti par les associations en faveur de la prévention ne fait l'objet d'aucune consolidation.

f) Les professionnels de santé : une expertise à valoriser

• L'implication des professionnels de santé constitue un **levier déterminant** pour le développement d'une politique de prévention plus efficace. En **première ligne du système de soins**, ils disposent d'un **contact direct et régulier avec les patients**, propice à la diffusion de messages de prévention, au repérage précoce des facteurs de risque et à l'orientation vers des dispositifs adaptés. Cette position privilégiée leur confère un rôle central dans l'évolution des pratiques vers une **approche davantage tournée vers l'anticipation plutôt que vers la seule prise en charge curative**.

Le **médecin traitant** est appelé à jouer un rôle particulier en faveur de la prévention : l'article 18-1 de la convention médicale[2] fait ainsi de la **contribution à la participation des patients aux actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé** l'une des **composantes clés de ses missions**.

• Toutefois, l'intégration de la prévention dans l'exercice quotidien des professionnels de santé **se heurte encore à plusieurs obstacles**.

D'une part, comme le note judicieusement le Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom) dans ses réponses écrites au questionnaire des rapporteurs, les actions de prévention conduites souffrent « *d'un* ***isolement des professionnels de santé libéraux****, souvent peu intégrés aux dispositifs locaux de prévention* ». Il en découle, selon le Conseil national de l'ordre des infirmiers

[1] *Réponses écrites de Nightline France au questionnaire des rapporteurs.*

[2] *Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, conclue le 4 juin 2024.*

(Cnoi), « *une* ***sous-utilisation des compétences des professionnels*** *de santé de proximité* » dans la conduite de ces politiques[1].

D'autre part, le **modèle de rémunération**, historiquement centré sur l'acte, n'a que **partiellement valorisé les activités de prévention**, souvent perçues comme chronophages et **insuffisamment reconnues**. Dans ce contexte, les récentes évolutions conventionnelles traduisent une volonté de rééquilibrage en faveur de ces missions[2].

Plus largement, le développement de la prévention suppose une **mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé**, y compris les infirmiers, pharmaciens et autres acteurs de proximité, dans une **logique coordonnée et pluridisciplinaire**.

Les cabinets bucco-dentaires mobiles : une expérimentation « article 51 » qui traduit l'intérêt de l'engagement des professionnels de santé dans la prévention

La **fondation Texier-Gallas** porte, en partenariat avec plusieurs acteurs dont le conseil départemental de l'Eure-et-Loir, le conseil régional de Centre-Val de Loire et le conseil départemental de **l'ordre des chirurgiens-dentistes de l'Eure-et-Loir**, une expérimentation « article 51 »[3] visant à mettre en place un **parcours bucco-dentaire mobile pour les personnes âgées ou handicapées** hébergées dans un établissement ou service médico-social.

Cette initiative, fondée sur une **démarche d'aller vers**, touche **3 000 patients éloignés du soin dentaire en leur faisant bénéficier d'actions de prévention bucco-dentaires et de soins subséquents**.

g) Les autres acteurs de la prévention : les établissements de santé, les entreprises et les écoles

Dresser une **liste exhaustive des acteurs de la prévention relèverait de la gageure** tant ils sont diversifiés ; il a toutefois semblé important aux rapporteurs de mentionner ici **le rôle :**

- des établissements de santé, qui constituent **des acteurs essentiels du repérage précoce, de l'éducation à la santé, du dépistage et de l'accompagnement** des patients atteints de pathologies chroniques et sont des lieux privilégiés d'innovation organisationnelle et médicale ;

- des entreprises, qui **financent la médecine du travail** pour **près de 2 milliards d'euros par an** et mènent en leur sein des actions de prévention et de promotion de la santé ;

- et des écoles, qui jouent un rôle déterminant pour **inculquer aux élèves, dès le plus jeune âge, les réflexes adéquats**.

---

[1] *Réponses écrites du Cnoi au questionnaire des rapporteurs.*
[2] Cf. infra.
[3] Cf. infra.

Le présent rapport s'attache, *infra*, à décrire le rôle de ces acteurs et les perspectives d'évolution à envisager.

2. Une gouvernance qui ne permet pas une coordination efficace entre les différents acteurs

a) La multiplicité des acteurs pourrait conduire à développer la complémentarité des actions et à renforcer l'efficience des politiques conduites

Il ressort des auditions conduites par les rapporteurs qu'il serait erroné de conclure que cette diversité d'acteurs dans le champ de la prévention soit en elle-même un frein à l'efficacité de cette politique[1].

La Mutualité française souligne ainsi que « ***le volume d'acteurs n'est pas [...] le problème au sujet de l'efficacité de l'action collective des politiques de prévention*** »[2], un constat partagé par Santé publique France, qui défend que la **pluralité d'organismes concernés pourrait être source de « *synergies* »**[3].

• Comme les développements précédents l'ont souligné, **les différentes catégories d'acteurs impliqués dans la politique de prévention disposent de caractéristiques et d'avantages comparatifs propres**, rendant leur action pertinente.

L'assurance maladie bénéficie ainsi d'une **forte assise institutionnelle et de capacités opérationnelles lui permettant de s'adresser au plus grand nombre**, tandis que les **complémentaires santé** disposent d'une **proximité particulière avec leurs adhérents à même de faciliter la gestion cruciale du « dernier kilomètre »,** ou de faciliter la mise en œuvre de la prévention en santé dans l'environnement professionnel grâce aux contrats collectifs. Les **collectivités territoriales** jouissent d'une **connaissance aigüe des besoins locaux** et des caractéristiques socioéconomiques et environnementales de leur territoire, précieuse pour **agir sur les déterminants de santé spécifiques à chaque subdivision géographique** et les **associations**, **fortes de leur approche de proximité**, sont les plus à même de sensibiliser à la prévention **les assurés les plus fragiles**.

Les rapporteurs ne peuvent donc que reprendre à leur compte les remarques émises par l'Association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN) ; la « ***diversité [d'acteurs] constitue une source de richesse*** *: elle permet une* ***grande variété d'approches, d'expérimentations locales et de formats d'intervention*** »[4].

---

[1] *Certaines exceptions doivent toutefois être notées : Régions de France estime par exemple que* « le millefeuille des acteurs de la prévention rend difficilement lisibles les actions de chacun, que ce soit auprès des acteurs ou des publics cibles ».

[2] *Réponses écrites de la Mutualité française au questionnaire des rapporteurs.*

[3] *Réponses écrites de Santé publique France au questionnaire des rapporteurs.*

[4] *Réponses écrites de l'AFDN au questionnaire des rapporteurs.*

• Chacun peut donc avoir **son rôle à jouer dans la politique de prévention**, à condition d'une **gouvernance structurée, horizontale et ouverte**, permettant de valoriser au mieux les apports de chaque catégorie d'acteurs.

Malheureusement, les **modalités de gouvernance actuelles** de la politique de prévention en France **pêchent à la fois par leur centralisation excessive et par une certaine verticalité**, qui font **obstacle à l'efficience des interventions et ne permettent pas la valorisation des plus-values des différentes catégories d'acteurs**.

b) Une gouvernance excessivement centralisée, qui n'associe pas l'ensemble des acteurs et provoque une dispersion des actions

La gouvernance de la politique de prévention s'avère, d'une part, **excessivement centralisée**.

Si la **SNS fait l'objet de concertations et d'une consultation publique**, sa **conception reste concentrée autour du ministère de la santé**.

• **Au sein même de la sphère étatique**, il est **regrettable que d'autres ministères n'y soient pas davantage associés**. Il ne fait **aucun doute** que le **ministère de l'éducation nationale ou celui de l'environnement** ont un rôle à jouer dans les politiques de promotion de la santé ou de prévention. Cette **conception cloisonnée fait obstacle au développement d'une approche « *Une seule santé* »**, tenant compte des interactions entre la santé humaine et les déterminants socio-environnementaux.

Les collectivités territoriales, qui sont certainement les principales promotrices de cette approche, regrettent d'ailleurs « ***l'absence d'une politique interministérielle*** »[1] en matière de prévention. Elles rejoignent en cela la Drees, chargée de l'évaluation de la première SNS, qui avait **préconisé pour la suivante un portage de haut niveau et interministériel**.

• En dehors de la sphère étatique, **les conséquences n'en sont pas moins lourdes sur l'efficience de l'ensemble des actions conduites** en faveur de la prévention.

Il s'agit là de l'un des **enseignements principaux des auditions conduites par la mission** : les acteurs de la prévention ne relevant pas du champ de l'État ou de la sécurité sociale **déplorent à l'unisson d'être insuffisamment associés à la détermination des priorités nationales** en la matière **et à la réflexion stratégique sur la conduite de ces politiques**.

Il en résulte **quatre principaux facteurs d'inefficience** de la politique de prévention.

‣ D'abord, la **centralisation excessive** de la gouvernance de la politique de prévention **minore l'efficacité des politiques nationales conduites en n'utilisant pas à leur plein potentiel des acteurs pourtant volontaires**.

[1] *Réponses écrites de l'ADF au questionnaire des rapporteurs.*

Les rapporteurs se proposent d'illustrer leur propos par l'exemple des **taux de participation aux dépistages organisés,** ou par ceux de la campagne M'T Dents qui ne sont guère meilleurs, en particulier chez les populations les plus fragiles[1].

Cela pose la **question décisive de la capacité de l'assurance maladie à gérer seule le « dernier kilomètre »**. Si celle-ci a une **puissance de frappe incomparable pour informer les assurés** des actions de prévention auxquelles ils sont éligibles, **l'information ne suffit pas toujours à convaincre les assurés de passer à l'action** pour réaliser le dépistage.

Toutefois, faute de concertation entre acteurs, **les assurés sont incités à participer au dépistage sans y être véritablement encouragés**, ce qui participe à expliquer les faibles taux d'adhésion.

‣ Au-delà de cela, le **défaut de coordination** entre les différents acteurs est **source de dysfonctionnements organisationnels faisant perdre en crédibilité l'ensemble de la politique de prévention** auprès des assurés – il s'agit là d'un **écueil à ne surtout pas négliger**.

Certaines **relances auprès d'assurés ayant déjà réalisé leurs actions de prévention** ou la **sollicitation d'assurés déjà atteints par une maladie pour la dépister** ou pour réduire ses risques de survenue sont autant de facteurs qui **sapent la confiance en les actions menées** et **entretiennent la confusion**, augmentant ainsi le risque de non-participation aux propositions ultérieures.

‣ En outre, l'absence d'intégration des différents acteurs de la prévention au sein de la gouvernance de cette politique se traduit par une **superposition et une dispersion des actions menées**, sans approche globale ni recherche de cohérence. **Chaque acteur travaille en silo**, en développant ses propres solutions. **Loin de valoriser la richesse que constitue l'engagement d'une grande diversité d'acteurs en faveur de la prévention, sa gouvernance centralisée contribue donc à les mettre en concurrence, diminuant ainsi la lisibilité de la politique menée**.

À titre d'exemple, une complémentaire santé auditionnée propose à ses assurés **des bilans de santé permettant de faire le point sur les habitudes de vie de l'assuré et sur ses principaux facteurs de risque**. Si l'initiative est louable, **elle se superpose largement avec les bilans prévention aux âges clés de la vie**, pilotés par l'État et financés par la sécurité sociale, ce qui peut générer **de la confusion voire de la redondance pour les assurés**.

Les rapporteurs ne peuvent donc qu'abonder dans le sens du Cnom lorsque celui-ci constate que « ***la collaboration entre les acteurs publics et privés dans le champ de la prévention reste largement perfectible***. *Bien que chacun mène des actions,* ***la vision d'ensemble est fragmentée****, et les initiatives, souvent juxtaposées,* ***ne s'intègrent pas dans un parcours de santé cohérent pour le***

[1] Cf. infra.

citoyen »[1]. Unicancer, comme une grande partie des acteurs auditionnés, souscrit à ce constat, considérant que la « ***démultiplication de dispositifs similaires, financés par des canaux différents****, sans évaluation commune ni mutualisation des bonnes pratiques* » est **source d'inefficience dans les politiques conduites**.

‣ Les **répercussions de la centralisation des prises de décision se ressentent enfin à l'échelle locale** : les politiques nationales décidées à Paris sont **parfois perçues comme « hors-sol »** par les acteurs de terrain – notons qu'il pourrait difficilement en être autrement.

Ce constat est **largement partagé** parmi les acteurs auditionnés. Pour l'ADF, les relations sont « ***trop technocratiques alors qu'une vision partagée des besoins d'un territoire serait nécessaire*** »[2]. Le Cnom déplore quant à lui un « ***pilotage trop centralisé, souvent peu adapté aux réalités locales*** »[3], tandis que l'association France Addictions ajoute que « *trop souvent,* ***les décisions sont prises sans concertation réelle avec les structures de terrain****, alors qu'elles possèdent une expertise précieuse et une connaissance fine des besoins des publics concernés* »[4].

• Les complémentaires santé, les collectivités territoriales, les professionnels de santé et les associations réclament donc tous de voir leur rôle revalorisé dans le pilotage et dans la gouvernance de la politique en matière de prévention.

La Mutualité française regrette ainsi que les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) soient « ***trop souvent mis à contribution sans être associés ni aux orientations****, ni aux solutions décidées, ni à leur suivi* » et argue que « *l'État et l'assurance maladie* ***ne peuvent être les seuls dépositaires de la politique de prévention*** »[5].

Le Cnom fustige quant à lui « ***l'isolement des professionnels de santé libéraux, souvent peu intégrés*** »[6] dans les politiques menées.

De même, les rapporteurs s'associent pleinement aux déclarations de France Addictions, qui déplore que les associations « *so[ie]nt* ***encore insuffisamment intégrées aux stratégies nationales de prévention*** *pilotées par l'État et l'assurance maladie* ».

Les revendications des collectivités territoriales concernent, au-delà des questions nationales, **la déclinaison opérationnelle et localisée des politiques** : l'AMRF et l'ADF pointent notamment du doigt **l'insuffisante représentation des collectivités territoriales dans la gouvernance des ARS**[7], qualifiée de « *saupoudrage* »[8].

---

[1] *Réponses écrites du Cnom au questionnaire des rapporteurs.*
[2] *Réponses écrites de l'ADF au questionnaire des rapporteurs.*
[3] *Réponses écrites du Cnom au questionnaire des rapporteurs.*
[4] *Réponses écrites de France Addictions au questionnaire des rapporteurs.*
[5] *Réponses écrites de la Mutualité française au questionnaire des rapporteurs.*
[6] *Réponses écrites du Cnom au questionnaire des rapporteurs.*
[7] *Articles L. 1432-1, L. 1434-1, L. 1434-10, R. 1434-1, R. 1434-9 du code de la santé publique.*
[8] *Réponses écrites de l'AMRF au questionnaire des rapporteurs.*

c) Une gouvernance verticale, qui laisse peu de place aux remontées de terrain

La gouvernance de la politique de prévention se caractérise en outre par une forte verticalité.

Les **différents acteurs** de la prévention ne sont **pas ou peu invités à tirer le bilan des actions** qu'ils mènent à leur échelle, ni à **communiquer sur les difficultés associées à la mise en œuvre des actions d'ampleur nationale**.

Cela rend **difficile l'exploitation des remontées de terrain** et le **partage de bonnes pratiques entre acteurs**, obérant en outre la **généralisation d'opérations de prévention fructueuses conduites sur un champ restreint**.

Au total, cette **verticalité tend à limiter la capacité d'apprentissage collectif du système de prévention** et à **ralentir la généralisation d'actions pourtant éprouvées**, au détriment d'une approche plus collaborative, adaptative et fondée sur les retours d'expérience.

Les idées innovantes ne manquent pourtant pas : comme l'indique l'AFDN, une grande diversité « *d'expérimentations locales et de formats d'intervention […] peuvent nourrir les politiques publiques* ***si elles sont capitalisées et mises en cohérence dans une logique de parcours*** »[1]. Les rapporteurs se proposent **d'énumérer quelques initiatives** qui mériteraient d'être évaluées pour voir leur champ étendu ou pour inspirer des actions futures.

• L'assureur français Alan fait par exemple office de **précurseur** pour favoriser les comportements favorables à la santé avec son **application Alan Play**, qui **mobilise les sciences comportementales au service de la prévention**. Celle-ci utilise **le levier de la « *gamification* »**, c'est-à-dire de la **transformation de tâches en un jeu**, pour assurer une **adhésion renforcée** aux comportements favorables à la santé.

En **contrepartie de la réalisation d'actions quotidiennes** telles que de l'activité physique, l'assuré reçoit **des points convertibles pour réaliser des achats ou des dons.** Le caractère ludique assure un certain engagement des assurés. L'assureur recense, chez les **10 % d'utilisateurs actifs quotidiens**, une augmentation moyenne de mille pas parcourus par jour.

• Les **collectivités territoriales** proposent elles aussi certaines **approches innovantes**, dont tirer les conclusions pourrait être utile pour **améliorer l'efficience des politiques** conduites à l'échelle nationale. La ville de **Strasbourg** a par exemple mis en service **le Spot Santé, un bus se déplaçant dans les différents quartiers de Strasbourg dans une logique d'aller vers**, pour permettre aux habitants de s'informer sur leur santé et de bénéficier du dépistage de certaines pathologies.

[1] *Contribution écrite de l'AFDN au questionnaire des rapporteurs.*

• Une **troisième initiative** qui a attiré l'attention des rapporteurs a été conduite par l'association **Acteurs de la Prévention et le cercle Sens & Santé**, avec le soutien de l'ARS Île-de-France et de la FHF Île-de-France. Il s'agit de **la mise en place d'un espace prévention à l'hôpital** permettant de **transformer le temps d'attente des patients dans l'établissement en un temps consacré à la prévention**. D'abord expérimentée au centre hospitalier de Gonesse, cette initiative par la suite a été **pérennisée et étendue à d'autres établissements**.

d) Une gouvernance qui ne garantit pas la nécessaire ambition des politiques menées

Les rapporteurs regrettent enfin que **la gouvernance actuelle** de la politique de prévention ne soit **pas à même de garantir l'ambition des politiques conduites**, alors même qu'un **investissement accru dans la prévention constitue l'option à privilégier** pour améliorer l'état de santé de la population tout en garantissant la pérennité de notre système de protection contre la maladie.

Les rapporteurs ne peuvent que **partager l'analyse de Corinne Imbert**, rapporteure du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026 pour la branche maladie lorsque celle-ci déplore « *qu'à l'instar du précédent,* ***ce PLFSS manque son rendez-vous avec la prévention****, pourtant indispensable pour infléchir la trajectoire des dépenses d'assurance maladie* ».

En effet, dans un **contexte budgétaire historiquement dégradé** pour l'assurance maladie, **l'accélération du virage préventif** – coûteuse à court terme mais économe à moyen terme – **ne semble plus être une priorité pour l'exécutif**, qui s'est contenté de **mesures disparates et d'ampleur inégale**.

Si l'on ne peut que **soutenir l'objectif poursuivi par la plupart de ces évolutions**, force est de constater que celles-ci s'apparentent davantage à des **rustines visant à combler des manques ponctuels** qu'à un **corpus de mesures cohérentes traduisant une vision stratégique établie**, qu'il serait au demeurant **difficile de déterminer en l'absence d'une SNS actualisée**[1].

[1] Cf. supra.

Les mesures en lien avec la prévention dans les trois dernières LFSS : une ambition insuffisante, une vision stratégique lacunaire

Les dernières lois de financement de la sécurité sociale ont introduit **plusieurs mesures nouvelles en matière de prévention**, traduisant une volonté affichée de renforcer l'action publique dans ce domaine :

- **l'annualisation des examens de prévention bucco-dentaire** pour les mineurs (M'T Dents) et le partage de la charge entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et les complémentaires santé[1], une mesure pertinente, coconstruite avec les complémentaires santé et qui semble de nature à répondre aux difficultés observées pour faire adhérer à cette action les publics vulnérables ;

- la **mise en place de parcours d'accompagnement préventifs pour les personnes souffrant d'une pathologie à risque d'évolution vers une ALD**, une mesure non dénuée de potentiel sur le fond, mais dont la portée apparaît modeste au regard des enjeux puisque son ambition n'est pas tant de prévenir l'apparition d'une pathologie **que de retarder l'entrée dans le régime des ALD**[2] ;

- la **vaccination obligatoire,** sous réserve de recommandations en ce sens des autorités sanitaires[3] :

- d'une part, **contre la grippe pour les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes** (Ehpad) et pour les **professionnels de santé libéraux** ;

- d'autre part, **contre la rougeole pour les professionnels de santé et les personnels** des structures sanitaires et médico-sociales **prenant en charge des enfants**.

- la **pérennisation de l'expérimentation Handigynéco**[4], qui permet la mise en œuvre de **consultations longues de suivi gynécologique** pour les femmes en **situation de handicap** par des professionnels spécifiquement formés ;

- la **pérennisation de l'expérimentation sur les centres de santé et de médiation en santé sexuelle**[5] ;

- le **couplage des campagnes de vaccination contre le papillomavirus humain et contre la méningite dans les collèges**[6] ;

- la **prolongation de l'expérimentation des Haltes soins addictions**, c'est-à-dire des centres de consommation supervisée des drogues, à Paris et à Strasbourg[7] ;

- la **création d'une consultation longue sur la ménopause**, prise en charge par l'assurance maladie, à destination des femmes de 45 à 65 ans, visant à les informer et à repérer les éventuels facteurs de risque[8].

[1] *Article 63 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.*
[2] *Article 54 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026.*
[3] *Article 55 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026.*
[4] *Article 62 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.*
[5] *Article 64 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.*
[6] *Article 65 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.*
[7] *Article 58 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026.*
[8] *Article 64 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026.*

Toutefois, la commission a regretté que ces mesures s'inscrivent le plus souvent dans une **logique incrémentale, sans modification substantielle des équilibres existants ni des priorités de financement** – bon nombre d'entre elles ne **figuraient d'ailleurs pas dans le texte initial** et ont été introduites par amendement à l'initiative du Gouvernement[1].

En outre, celles-ci **restent fragmentées**, **insuffisamment articulées** entre elles et **peu lisibles** pour les acteurs de terrain comme pour les bénéficiaires.

Les **moyens budgétaires mobilisés apparaissent contraints** – quoique le plus souvent non évalués faute d'inclusion dans le PLFSS au dépôt – ce qui **limite la capacité à déployer des actions à grande échelle** ou à en assurer la pérennité. Le coût du programme Handigynéco est, par exemple, évalué à **2,8 millions d'euros par an**, celui du **couplage des campagnes vaccinales au collège de 2,2 millions d'euros** – des montants **loin de correspondre à l'ambition affichée** d'un véritable virage préventif.

Enfin, **l'absence d'objectifs structurants clairement définis et évalués affaiblit leur impact global**.

La **faible portée des mesures de prévention** contenues dans les dernières LFSS et **l'absence de grande loi en la matière** laissent à penser que **l'État n'est plus en mesure de porter seul une ambition suffisante pour la politique nationale de prévention** au regard des enjeux qui lui sont associés, même si certains sujets comme la politique vaccinale ont fait l'objet d'un engagement à saluer.

3. Un modèle de financement peu lisible pour les assurés comme pour les professionnels

a) L'absence de doctrine de prise en charge des dépenses de prévention des assurés : un risque pour le renoncement aux actions proposées

Le législateur n'a pas fixé de doctrine générale en matière de prise en charge des actes de prévention pour les assurés, de sorte qu'il est malaisé pour le patient de **savoir à l'avance si la réalisation d'un acte de prévention est susceptible d'engendrer un reste à charge pour lui**, et, dans cette hypothèse, quel en sera le montant.

La prévention a, par sa nature même, une **vocation universelle** : elle **doit pouvoir toucher le plus grand nombre**, par-delà les considérations financières. Aussi le législateur et les acteurs de la prévention s'efforcent-ils de **limiter l'effort réclamé à l'assuré** pour s'inscrire dans des actions de prévention.

---

[1] *Tel est notamment le cas de la généralisation de Handigynéco, du couplage des campagnes de vaccination en milieu scolaire, des centres de santé sexuelle ou de la consultation longue ciblée sur la ménopause.*

(1) Les actes de prévention réalisés dans certaines structures le sont à titre gratuit et ne rentrent pas dans le champ des prestations en nature de l'assurance maladie

D'abord, les **actes de prévention réalisés dans un certain nombre de structures** présentent un **caractère de gratuité pour l'assuré** : tel est notamment le cas de la **vaccination en centre de vaccination** ou **du dépistage réalisé dans les Cegidd**. Ces centres ne reposent en effet **pas sur une logique de tarification à l'acte, mais sur un financement de la structure** qui peut notamment être porté **par les ARS ou par les collectivités territoriales**.

(2) De nombreux actes de prévention font l'objet d'une prise en charge intégrale par la sécurité sociale afin d'assurer une adhésion aussi large que possible aux actions conduites

D'autre part, le législateur a prévu un **certain nombre d'exonérations de ticket modérateur** afin de garantir la **prise en charge intégrale par l'assurance maladie d'actes relatifs à la prévention**.

Ces actes ne sont **techniquement pas gratuits**, mais **plutôt intégralement remboursés**, le cas échéant, **avec dispense d'avance de frais**.

Il s'agit là d'une manière de **permettre l'adhésion du plus grand nombre à certaines actions de prévention**, en levant le frein financier **indépendamment de leur souscription à une complémentaire santé** et de la qualité de la couverture de ce contrat.

Sont ainsi exonérés de ticket modérateur :

- les **frais d'acquisition de certains vaccins** :

  - le vaccin contre la **rougeole, les oreillons et la rubéole pour les mineurs**[1] ;
  - le **vaccin contre les infections à papillomavirus humain** et les infections invasives à méningocoques dans le cadre de la campagne de vaccination dans les collèges[2] ;
  - le **vaccin contre la grippe**, pour la personne dont la vaccination est recommandée[3] ;
  - le **vaccin contre les infections à virus respiratoire syncytial** pour les femmes enceintes ;

- les **frais encourus au titre des trois campagnes nationales de dépistage des cancers**, ainsi que les frais relatifs aux actes techniques nécessaires hors du cadre des campagnes nationales pour le **dépistage du cancer du sein chez les personnes à risque**[4] ;

---

[1] *31° de l'article L. 160-14 et 11° du I de l'article R. 160-17 du code de la sécurité sociale.*
[2] *29° de l'article L. 160-14 et 11° du I de l'article R. 160-17 du code de la sécurité sociale.*
[3] *30° de l'article L. 160-14 et 11° du I de l'article R. 160-17 du code de la sécurité sociale.*
[4] *23° de l'article L. 160-14 et 6° du I de l'article R. 160-17 du code de la sécurité sociale.*

- les **frais encourus au titre du dépistage de diverses autres pathologies** :

- de l'infection par le **VIH**[1] ;
- de **l'infection par l'hépatite C**[2] ;
- depuis 2022[3], pour les assurés du moins de 26 ans, de **plusieurs[4] IST**[5] (chlamydia, syphilis, hépatite B, gonorrhée) ;

- les frais encourus au titre du **dispositif Mon bilan prévention**[6] ;

- les frais encourus au titre de **divers examens de prévention pour les jeunes publics** :

- les **examens obligatoires et les consultations de prévention chez les mineurs**[7] ;
- les frais encourus par les assurés de moins de 26 ans au titre de **consultations de prévention en santé sexuelle**[8] ;
- les frais encourus par les assurés entre 18 et 25 ans pour une **consultation de prévention des cancers et des addictions**[9].

Pour certains actes de prévention exonérés intégralement de ticket modérateur, le **tiers payant s'applique de manière obligatoire**, de sorte à dispenser d'avance de frais les assurés qui y recourent. Il en va notamment ainsi des **dépistages organisés contre le cancer**.

(3) Certaines actions de prévention sont toutefois prises en charge selon des modalités de droit commun, sans qu'une logique d'ensemble puisse transparaître, au risque de l'illisibilité pour les assurés.

Toutefois, un **certain nombre d'actes de prévention sont soumis aux conditions de prise en charge de droit commun** : l'assuré doit donc **s'acquitter du ticket modérateur**[10], qui peut le cas échéant **être solvabilisé par sa complémentaire santé**[11].

---

[1] *27° de l'article L. 160-14 et 8°* bis *du I de l'article R. 160-17 du code de la sécurité sociale.*
[2] *Article R. 160-8 du code de la sécurité sociale.*
[3] *Décret n° 2024-725 du 5 juillet 2024 relatif à la participation des assurés aux frais liés au dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et des autres infections sexuellement transmissibles mentionnées à l'article L. 162-13-2 du code de la sécurité sociale.*
[4] *27° de l'article L. 160-14 et f du 5° du I de l'article R. 160-17 du code de la sécurité sociale.*
[5] *Arrêté du 8 juillet 2024 fixant la liste des infections sexuellement transmissibles dépistées à la demande du patient en laboratoire de biologie médicale et les modalités de ces dépistages.*
[6] *8° du I de l'article R. 160-17 du code de la sécurité sociale.*
[7] *Articles L. 2132-2 du code de la santé publique, 25° de l'article L. 160-14 et 7° et 8° du I de l'article R. 160-17 du code de la sécurité sociale.*
[8] *e du 5° du I de l'article R. 160-17 du code de la sécurité sociale.*
[9] *24° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.*
[10] *I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.*
[11] *Articles L. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.*

Tel est par exemple le cas pour **l'acquisition de vaccins contre la coqueluche, la diphtérie ou le tétanos**, mais aussi des **dépistages réalisés hors campagnes nationales** ou des **consultations de prévention hors parcours**.

Aucune logique d'ensemble, aucune doctrine ne semble avoir présidé au choix de faire supporter un ticket modérateur aux assurés pour certains actes de prévention et non pour d'autres.

• Il n'y a d'abord **pas de logique de nature d'actes ou de logique de parcours** résultant d'une priorisation de certaines actions de prévention.

Le cas des vaccins apparaît, à cet égard, éloquent. Le **caractère intégral de la prise en charge** par l'assurance maladie n'est **pas corrélé au statut du vaccin dans la stratégie vaccinale**. **De nombreux vaccins obligatoires comme le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite** ou celui contre l'hépatite B **ne font pas l'objet d'une prise en charge intégrale**, tandis que **des vaccins recommandés mais non obligatoires**, comme celui contre la grippe saisonnière pour les personnes à risque, **bénéficient d'un tel traitement**.

Tableau synthétique des taux de prise en charge en fonction du statut du vaccin

Statut	Obligatoires chez le nourrisson	Recommandé	Recommandé dans certaines situations
Prise en charge à 65 %	• Diphtérie • Tétanos • Poliomyélite • Coqueluche • Hépatite B • Infections à Haemophilus influenza B • Infections à méningocoques ACWY et B • Infections à pneumocoque • Oreillons, rougeole, rubéole (après 18 ans)	• Chez le nourrisson : - Gastro-entérite à rotavirus • Chez l'adolescent : - Infections à méningocoques ACWY (hors milieu scolaire) et B - Infection à HPV (hors milieu scolaire) - Diphtérie, tétanos, poliomyélite - Coqueluche • Chez l'adulte : - Diphtérie, tétanos, poliomyélite - Coqueluche • Chez les plus de 65 ans : - Diphtérie, tétanos, poliomyélite - Zona - Infection à pneumocoque	• Hépatite • Tuberculose • Varicelle
Prise en charge à 100 %	• Oreillons, rougeole, rubéole (avant 18 ans)	• Infections à méningocoques ACWY (en milieu scolaire) • Grippe saisonnière (publics prioritaires)	• Infections à virus respiratoire syncytial

***Source** : Commission des affaires sociales du Sénat*

En tout état de cause, **l'injection du vaccin** est, sauf exceptions prévues par ailleurs par le code de la sécurité sociale, **remboursée selon les conditions de droit commun**.

Ainsi, **même lorsque l'acquisition du vaccin est intégralement prise en charge par la sécurité sociale**, un **ticket modérateur reste à la charge du patient au titre de son administration**.

• **Il n'est pas davantage possible de retracer de logique temporelle dans le choix d'exonérer ou non l'assuré de ticket modérateur :** la coexistence d'actes intégralement et partiellement pris en charge ne révèle donc pas une reconfiguration inaboutie de l'ensemble des actions de prévention vers l'une ou l'autre de ces modalités de prise en charge.

Les **examens de prévention bucco-dentaire** chez les jeunes, **autrefois pris en charge intégralement** par l'assurance maladie, font l'objet d'une **prise en charge partagée avec les complémentaires santé** depuis la LFSS pour 2025[1], tandis que **cette même loi** a prévu **le remboursement à 100 % des vaccins acquis dans le cadre des campagnes de vaccination contre les papillomavirus et la méningite** en milieu scolaire.

Cela conduit à **s'interroger sur la lisibilité de la politique de prise en charge pour l'assuré**, qui **– à moins d'être un expert du droit de la sécurité sociale –** n'est **pas mis en mesure de comprendre s'il risque d'être exposé à un reste à charge** avant de réaliser une action de prévention.

Il en résulte, **malgré les efforts financiers consentis par l'assurance maladie** pour proposer une prise en charge intégrale sur les actes de prévention, un **risque de dissuader les assurés d'effectuer les actions auxquelles ils sont éligibles**.

(4) Du fait des franchises et des participations forfaitaires, les actes de prévention – même intégralement pris en charge par l'assurance maladie – supposent un reste à charge pour le patient

En outre, **en dépit de l'exonération de ticket modérateur** dont bénéficie un certain nombre d'actions de prévention, le patient demeure **soumis à un reste à charge** du fait de l'application **de la participation forfaitaire[2] ou de la franchise annuelle**[3] aux actes de prévention.

Ces dispositifs, **renommés « *tarifs de responsabilité* »** par la ministre de la santé lors de l'examen du dernier PLFSS, consistent en une **retenue sur le remboursement opéré par l'assurance maladie** hors le cadre d'une hospitalisation, de deux euros par consultation médicale ou acte de biologie médicale et d'un euro par acte pharmaceutique ou paramédical réalisé ou par boîte de médicaments dispensée[4].

---

[1] *Article 63 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.*
[2] *II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.*
[3] *III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.*
[4] *Il convient de noter qu'un plafond de 50 euros a été instauré pour chacun de ces deux dispositifs.*

Contrairement au ticket modérateur, qui peut être pris en charge par les complémentaires santé et doit l'être dans le cadre très majoritaire[1] du contrat responsable et solidaire[2], la **solvabilisation des participations forfaitaires et franchises est proscrite par ces mêmes types de contrat**. Par conséquent, l'application de ces deux mécanismes de retenue **engendre directement un reste à charge pour l'assuré**.

Seules **quelques catégories d'assurés sont exemptées de ces participations forfaitaires et franchises**, à commencer par les mineurs, les souscripteurs de la complémentaire santé solidaire[3] et les bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME).

L'absence de ticket modérateur sur certains actes de prévention ne suffit donc pas à garantir une absence de reste à charge pour les assurés, même si celui résultant de l'application des participations forfaitaires et des franchises est moins visible pour les assurés puisque leur montant est fréquemment prélevé sur les remboursements ultérieurs.

b) Le financement des projets de prévention : un enchevêtrement de financeurs et des modalités peu adaptées

(1) Un enchevêtrement de canaux de financement

Le **financement des politiques de prévention en France** se caractérise par une **structuration complexe**, marquée par la **coexistence de multiples dispositifs, fonds et acteurs institutionnels** et par une superposition de mécanismes aux logiques distinctes. Cette configuration soulève **d'importants enjeux de lisibilité**, **de coordination et d'efficacité** pour les acteurs impliqués dans la mise en œuvre des actions de prévention.

• Le **Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires** (FNPEIS)[4], géré par l'assurance maladie, relève d'une **logique nationale**. Il finance les **grandes politiques de prévention populationnelle** : **campagnes de vaccination, dépistages organisés, prévention bucco-dentaire, campagnes d'information sanitaire**, ainsi que les **programmes conçus et initiés par la Cnam** tels que Sophia ou la mission « Retrouve ton cap », évoqués *supra*. Il soutient ainsi **les dispositifs de prévention de masse**, avec une **approche davantage assurantielle que territoriale**.

Le fonds est doté d'un **budget de 481 millions d'euros en 2025** en vertu de la **convention d'objectifs et de gestion liant la Cnam à l'État**, après 470 millions d'euros en 2024.

---

[1] *Le contrat responsable et solidaire représente aujourd'hui plus de 95 % du marché.*
[2] *Article L. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.*
[3] *Article L. 160-15 du code de la sécurité sociale.*
[4] *Article 1er de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale.*

Un fonds similaire, le **FNPEIS agricole** (FNPEISA), est **géré par la Mutualité sociale agricole** et dispose d'un budget de 30 millions d'euros.

• Le **Fonds de lutte contre les addictions** (FLCA) est un **fonds thématique géré par la Cnam** et ciblé sur la prévention des conduites addictives.

Créé en 2019[1] en **remplacement du fonds de lutte contre le tabac**, il finance des **actions de prévention, de repérage précoce, d'accompagnement et de réduction des risques** émanant **d'opérateurs nationaux ou d'acteurs de la société civile** pour l'ensemble des **conduites addictives, avec et sans substance**[2], avec une attention particulière portée aux publics jeunes et vulnérables.

Il constitue donc un **outil spécialisé au sein de la politique de prévention**, doté de **130 millions d'euros de budget annuel** par la convention d'objectifs et de gestion liant la Cnam à l'État.

• Le **Fonds d'intervention régional** (FIR)[3] constitue **l'outil territorial de financement des ARS**. Il finance, au niveau local, des actions très diverses, dont des actions de prévention : **éducation thérapeutique des patients, vaccination en milieu scolaire, structures de dépistage des cancers** ou des IST, promotion de la santé des populations en difficulté, lutte contre les addictions... Sa **logique est déconcentrée et souple :** les ARS **disposent d'une enveloppe qu'elles adaptent aux besoins de leur territoire**. Il s'agit donc principalement d'un **outil opérationnel de mise en œuvre territoriale des politiques de prévention**.

[1] *Article 57 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.*
[2] *Depuis la LFSS pour 2022.*
[3] *Article L. 1435-8 du code de la santé publique*

Le financement d'actions de prévention par le FIR

Créé par l'article 56 de la LFSS pour 2012[1], le FIR[2] est un fonds abondé essentiellement[3] **par l'assurance maladie**[4] et **piloté par les ARS**, qui **finance des actions**, **des expérimentations** ou **des structures** autour de cinq missions[5] :

- **promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie** (18,4 % des dépenses en 2024) ;

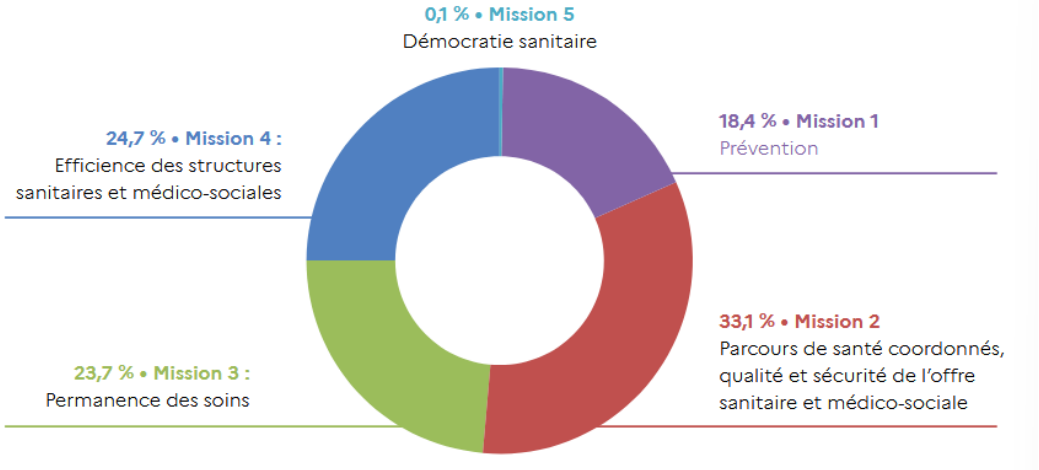
- **organisation et promotion de parcours de santé coordonnés** et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale (33,1 % des dépenses en 2024) ;

- **permanence des soins et amélioration de la répartition des professionnels** et des structures de santé sur le territoire (23,7 % des dépenses en 2024) ;

- **efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail** et de leurs personnels (24,7 % des dépenses en 2024) ;

- **développement de la démocratie sanitaire** (0,1 % des dépenses en 2024).

Répartition des dépenses du FIR en 2024



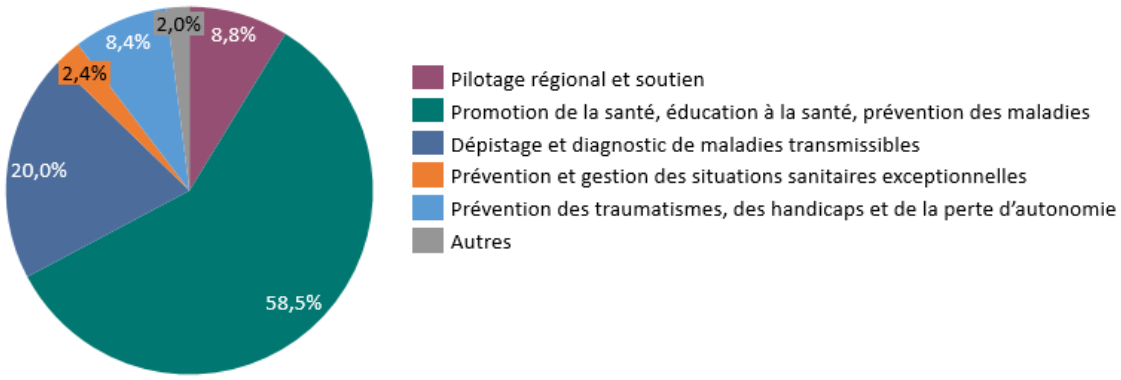
Source *: Rapport d'activité du FIR 2024*

[1] *Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.*
[2] *Article L. 1435-8 du code de la santé publique.*
[3] *Sur les 5,6 milliards d'euros dévolus au FIR en 2024, 5,3 milliards d'euros sont prélevés sur l'Ondam.*
[4] *Article L. 1435-9 du code de la santé publique.*
[5] *Article 56 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.*

La **répartition des dépenses entre les missions** repose sur une **logique de fongibilité asymétrique, sanctuarisant les enveloppes dévolues à la prévention** et au médico-social[1] : ces deux objectifs **peuvent être abondés au-delà des crédits qui leur sont fléchés au sein des ressources du fonds, mais pas en deçà**.

Le FIR a financé **1,05 milliard d'euros de dépenses en faveur de la prévention en 2024**, essentiellement dans le champ de la **promotion de la santé et de l'éducation à la santé** (615 millions d'euros) et du **dépistage et diagnostic de maladies transmissibles** (210 millions d'euros).

Destinations des dépenses du FIR en faveur de la prévention



***Source** : Rapport d'activité du FIR 2024*

Parmi les actions financées par le FIR figurent notamment le déploiement de **maisons sport santé[2] sur le territoire** (25,5 millions d'euros en 2024), le **dosage de la chlordécone dans le sang en Guadeloupe et en Martinique** (18,1 millions d'euros en 2024) ou la **prévention en santé mentale** (26,9 millions d'euros en 2024).

• Enfin, le Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) **n'a pas pour objet principal la prévention**, mais finance les **expérimentations conduites dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018[3]**, dont **plus de 60 % intègrent une approche préventive**. Doté de **125 millions d'euros** par la branche maladie du régime général en 2025, le FISS agit ainsi comme un **fonds d'amorçage pour transformer durablement le système de santé**.

• Parallèlement à ces évolutions, les organismes complémentaires d'assurance maladie occupent une **place croissante dans le financement des effecteurs de prévention et des porteurs de projets**.

[1] *Article L. 1435-9 du code de la santé publique.*
[2] *Loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France.*
[3] Cf. infra.

Il en résulte une **coexistence de guichets multiples**, parfois porteurs **d'objectifs convergents**, mais mobilisant des **cadres d'intervention et des procédures distincts**, au **détriment de la lisibilité et de l'efficience pour les porteurs de projets**.

(2) Des modalités de financement peu adaptées, privilégiant une approche de court terme et renforçant le saupoudrage des crédits

Le développement des politiques de prévention en santé repose aujourd'hui très largement sur une **logique d'appels à projets** auprès des différents financeurs évoqués *supra*.

Ce mode de financement tend à devenir la **modalité ordinaire de soutien aux actions de prévention**, y compris pour des **interventions de proximité** qui relèvent pourtant d'un **besoin structurel et durable**.

Si les appels à projets ont le mérite **d'ouvrir le champ des porteurs de projets aux associations, aux collectivités, aux professionnels de santé et aux établissements de santé**, ce mode de financement présente toutefois **trois limites**, le rendant imparfaitement adapté au soutien à la prévention.

• D'abord, **cette approche valorise fortement l'innovation**, souvent entendue **comme la nouveauté du projet davantage que comme son efficacité démontrée**. Les cahiers des charges privilégient fréquemment les expérimentations, les dispositifs pilotes ou les actions nouvelles, **au détriment de programmes éprouvés mais désormais considérés comme insuffisamment innovants**. De nombreuses actions de prévention **peinent ainsi à être reconduites** alors même que leur utilité est reconnue localement. Les acteurs de terrain consacrent une part croissante de leur temps à la recherche de financements, au montage administratif des dossiers et à la justification des subventions, au détriment de l'action elle-même. Le paradoxe est alors de **devoir sans cesse réinventer des interventions efficaces** pour continuer à les rendre finançables. Comme le déplore France Assos santé, « *chaque année, les associations* ***sont confrontées à la question de savoir si le programme dans lequel elles sont investies va être reconduit****, si la dynamique va être maintenue. L'on est encore dans une vision très « court-termiste » de la prévention* »[1].

• Les appels à projets **favorisent ainsi une approche de court terme**, **peu compatible avec la nature même de la prévention**. Les financements sont le plus souvent **annuels ou pluriannuels de courte durée**, avec des calendriers resserrés, des échéances de dépôt rapides et une **forte incertitude sur la reconduction**. **Or les résultats de la prévention** – qu'il s'agisse de réduction des comportements à risque, d'amélioration de la santé mentale ou de lutte contre les inégalités sociales de santé – **ne se mesurent qu'à moyen ou long terme**. Comme l'indique justement la FHF, « *ces financements, souvent ponctuels et non reconduits,* ***permettent difficilement de structurer des dispositifs pérennes,***

[1] *Réponses écrites de France Assos santé au questionnaire des rapporteurs.*

ou de planifier des actions de long terme, ce qui limite l'efficacité et la portée des initiatives préventives »[1].

• Cette logique contribue enfin au **saupoudrage des crédits publics et à la dispersion de l'action**. La multiplication de petits financements ciblés, **attribués projet par projet**, conduit à **fragmenter les interventions**, sans toujours **garantir leur articulation ni leur pérennité**.

c) Le développement de modes de rémunération parallèles à la tarification à l'acte pour les professionnels libéraux

(1) Les limites de la tarification à l'acte pour inciter les professionnels de santé libéraux à la prévention

Le **modèle actuel de rémunération des professionnels** de santé libéraux, largement fondé sur le paiement à l'acte, apparaît **structurellement peu compatible avec une véritable politique de prévention**. Conçu pour **rémunérer une intervention ponctuelle, identifiable et immédiatement quantifiable**, ce mode de financement valorise **prioritairement les soins curatifs**, au détriment des actions de prévention, dont les effets sont souvent **diffus, différés et collectifs**.

En effet, la prévention repose sur un **accompagnement dans la durée**, sur **l'éducation à la santé**, **le repérage précoce** des facteurs de risque, le **suivi des publics vulnérables** ainsi que sur la coordination entre professionnels et acteurs territoriaux. Ces missions **exigent du temps médical et paramédical**, de la disponibilité, ainsi qu'un **travail de coopération rarement reconnu dans la logique du paiement à l'acte**.

Cette organisation crée un **déséquilibre d'incitation économique** : il est **plus simple, plus rapide et souvent plus rentable** de traiter une pathologie déclarée que de **consacrer du temps à éviter son apparition**. **Le système rémunère davantage la maladie que la santé**, ce qui constitue un paradoxe majeur au regard des objectifs de santé publique contemporains, marqués par la progression des maladies chroniques, du vieillissement de la population et des inégalités territoriales et sociales de santé.

Pour pallier ces difficultés, **plusieurs dispositifs conventionnels ont introduit des modes de rémunération alternatifs** pour les médecins libéraux, visant à mieux valoriser l'activité préventive.

(2) Le forfait patientèle médecin traitant et la rémunération sur objectifs de santé publique : des avancées qui ont montré certaines limites

Le forfait patientèle médecin traitant (FPMT), en vigueur jusqu'au 31 décembre 2025, constituait une **première évolution importante**. Calculé en fonction du nombre de patients ayant déclaré le praticien comme médecin traitant, il tenait compte de caractéristiques telles que l'âge, l'existence d'une affection de longue durée ou encore la précarité sociale. Cette logique

[1] *Réponses écrites de la FHF au questionnaire des rapporteurs.*

permettait de rémunérer non seulement l'acte réalisé, mais aussi la responsabilité populationnelle du médecin dans le suivi au long cours de sa patientèle, notamment pour les publics les plus fragiles. Il **reconnaissait ainsi partiellement la dimension préventive du rôle du médecin traitant**.

À ce forfait s'ajoutait la **rémunération sur objectifs de santé publique** (ROSP), instaurée pour **encourager l'atteinte d'indicateurs de prévention et de qualité des soins** : couverture vaccinale, dépistages organisés ou encore suivi des pathologies chroniques. Ce mécanisme introduisait une **logique de résultat dans la rémunération**, en liant une partie des revenus du praticien à l'atteinte d'objectifs de santé publique.

Les indicateurs de prévention à atteindre pour la ROSP attribuée aux médecins traitants des adultes

Le **montant de la ROSP pour le médecin traitant de l'adulte** variait en fonction de 29 indicateurs, dont **douze associés à la prévention** :

- part des patients en patientèle médecin traitant de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière ;

- part des patients en patientèle médecin traitant présentant une maladie respiratoire chronique ciblés par la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière et vaccinés ;

- part des patientes en patientèle médecin traitant ayant participé au dépistage du cancer du sein ;

- part des patientes en patientèle médecin traitant ayant réalisé un frottis au cours des trois dernières années ;

- part des patients en patientèle médecin traitant ayant participé au dépistage du cancer colorectal au cours des deux dernières années ;

- part des patients en patientèle médecin traitant âgés de plus de 75 ans non en ALD pour troubles psychiatriques ayant au moins deux psychotropes prescrits ;

- part des patients en patientèle médecin traitant ayant initié un traitement par benzodiazépine hypnotique avec une durée d'au moins quatre semaines ;

- part des patients en patientèle médecin traitant ayant initié un traitement par benzodiazépine anxiolytique et dont la durée de traitement excède douze semaines ;

- nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients médecin traitant de 16 à 65 ans et hors ALD ;

- part des patients en patientèle médecin traitant traités par antibiotiques générateurs d'antibiorésistance ;

- part des patients en patientèle médecin traitant tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève ;

- part des patients en patientèle médecin traitant consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève

Applicable **aux médecins traitants et à certains spécialistes**[1], la ROSP ouvrait droit à une rémunération au titre des actions de prévention pouvant aller jusqu'à **4 375 euros pour les médecins traitants** si l'ensemble des objectifs de prévention étaient atteints.

Rémunération maximale par la ROSP au titre de la prévention

ROSP	Nombre de points	Nombre de points consacrés à la prévention	Rémunération en cas d'atteinte de l'ensemble des objectifs de prévention
Médecin traitant de l'adulte	940	390	2 730 €
Médecin traitant de l'enfant	305	235	1 645 €
Cardiologue	340	155	1 085 €
Gastroentérologue et hépatologue	300	150	1 050 €
Endocrinologue, diabétologue et nutritionniste	340	30	210 €

***Source** : Commission des affaires sociales du Sénat*

S'il a permis de **mieux intégrer la prévention dans l'exercice libéral**, ce dispositif a également été **critiqué pour sa complexité**, son caractère parfois trop administratif et **une approche davantage collective qu'individualisée**. La ROSP a également **pris fin au 31 décembre 2025**.

(3) La fusion en un forfait médecin traitant unique, reposant sur une approche individualisée de la prévention

La convention médicale de 2024[2] a **profondément réformé ce modèle** en créant, à compter du 1er janvier 2026, un **forfait médecin traitant** (FMT) unique, qui fusionne le FPMT et la ROSP. Ce forfait pourrait, à terme, être cofinancé par l'assurance maladie complémentaire (AMC), la convention médicale s'étant engagée à produire des travaux en ce sens.

Il **repose sur une part fixe**, tenant compte de la **complexité du patient** (âge, pathologies chroniques, précarité), et une **part variable** directement liée au **respect du parcours de prévention**.

Contrairement à la ROSP, qui reposait sur une approche collective de la patientèle, le FMT **valorise le rôle du médecin traitant dans la prévention avec une vision individuelle**.

[1] *En cardiologie, gastro-entérologie, hépatologie, endocrinologie, diabétologie et nutrition.*
[2] *Articles 21 et 23 de la convention nationale organisant les relations entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 4 juin 2024.*

Toute **validation d'un des quinze indicateurs de prévention chez un patient, même si elle est le fait d'un autre professionnel, ouvre ainsi droit à une majoration de prévention de cinq euros** pour le médecin traitant.

Les quinze nouveaux indicateurs ouvrant droit à une majoration de prévention

Indicateurs	Description
Vaccination contre la grippe	Parmi les personnes de 65 ans et plus ou celles de 6 mois et plus à risque de grippe sévère, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin antigrippal lors de la campagne de vaccination en cours. Les campagnes de l'hémisphère nord et de l'hémisphère sud sont concaténées pour couvrir une période de 1 an, allant du 1er avril au 31 mars de l'année suivante.
Vaccination contre le covid	Parmi les personnes de 65 ans et plus ou celles de 6 mois et plus et à risque de covid sévère, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin contre le covid lors de la campagne de vaccination en cours. Les campagnes de l'hémisphère nord et de l'hémisphère sud sont concaténées pour couvrir une période de 1 an, allant du 1er avril au 31 mars de l'année suivante.
Vaccination contre le pneumocoque	Parmi les personnes de 18 ans et plus à risque d'infection sévère à pneumocoque, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin conjugué 20-valent contre le pneumocoque (VPC20) depuis son inscription au remboursement (7 mars 2024).
Vaccination ROR	Parmi les enfants de 16 à 35 mois inclus (< 36 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant reçu au moins 2 doses de vaccin ROR entre la naissance et le 24e mois inclus.
Vaccination contre le méningocoque C	Parmi les enfants de 5 à 23 mois inclus (< 24 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant reçu au moins une dose de vaccin contre le méningocoque C entre la naissance et 12e mois inclus.
Vaccination contre le papillomavirus HPV	Parmi les enfants de 11 à 15 ans inclus (< 16 ans), l'indicateur est validé pour ceux ayant reçu au moins 2 doses de vaccin HPV entre 10 et 14 ans inclus (avant 15 ans).
Dépistage organisé du cancer du sein	Parmi les femmes de 50 à 74 ans inclus (< 75 ans) à risque moyen de développer un cancer du sein, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du sein par mammographie de dépistage depuis 2 ans ou moins, ou par mammographie bilatérale classique depuis 1 an ou moins.
Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	Parmi les femmes de 25 à 65 ans inclus (< 66 ans) à risque de développer un cancer du col de l'utérus, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus : - de 25 à 29 ans : par analyse cytologique des cellules du col sur prélèvement cervico-utérin (2 analyses cytologiques (1) dont la dernière date de 3 ans ou moins, ou une analyse cytologique depuis 1 an ou moins). - de 30 à 65 ans : par test HPV-HR sur prélèvement cervico-utérin (un test HPV-HR (2) depuis 5 ans ou moins, ou 2 analyses cytologiques dont la dernière date de 3 ans ou moins, ou une analyse cytologique depuis 1 an ou moins).
Dépistage organisé du cancer colorectal	Parmi les personnes de 50 à 74 ans inclus (< 75 ans) et à risque de développer un cancer colorectal, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage du cancer colorectal par test immunologique depuis 2 ans ou moins.
Dépistage du diabète par glycémie à jeun	Parmi les personnes de 45 ans et plus atteintes de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA), l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage biologique du diabète par la glycémie à jeun depuis 3 ans ou moins.

Indicateurs	Description
Dépistage de la maladie rénale chronique MRC	Parmi les personnes de 18 ans et plus souffrant de MCVA ou de maladie de système ou de maladies auto-immunes, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage biologique de la maladie rénale chronique par dosage sanguin de la créatinine, et un dosage urinaire d'albumine et de la créatinine depuis 1 an ou moins.
Suivi du diabète par dosage de l'HbA1c	Parmi les personnes diabétiques, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un suivi biologique du diabète par dosage sanguin de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) depuis 6 mois ou moins.
Consultation obligatoire de l'enfant donnant lieu à un certificat de santé M9	Parmi les enfants de 8 à 21 mois inclus (< 22 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant bénéficié d'une consultation obligatoire de l'enfant auprès d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre entre le 8e et 10e mois inclus.
Consultation obligatoire de l'enfant donnant lieu à un certificat de santé M24 25	Parmi les enfants de 22 à 37 mois inclus (< 38 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant bénéficié d'une consultation obligatoire de l'enfant auprès d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre entre le 22e et 26e mois inclus.
Examen bucco-dentaire annuel 3-24 ans	Parmi les personnes de 3 à 24 ans inclus (moins de 25 ans), l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un suivi bucco-dentaire auprès d'un chirurgien-dentiste, chirurgien maxillo-facial, stomatologue ou chirurgien oral depuis 1 an ou moins.

Source *: Assurance maladie*

(4) Le développement d'autres modèles de rémunération dans le cadre des expérimentations article 51

L'article 51 de la LFSS pour 2018[1] permet de déroger au droit en vigueur, dans l'objectif de permettre l'émergence d'organisations innovantes, notamment relatives au **modèle de financement des soins** ; aussi les expérimentations en matière de prévention conduites dans ce cadre présentent-elles souvent des **modèles de rémunération innovants, fondés sur une logique de parcours**.

Ceux-ci peuvent prendre la forme d'un **financement forfaitaire** substitutif au droit commun, comme pour l'expérimentation **PRO IRC**, une **expérimentation portée par le syndicat des néphrologues libéraux visant à prévenir l'insuffisance rénale chronique terminale**.

L'expérimentation « **Interception** », dont le modèle est développé *infra*, vise à repérer précocement les personnes ayant des risques accrus de développer des cancers afin de leur proposer une prévention personnalisée. Elle est également **financée selon des modalités dérogatoires au droit commun** : un forfait de **150 euros est versé au professionnel pour chaque tranche de trente tests d'évaluation** des risques de cancer, puis les centres Interception sont rémunérés **642 euros par patient pour la journée « *One stop* »**[2], les médecins chargés du suivi sont rémunérés à hauteur de **16 euros en supplément du paiement de la consultation de droit commun**. Enfin, les centres Interception reçoivent **26 euros par patient pour chaque entretien motivationnel** réalisé, visant à accompagner l'usager dans son engagement à modifier ses habitudes de vie.

[1] Cf. infra.

[2] *Ce financement recouvre notamment la validation de l'éligibilité des personnes au parcours de prévention, l'organisation et la tenue de la journée de prévention et de sensibilisation.*

II. RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ DE LA PRÉVENTION : UN ENJEU DE LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

L'objectif est ici de définir les principes d'action qui devraient guider les responsables politiques et les autorités sanitaires dans la conception et la mise en œuvre de politiques de prévention, pour les rendre plus accessibles et améliorer l'adhésion des Français.

A. AGIR PAR LA MOBILISATION DES USAGERS

1. Personnaliser la prévention et susciter l'adhésion

a) Cibler les publics vulnérables et proportionner l'action

Pour être efficientes, les actions de prévention doivent tenir compte de la réalité des inégalités de santé.

• **Les approches préventives dites universalistes présentent des limites persistantes et bien identifiées**.

Aujourd'hui, l'État et l'assurance maladie investissent principalement dans **des dispositifs de prévention à vocation dite « universelle », déployés en population générale** ou visant de larges catégories de populations : dépistages organisés des cancers par catégories d'âge, dépistage des IST[1], vaccination contre la grippe saisonnière, « Mois sans tabac », rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie, *etc*.

Ces dispositifs présentent certes l'avantage de s'adresser à tous les individus sans négliger personne. Toutefois, les approches traditionnelles de prévention présentent des limites persistantes et bien identifiées. Pour le professeur Franck Chauvin, « *les mesures de prévention égalitaires, c'est-à-dire proposées de la même façon à l'ensemble de la population, génèrent des inégalités qui peuvent être majeures* »[2]. Précisément du fait de leur approche universelle, **ces programmes pâtissent d'un faible ciblage des populations les plus à risques**, d'**une adhésion globalement limitée** et, par voie de conséquence, d'**une matrice coût-bénéfice peu optimale**. Comme indiqué *supra*, les taux d'adhésion aux programmes de dépistages organisés des cancers demeurent ainsi chroniquement faibles, bien en deçà des cibles fixées par les autorités de santé mais aussi de la moyenne européenne. Le programme « M'T Dents » illustre également les insuffisances de ce type d'approche au regard de ses résultats pour le moins contrastés sinon décevants (*cf. infra*). En visant des pans entiers de la population sans autre critère distinctif que l'âge, ces actions se révèlent globalement inopérantes et peuvent engendrer des dépenses

---

[1] *Depuis le 1er septembre 2024, tout assuré social peut bénéficier d'un accès direct au dépistage d'IST autres que le VIH (Chlamydiose, gonorrhée, syphilis, VHB), sans ordonnance, sans rendez-vous et sans reste à charge, dans tous les laboratoires de biologie médicale.*

[2] *CRAPS et* Health & Tech, Prévention et santé numérique : une urgence politique !

inutiles par défaut d'efficience. La conception de ces actions pilotées par l'assurance maladie nécessite donc d'être réorientée pour dynamiser leur portée et renforcer leur efficacité : les actions de communication doivent être différenciées dans leur contenu et leurs supports en fonction des publics ciblés ; un accompagnement renforcé à la prise de rendez-vous doit être proposé aux personnes qui consultent peu les professionnels de santé ; *etc*.

Il n'est pas exclu que les rendez-vous de prévention (« Mon bilan prévention ») **créés par la LFSS pour 2023 subissent le même écueil**. Progressivement généralisés sur l'ensemble du territoire à partir de 2024, ces rendez-vous ont été présentés par le Gouvernement comme une mesure emblématique du virage de la prévention. Pour que le dispositif atteigne ses objectifs, **il sera essentiel de rechercher l'adhésion de l'ensemble des usagers, en particulier des usagers les plus éloignés du soin**. Or, la phase d'expérimentation préalable conduite dans les Hauts-de-France avait démontré que les bénéficiaires de la mesure étaient majoritairement issus de catégories socioprofessionnelles favorisées, signe d'**un phénomène d'auto-sélection susceptible d'aggraver les inégalités de santé**. Les personnes les mieux insérées dans des parcours de soins et les plus sensibilisées aux enjeux de santé et de prévention sont spontanément les plus portées à activer ce type de prestations.

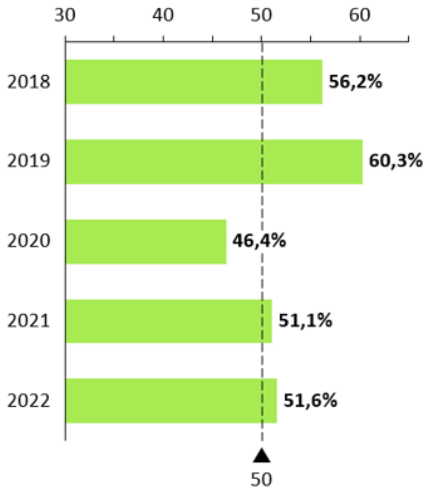
Alors que le dispositif n'a bénéficié que d'une communication modeste lors de sa mise en place, **les rapporteurs jugent nécessaire d'intensifier la communication auprès des publics précaires, de veiller à son accessibilité grâce à des dispositifs mobiles d'accès aux soins** (équipes mobiles) **et de renforcer son articulation avec un parcours de soins structuré en aval**, pour assurer le suivi au long cours des personnes repérées comme présentant un ou plusieurs risques. En effet, l'espacement dans le temps des bilans de prévention – au minimum 20 ans entre les deux premiers puis dix ans entre les deux suivants – risque de se traduire par une « perte en ligne » des patients peu impliqués dans le suivi de leur santé. Pour éviter cet écueil, certains pays comme le Royaume-Uni ont privilégié une périodicité plus régulière : outre-Manche, des bilans de santé permettant d'évaluer le risque cardiovasculaire mais aussi de dépister le diabète ou les maladies rénales sont ainsi proposés gratuitement tous les cinq ans aux personnes âgées de 40 à 74 ans dans le cadre du « NHS *Health Check* ». Les personnes dépistées reçoivent des conseils personnalisés pour gérer ce risque et sont orientées vers des professionnels de santé compétents.

« M'T Dents » : les résultats décevants d'un programme à fort potentiel

La LFSS pour 2005 a créé le dispositif M'T Dents[1], qui autorise la prise en charge intégrale d'examens de prévention bucco-dentaire pour les enfants et jeunes adultes âgés de 3 à 24 ans[2]. Lors de ces examens, le dentiste peut également réaliser un acte de soins, ou proposer un ou plusieurs rendez-vous complémentaires si plusieurs actes sont nécessaires. Déployé à partir de 2007, le champ des bénéficiaires du programme a été progressivement étendu[3]. Aujourd'hui, il est déployé en ville et en milieu scolaire. Environ 1,5 million d'assurés y ont eu recours en 2024 et près de 100 000 élèves de CP ont été sensibilisés ou dépistés au cours de l'année scolaire 2024-2025[4]. M'T Dents porte une ambition forte : construire une « génération sans carie ».

Pourtant, après presque 20 ans d'existence, le programme souffre d'un taux de non-recours qui frôle les 50 % et qui ne peut s'expliquer par un quelconque obstacle financier. En 2022, le taux de recours apparaît stable – 51,6 % contre 51,1 % en 2021 – et surtout, inférieur à sa moyenne pré-crise du covid – 56,8 % entre 2017 et 2019. Le dispositif a donc connu une baisse de participation durable et sensible, de l'ordre de 5 points depuis 2017. Le Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes impute le manque de succès du dispositif à plusieurs facteurs dont les inégalités d'accès aux chirurgiens-dentistes, notamment en zones rurales, l'absence de relais entre les invitations et la prise de rendez-vous, le caractère relativement isolé du programme par rapport aux autres actions de prévention et sa faible intégration au réseau des acteurs de santé de proximité (médecin traitant, structures d'exercice coordonné, etc.).

Cette situation n'a pas permis de redresser les mauvaises performances de la France en matière de santé bucco-dentaire des jeunes. « *L'indice carieux à 12 ans s'élève à 1,12 en France, contre 0,5 en Allemagne, 0,7 en Suède et 0,6 aux Pays-Bas. La part d'enfants sans aucune carie est par ailleurs très inférieure en France (56 %) à celle constatée en Allemagne (81 %). Dans le même temps, le volume des soins conservateurs est particulièrement faible en France (47 % du total des soins, contre 75 % en Allemagne), de même que le taux de recours annuel aux chirurgiens-dentistes pour les adultes (43 % en France, contre plus de 70 % en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas).* »[5]



Évolution des taux de recours au dispositif M'T Dents

[1] *Article 38 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.*
[2] *La LFSS pour 2025 prévoit que ces examens bucco-dentaires ne sont plus pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire, mais font l'objet d'un ticket modérateur de 40 %, que les organismes complémentaires d'assurance maladie ont vocation à prendre en charge. La LFSS garantit par ailleurs la dispense d'avance de frais pour les enfants.*
[3] *Initialement, le dispositif visait les enfants de 3, 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Il a été étendu en 2018 jusqu'à l'âge de 24 ans et annualisé depuis le 1er avril 2025.*
[4] *Données communiquées par la Cnam.*
[5] *Cnam, Rapport Charges et produits, juillet 2023.*

Par ailleurs, le dispositif M'T Dents ne parvient manifestement pas à résorber les inégalités de santé entre catégories socioprofessionnelles. Alors que seulement 70 % des enfants d'ouvriers sont indemnes de caries en grande section de maternelle contre 92 % des enfants de cadres, les consultations M'T Dents réalisées pour les 5-6 ans représentent 81 % des consultations des enfants de cadres contre 48 % pour les enfants d'ouvriers[1]. Ces chiffres témoignent de la persistance de freins socioéconomiques pour accéder au dispositif. Ces freins, qui peuvent être multiples (méconnaissance de la part des usagers ciblés, manque de sensibilisation aux enjeux de la prévention, *etc.*), se traduisent *in fine* par une incapacité des dispositifs de prévention à infléchir les inégalités d'accès aux soins, même en l'absence de reste à charge financier. Le programme M'T Dents enregistre donc une contre-performance en entretenant ces inégalités, voire en les creusant. Une réflexion sur les conditions d'un déploiement ajusté, incluant une adaptation des canaux de communication et des actions d'« aller vers » les publics les moins favorisés, est devenue indispensable.

Plusieurs évolutions entrées en vigueur le 1er avril 2025 visent à diminuer l'important taux de non-recours qui caractérisait jusqu'à présent M'T Dents : annualisation du dispositif, extension de la liste des actes pris en charge et revalorisation de l'examen, évolution des modalités d'invitation.

• Tenant compte des limites des approches en population générale, **le concept d'universalisme proportionné propose de maximiser l'impact des politiques de prévention grâce une méthodologie modulée**.

Théorisé par Michael Marmot en 2012[2], l'universalisme proportionné est conçu comme une stratégie d'action « *pour aplanir la pente du gradient social* » et réduire les inégalités de santé en variant l'intensité des actions de prévention en fonction du niveau de défaveur social ou, plus globalement, du degré d'exposition à certains risques de santé. À la croisée de la prévention universelle et de la prévention sélective ou ciblée, l'**universalisme proportionné** confère aux politiques de prévention **une visée d'efficacité par l'optimisation des moyens déployés**.

Les **démarches « d'aller vers »** permettent de concrétiser le concept d'universalisme proportionné. En allant à la rencontre des personnes qui ne sollicitent pas les services de santé ou n'y accèdent pas pour des raisons tenant à des freins culturels, économiques, sociaux et familiaux ou géographiques, l'« aller vers » parvient à capter et à faire adhérer des populations qui se situent hors du champ d'action des acteurs institutionnels. Intégrée de longue date par les acteurs associatifs et certains professionnels de santé, « *cette approche est particulièrement pertinente pour les publics en situation de précarité cumulant diverses vulnérabilités* » mais nécessite « *des acteurs de proximité formés et la mise en place d'une stratégie sur le temps long afin de renforcer la confiance et la compréhension des enjeux mutuels* »[3]. Elle s'incarne notamment dans des

[1] *Réponse du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes au questionnaire des rapporteurs.*
[2] *M. Marmot, R. Bell,* Fair society, healthy lives*, septembre 2012.*
[3] *Réponse de la DGS au questionnaire des rapporteurs.*

équipes mobiles à l'échelle d'un quartier ou d'un territoire, des permanences d'accès aux soins, des points de consultations avancées ou des médico-bus. L'« aller vers » produit des effets d'autant plus probants qu'**il ne se limite pas à une simple prise de contact mais se prolonge dans un accompagnement à la prise de rendez-vous et un suivi dans le temps des usagers**. La **réitération de l'action** est ainsi nécessaire pour l'insertion durable des publics les plus vulnérables dans des parcours de soins structurés et éviter des décrochages rapides.

À cet égard, l'« aller vers » téléphonique pratiqué par l'assurance maladie pour promouvoir la participation aux dépistages organisés des cancers auprès d'assurés identifiés comme fragiles (bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), assurés sans médecin traitant, *etc.*) mériterait d'être évalué. Cette méthode avait été employée pour soutenir la vaccination contre le covid-19 dans un contexte où la rencontre physique n'était pas permise, ou seulement dans des conditions très strictes. Le caractère probant d'une telle démarche hors contexte de crise n'est pas certain. Or l'« aller vers » est une démarche coûteuse compte tenu des ressources humaines et du temps qu'elle mobilise. La recherche d'efficience impose donc de proportionner l'action et les moyens employés aux résultats atteints[1].

En revanche, plusieurs programmes comportant un accompagnement renforcé des publics bénéficiaires ont démontré des résultats probants, à l'instar du **programme SOPHIA,** dispositif préventif ciblé reposant sur un accompagnement personnalisé des personnes souffrant de pathologies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, maladie rénale chronique, BPCO, maladie coronarienne chronique). Le programme vise à améliorer l'observance des traitements, à promouvoir des comportements favorables à la santé des patients et à prévenir les complications et risques de rechutes. Plusieurs évaluations successives ont démontré **une adhésion plus forte des patients à leurs traitements lorsqu'ils s'inscrivent au programme, qui repose notamment sur un dispositif d'aller vers ciblant les personnes éloignées des soins et en situation de précarité**, dont les bénéficiaires de la C2S. Le succès du programme est toutefois à pondérer au regard de son ancienneté et de sa marge de progression en termes d'inclusion de patients. En effet, le programme a été créé en 2008, puis généralisé en 2013. En 2015, environ 600 000 patients diabétiques adhérents au programme étaient dénombrés ; ils sont un peu plus de 830 000 aujourd'hui, sur un effectif total de quatre millions d'éligibles.

[1] *En 2024, 257 849 accompagnements téléphoniques ont été réalisés pour promouvoir les dépistages organisés des cancers, sans que le taux de réalisation effectif de dépistages réalisés par ces personnes ne soit connu.*

Quant au succès des médicobus, il illustre une démarche d'« aller vers » qui se démocratise dans des territoires ruraux comme urbains. Ces initiatives présentent l'avantage de la visibilité et d'une organisation logistique peu complexe. Elles sont particulièrement développées pour promouvoir le dépistage des cancers ou des maladies cardiovasculaires. L'association « Agir pour le cœur des femmes » reconduit ainsi depuis 2021 l'opération du « Bus du cœur » pour aller à la rencontre des femmes des quartiers prioritaires en situation de vulnérabilité et leur proposer des dépistages cardiovasculaires, gynécologiques et nutritionnels gratuits.

• Au final, la multiplication des dispositifs sectoriels de prévention témoigne d'une meilleure prise en compte des enjeux de prévention par les autorités politiques, que les rapporteurs saluent.

Ils soulignent la nécessité de renforcer la proportionnalité de l'action dans la conception et la mise en œuvre des politiques de prévention, notamment par un recours plus systématique à des actions d'« aller vers ». Ces actions doivent toutefois faire l'objet d'une évaluation régulière pour mesurer leur impact concret et adapter, le cas échéant, la stratégie d'action.

Surtout, les rapporteurs regrettent le défaut d'articulation entre les différents dispositifs de prévention qui devraient être pensés comme un continuum de prévention personnalisée accompagnant les usagers dans leurs parcours de vie. Le déploiement d'actions de prévention dans tous les milieux de vie (école, université, entreprise, services publics, *etc*…) contribuerait à structurer ce continuum (*cf. infra*). **À cet égard, elles jugent nécessaire d'aller beaucoup plus loin que l'organisation de bilans de prévention à certains âges clés de la vie** et proposent que ces bilans s'intègrent dans **un parcours de prévention global et personnalisé, organisé autour des grandes étapes de vie plutôt que de rendez-vous ponctuels et dispersés**.

Recommandation n° 23 : Créer un parcours de prévention personnalisé tout au long de la vie, pour tous les Français, organisé autour de grandes étapes de vie (enfance, adolescence, maternité, entrée dans la vie professionnelle, *etc*.) et reposant sur le levier numérique.

b) Intégrer la dimension culturelle et communautaire de la santé

L'opportunité d'intégrer la dimension culturelle et communautaire de la santé est aujourd'hui largement sous-évaluée par les autorités de santé, pour ne pas dire globalement ignorée. Elle représente pourtant un levier d'action essentiel pour **renforcer l'acceptabilité et l'efficacité des actions de prévention**.

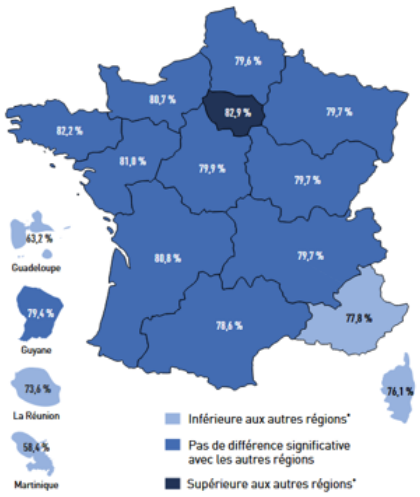
• **L'adaptation des actions de prévention aux spécificités culturelles et sociales des communautés ciblées accroît leur acceptabilité sociale. Ces spécificités doivent être mieux intégrées par les autorités de santé dans la conception des politiques de prévention**.

Aux Antilles, le scandale du chlordécone a alimenté une défiance envers l'État qui se traduit par une moindre adhésion des habitants aux politiques de santé et notamment, à la vaccination. Ces caractéristiques ont rendu la gestion de la crise du covid-19 particulièrement complexe dans ces territoires où les taux de vaccination ont été parmi les plus faibles de France. Des remèdes non validés scientifiquement à base de plantes médicinales y ont fait concurrence à la vaccination et engendré des retards de prise en charge[1]. La place des médecins alternatives et des pharmacopées naturelles locales y est traditionnellement importante.

Lors de la crise du covid-19, la couverture avec un schéma initial des personnes de 12 ans et plus était de 45,2 % en Guadeloupe et 46,3 % en Martinique contre plus de 85 % dans la plupart des départements hexagonaux[2].

Aujourd'hui, la Martinique et la Guadeloupe se singularisent par un taux d'adhésion à la vaccination nettement inférieur à la moyenne nationale – 80,1 % en population adulte – et de l'ensemble des autres régions de France, avec des taux d'adhésion atteignant respectivement 58,4 % et 63,2 %.

Taux d'adhésion à la vaccination en population adulte par région, 2024



Source : Santé publique France

D'autres raisons sont généralement avancées pour expliquer la défiance vaccinale plus marquée dans les territoires ultra-marins, en particulier l'histoire coloniale qui alimenterait un sentiment de déconsidération et une méfiance envers les institutions publiques, l'expérience du racisme dans les relations avec le système de santé, et un sous-investissement chronique dans les services de santé[3].

---

[1] *En Martinique et en Guadeloupe, les habitants ont fortement recouru à l'herbe à pic, plante originaire des Antilles consommée sous forme de sirop pour lutter contre les symptômes du covid.*

[2] *Cour des comptes,* La Vaccination contre la COVID-19 : Des résultats globaux favorables, des disparités persistantes*, décembre 2022, p. 78.*

[3] *ICOVAC France,* La recherche sur les aspects humains et sociaux de la vaccination en France depuis le covid-19*, 1ère édition, janvier 2024, p. 53.*

La prise en compte de ces caractéristiques culturelles dans l'élaboration des dispositifs de prévention, et plus largement des politiques de santé publique, est essentielle pour s'assurer de l'adhésion des populations. Le Conseil économique, social et environnemental qui a récemment consacré un rapport à la santé en outre-mer relève ainsi : « *Pour être efficaces, les campagnes doivent donc s'appuyer sur une organisation de terrain souple, mobilisant des équipes mobiles, des médiateurs de santé et des partenariats communautaires. La deuxième exigence est linguistique et culturelle. Les territoires ultramarins sont marqués par une pluralité d'identités, de langues et de représentations des soins. Les campagnes doivent donc être élaborées dans une logique de co-construction avec les acteurs locaux (associations, collectivités territoriales, médias régionaux) afin de les adapter à un langage proche de la population. Les supports doivent être traduits en langues régionales, diffusés sur les radios et dans la presse locales et relayés par des figures de confiance (influenceurs locaux). Les stratégies de prévention doivent articuler la lutte contre les épidémies (dengue, chikungunya, leptospirose, gastro-entérites aiguës ou la tuberculose) avec des programmes pérennes d'éducation à la santé (maladies chroniques non transmissibles telles que le diabète, l'obésité ou l'hypertension), de nutrition, de santé maternelle et de dépistage* »[1].

• **Le législateur a consacré l'approche communautaire de la santé avec la création des centres de santé et de médiation en santé sexuelle** (CSMSS) **dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025**.

La santé communautaire est une approche populationnelle qui repose sur la participation active des individus membres d'une communauté pour améliorer leurs déterminants de santé. Elle s'appuie sur une stratégie de « déhiérarchisation » entre professionnels et usagers[2] pour favoriser l'adhésion de ces derniers et leur montée en compétence. Elle fait appel au pouvoir d'agir des individus et a notamment été mise en œuvre pour lutter contre les stigmatisations que subissent certains groupes.

Issus de l'expérimentation de centres de santé sexuelle d'approche communautaire[3], les CSMSS intègrent un accompagnement communautaire, en particulier par la médiation en santé. Destinés à des populations particulièrement vulnérables et éloignées du soin, ces centres proposent des parcours de santé sexuelle comprenant une prise en charge infectiologique, gynécologique, endocrinologique, addictologique et psychologique des patients. Quatre structures gérées par des associations[4] ont été ouvertes dans le cadre de l'expérimentation, à Paris, Lyon, Montpellier et Marseille, deux autres doivent être déployées en 2026 puis deux en 2027 et 2028, pour une cible de neuf centres d'ici deux à trois ans.

---

[1] *CESE,* La santé en outre-mer, *janvier 2026, p. 123.*

[2] *F. Déjou, N. Hubin, V. Vanexem, « Agir sur les inégalités sociales de santé : une mise en œuvre de démarche communautaire en santé »,* Les politiques sociales, *2016/1 n°1-2.*

[3] *Arrêté du 27 novembre 2020 relatif à l'expérimentation nationale de centres de santé sexuelle d'approche communautaire et fixant la liste des établissements expérimentateurs.*

[4] *Aides, Virages Santé et le Groupe SOS.*

L'approche communautaire est mobilisée par de nombreuses associations, comme Nightline France qui promeut la santé mentale et accompagne les jeunes souffrant de troubles psychiques. À cet égard, ses représentants relatent que « *la co-construction de nos outils et ressources avec les jeunes et des professionnels garantit leur pertinence et leur adéquation aux besoins et aux codes culturels de nos publics cibles* »[1]. Une réponse bâtie avec les usagers à partir des besoins qu'ils expriment et tenant compte de leurs pratiques et de leurs usages assure une meilleure adhésion des publics aux actions mises en œuvre.

• **Enfin, la médiation sanitaire, qui intègre une dimension culturelle et communautaire, est reconnue comme un mode d'action probant pour mettre en relation des institutions de santé avec des personnes y accédant peu**.

La médiation en santé a pour objet d'« *améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités* »[2]. Si elle est aujourd'hui reconnue et employée par les autorités – ARS, collectivités territoriales – et les institutions de santé – établissements hospitaliers –, son potentiel reste fortement sous-exploité pour sensibiliser et favoriser l'adhésion aux actions de prévention universelle (vaccinations, dépistages des cancers, rendez-vous de prévention) de populations aussi diverses que les adolescents et les jeunes adultes santé sexuelle, addictions), les habitants des zones urbaines sensibles, les actifs pauvres ou en situation de vulnérabilité sociale, les populations immigrées, les personnes âgées isolées, *etc*. Le recours à la médiation sanitaire peut également constituer un atout dans des territoires marqués par des spécificités culturelles fortes et par une défiance des populations locales envers les autorités de santé, comme c'est le cas dans les outre-mer.

La vaccination contre le covid-19 appuyée par le recours à la médiation en santé

La crise du covid-19 a joué un rôle de catalyseur de l'action des médiateurs en santé grâce à leur action visible et saluée en faveur de la vaccination.

Les médiateurs, qui œuvrent régulièrement dans des quartiers et territoires souffrant d'un faible accès aux services de santé, ont été mobilisés en nombre pour sensibiliser les habitants aux mesures de prévention, les inciter à se faire vacciner et réaliser des prélèvements nasopharyngés. La Croix-Rouge s'est particulièrement engagée dans ce dispositif, en partenariat l'École des hautes études en santé publique (EHESP), pour que les médiateurs soient formés à la lutte anti-covid puis déployés sous forme d'équipes mobiles au plus proche des lieux de vie, pour relayer l'action publique et porter la politique de prévention sur « le dernier kilomètre ». Au cours de la période, plus de 50 000 attestations de suivi de formation à la lutte anti-covid ont été délivrées par l'EHESP.

[1] *Réponse de Nightline France au questionnaire des rapporteurs.*
[2] *Article L. 1110-13 du code de la santé publique, issu de l'article 90 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.*

• **Comme évoqué *supra*, le savoir-faire des associations dans le champ de la santé communautaire est pleinement reconnu. Leur mission de proximité, la plasticité de leurs modes d'intervention et la personnalisation de leurs actions leur permettent de relayer les dispositifs de prévention auprès des publics les plus difficiles à atteindre ou à convaincre**.

Les structures associatives contribuent ainsi à **assurer le dernier kilomètre de l'action publique**. Le soutien de leur action par les pouvoirs publics est indispensable et passe par un maintien des financements qui leur sont alloués ainsi que par un accompagnement à la formation de leurs intervenants aux enjeux de prévention. Les rapporteurs soulignent la nécessité de sécuriser et de pérenniser leur cadre d'intervention.

Recommandation n° 22 : Soutenir l'action des associations, qui constituent des relais de prévention essentiels auprès des usagers les plus éloignés du système de santé (planning familial, Aides, *etc.*) :

- en maintenant les financements consentis aux associations actives dans le champ de la prévention ;

- en formant les intervenants aux enjeux de prévention.

• **Appréhender la dimension culturelle et communautaire de la santé suppose également de prêter une attention particulière aux inégalités de sexe et de genre**.

Le Haut Conseil à l'égalité, dans un rapport consacré à ce sujet, remarquait ainsi que « *les maladies cardiovasculaires sont un exemple typique de la façon dont les représentations sociales du féminin et du masculin influencent les pratiques médicales et l'attitude des patient.es. Les femmes sont plus vulnérables que les hommes aux maladies cardiovasculaires : 56 % en meurent contre 46 % des hommes. Or l'infarctus du myocarde est encore sous diagnostiqué chez les femmes car considéré à tort comme une maladie d'hommes stressés au travail. Le retard de diagnostic et de prise en charge reste fréquent* »[1].

Santé publique France souligne par ailleurs que si les femmes adoptent globalement des comportements plus favorables à leur santé que les hommes – moindre prévalence du tabagisme, moindre consommation d'alcool, meilleur équilibre nutritionnel, … – elles sont davantage exposées à des facteurs de risque du fait de leurs conditions de travail et déclarent plus de pathologies en lien avec leur emploi. Les femmes souffrent notamment deux fois plus que les hommes de souffrance psychique liées au travail (6 % contre 3 %), principalement dans les secteurs du transport et de l'entreposage, de la construction et de l'industrie[2].

[1] *Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes,* Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique*, 2020, p. 5.*

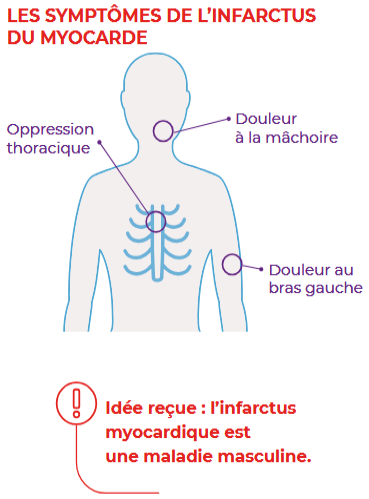
[2] *Données de Santé publique France, publiées le 8 mars 2024.*

Maladies cardiovasculaires : un risque majoré chez les femmes, des biais de genre à intégrer dans la stratégie de prévention

En France, les maladies cardiovasculaires tuent cinq fois plus de femmes que le cancer du sein. Elles sont la première cause de mortalité évitable pour les femmes dans notre pays et la deuxième tous sexes confondus.

La vulnérabilité particulière des femmes aux maladies cardiovasculaires est imputable à des **facteurs de risque spécifiques** – notamment la contraception orale, la ménopause, les antécédents de cancer du sein – **qui se surajoutent aux facteurs de risque classiques** que sont l'hypertension artérielle, le diabète, le cholestérol et le tabagisme. Ces spécificités modifient le degré d'exposition des femmes aux maladies cardiovasculaires ainsi que l'expression des symptômes de la maladie.

Pourtant, ces caractéristiques sont insuffisamment prises en compte par les autorités sanitaires pour pouvoir résorber les inégalités de santé qui en résultent. Leur méconnaissance par les professionnels de santé et par les patientes ne favorise pas l'orientation vers une prise en charge adaptée, ni l'adoption précoce de réflexes de prévention. En effet, outre les facteurs de risque hormonaux, comportementaux et environnementaux, **l'existence de biais de genre persistants contribue également à un déficit de repérage des maladies cardiovasculaires chez les femmes, ainsi qu'à des retards de prise en charge**.



Pour répondre au déficit de connaissances et personnaliser les actions de prévention du risque cardiovasculaire en fonction du sexe, le Conseil national professionnel cardiovasculaire (CNPCV) a élaboré et diffusé une fiche d'information consacrée à la prévention cardiovasculaire chez les femmes. Le Docteur Marc Villacèque, vice-président du CNPCV, souligne que « *les femmes ont parfois plus de difficultés à identifier leurs symptômes car elles n'ont pas été assez sensibilisées à cette maladie. Le document invite donc les médecins à adapter leur interrogatoire et à être attentifs aux symptômes exprimés par les patientes* ».

La fédération française de cardiologie rappelle en effet que **les femmes ont davantage tendance que les hommes à négliger leurs symptômes et tardent plus souvent à consulter un professionnel de santé** : 81 % d'entre elles déclarent négliger leur santé contre 75 % des hommes[1]. Du fait de ce moindre dépistage, **les femmes ont également moins accès aux traitements et à une prise en charge adaptée**. La professeure Claire Mounier-Véhier décrypte ainsi : « *Il existe des préjugés de genre et des préjugés de sexe. La médecine a été apprise sur des mannequins d'hommes et symptômes masculins. Nous avons été formés sur le fait que les maladies cardiovasculaires étaient des maladies d'hommes, exception faite de l'AVC (accident vasculaire cérébral)* ». Ces différences d'appréciation médicale se retrouvent dans le traitement des patients « *après une hospitalisation pour une maladie cardiovasculaire. Les femmes qui sortent de soins intensifs cardiologiques sont insuffisamment traitées, les ordonnances ne sont pas*

[1] *Sondage Elabe pour Axa Prévention, septembre 2021.*

les mêmes que pour un homme »[1]. Les femmes sont enfin peu représentées dans les cohortes de patients sélectionnés pour mener des études cliniques, ce qui ne permet pas de documenter précisément la façon dont elles répondent aux traitements.

À l'occasion de la dernière loi de financement de la sécurité sociale, le Parlement a par ailleurs voté la création de consultations de prévention destinées aux femmes âgées de 45 ans à 65 ans afin de les informer et de repérer d'éventuels facteurs de risque au moment de la ménopause[2]. Cet épisode est en effet associé à un risque majoré d'apparition de certaines pathologies, notamment cardiovasculaires et d'ostéoporose. Or, 70 % des facteurs de risque cardiovasculaires à la ménopause sont modifiables ou réversibles. Ces consultations, qui concrétisent l'une des recommandations du rapport sur la ménopause remis au printemps 2025 par Mme Stéphanie Rist, alors députée, sont entièrement prises en charge par la sécurité sociale.

c) Susciter l'adhésion

Faire adhérer les usagers aux grands enjeux de la prévention en santé doit être une priorité d'action. Cette adhésion obéit à des ressorts multiples qu'il n'est pas toujours aisé d'influencer à grande échelle. En la matière, deux chantiers devraient concentrer l'attention des pouvoirs publics : mieux communiquer, et améliorer la littératie en santé.

• **En matière de communication, un premier principe d'action réside dans l'incarnation du discours, facteur d'identification et de valorisation du message**.

La valorisation de figures populaires pour porter des messages de santé publique peut constituer de puissants vecteurs d'action pour embrasser une cause ou adhérer à des dispositifs de prévention. Les stratégies de communication nationales doivent s'appuyer sur ce besoin d'identification et de proximité pour maximiser leur impact, ce qu'elles font encore trop peu. La popularité des influenceurs auprès des jeunes et leur visibilité sur les réseaux sociaux doivent être mises à profit pour toucher les adolescents et les jeunes adultes qui ne s'informent plus *via* les médias traditionnels que sont la télévision et la radio. Il s'agit, plus globalement, de **dépoussiérer la communication en santé publique pour la rendre à la fois plus impactante et plus « désirable »**, sans jamais négliger la rigueur scientifique des spots publicitaires. La campagne de communication « Va chier », qui vise à lutter contre le cancer colorectal, réussit à intégrer ces codes. Lancée par la Ligue contre le cancer, elle réunit un slogan choc et des personnalités connues et appréciées des Français, pour lever un tabou sur le dépistage du deuxième cancer le plus meurtrier en France, après le cancer du poumon, avec 17 000 décès chaque année.

---

[1] *Interview du Professeure Claire Mounier-Véhier et de Thierry Drilhon, d'Agir pour le cœur des femmes, Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations, 6 mars 2025.*

[2] *Article 64 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.*

• **Un autre principe d'action réside dans la déstigmatisation des pathologies et des malades**.

L'association AIDES relate que « ***la stigmatisation liée à la santé sexuelle, et en particulier la sérophobie, constitue un obstacle majeur à l'accès à l'information, au dépistage et aux soins***. *Elle se manifeste tant dans la société que dans le système de santé, et peut également être intériorisée par les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), freinant ainsi la recherche de leur statut sérologique ou l'engagement dans un parcours de soins* ». Les perceptions sociales et l'intériorisation d'une honte sont ainsi des freins non négligeables à l'accès aux soins et à l'adhésion aux dispositifs de dépistage.

La stigmatisation des personnes souffrant d'une pathologie mentale ou psychiatrique demeure également très prégnante. 60 % des Français pensent ainsi préférable de ne pas dire que l'on souffre d'un problème de santé mentale afin de ne pas risquer d'être exclu, et 69 % des personnes concernées estiment que les maladies psychiques sont représentées de manière stigmatisante et anxiogène dans les médias[1]. Dans ce contexte, le fait que des personnalités médiatiques acceptent de parler des maladies qui les touchent contribue à briser les tabous et préjugés et facilite la prise de contact des personnes malades ou exposées à des facteurs de risque avec le système de soins. Des prises de parole comme celle du journaliste Nicolas Demorand doivent ainsi être saluées. Sur France Inter, il avait révélé en ces termes souffrir de bipolarité depuis plusieurs années : « *je suis un malade mental : c'est cru, c'est violent à dire et sûrement à entendre, mais je ne veux plus le cacher ni me cacher* ».

Le développement d'**une culture positive de la prévention axée sur la promotion du bien-être** est également important. Autrement dit, « *vivre pleinement et vivre sainement ne doivent pas être opposés* »[2] : ce message devrait davantage transparaître dans les spots publicitaires de prévention primaire visant notamment à lutter contre la consommation d'alcool, le tabagisme ou les déséquilibres nutritionnels. En tout état de cause, les rapporteurs soulignent la nécessité d'investir prioritairement dans la prévention primaire car, aujourd'hui, la prise en compte des facteurs de risque n'intervient généralement que dans une démarche de prévention secondaire ou tertiaire, après l'apparition d'une maladie ou la survenue d'un épisode aigu.

[1] *Réponse de Santé mentale France au questionnaire des rapporteurs. Données issues d'un sondage Odoxa pour Doctolib à l'occasion du Festival Pop & Psy, 9 octobre 2023.*
[2] *Réponse de la FHP au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

Affiches de la Ligue contre le cancer pour inciter au dépistage du cancer colorectal



Source *: Ligue contre le cancer*

• Il est par ailleurs essentiel d'inscrire les stratégies de communication en faveur de la prévention et de la promotion de la santé dans le temps long.

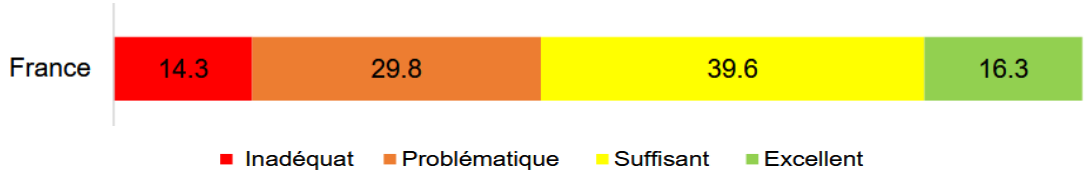
En effet, les impacts positifs de certaines campagnes de communication ne sont perceptibles qu'à court terme, et la littérature scientifique démontre que **plus l'exposition à un message de prévention se prolonge dans le temps, plus grande est la probabilité qu'un individu modifie ses comportements et habitudes de vie**. Ainsi, une étude ayant porté sur l'évaluation d'une campagne menée en 2019 par Santé publique France sur les risques liés à la consommation d'alcool conclut que « *les effets observés ne sont pas homogènes dans tous les groupes sociodémographiques et ne sont visibles qu'à court terme* »[1], soulignant l'intérêt d'une réitération régulière de ce type de campagne.

[1] *Quatremère G., Guignard R, Andler R, Cogordan C, Beck F, Gallopel-Morvan K, Nguyen-Thanh V., « Informer des risques à long terme liés à l'alcool et des repères de consommation : efficacité d'une campagne médiatique sur les connaissances et la consommation d'alcool »,* Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 30 avril 2024.*

• **Enfin, l'adhésion du public doit être recherchée par l'amélioration de la littératie en santé, dont la réussite repose notamment sur la prise en compte de la dimension culturelle de la santé**.

La littératie en santé désigne la **capacité des individus à rechercher, à accéder, à comprendre et à réutiliser des informations afin de les utiliser pour agir sur leur propre santé**. Un bon niveau de littératie en santé favorise une meilleure compréhension des mécanismes de la maladie, une meilleure observance des traitements et une réduction des comportements à risques. Un lien est également observé entre le niveau de littératie en santé et l'adhésion des usagers aux actions de prévention, notamment aux programmes de dépistage et de vaccination[1]. Or, la part de la population dont la littératie en santé est jugée insuffisante est estimée à 44,1 % en France[2].

Évaluation du niveau de littératie en santé de la population française, 2020-2021



***Source** : Rapport de l'étude* Heath Literacy Survey France 2020-2021*, Santé publique France*

Cette donnée témoigne de ce qu'**il ne suffit pas de conduire une politique de santé pour qu'elle produise par elle-même des effets. Encore faut-il se préoccuper de la capacité de chacun à recevoir le message qu'elle véhicule et à l'intégrer**.

À cet égard, l'association Aides souligne que « *des campagnes d'information accessibles, multilingues, visuelles, simples* […] *et portées par des personnes de confiance ou issues des communautés concernées* » gagneraient certainement en efficacité pour accroître la participation aux dépistages du VIH et d'autres IST. Dans un contexte où les pratiques sexuelles à risques et la prévalence des IST bactériennes – gonococcies, *chlamydia trachomatis* et syphilis – sont en hausse, l'attention portée à la littératie en santé des publics les plus vulnérables est essentielle. À cet égard, Santé publique France indique que l'augmentation des dépistages contribue à expliquer la hausse du nombre de cas diagnostiqués. Les jeunes de 15 à 25 ans ont en particulier bien adhéré au dispositif « Mon test IST »[3].

[1] *Y. Ouharzoune, « Comprendre pour mieux agir : la littératie en santé au cœur de la prévention »,* in *A. Beiner et Y. Bubien (dir.),* Innovations et prévention en santé*, 2025.*

[2] *14,3 % présentent un niveau « inadéquat » de littératie en santé et 29,8 % présentent un niveau « problématique ». Données issues de Santé publique France,* Littératie en santé : rapport de l'étude *Health Literacy Survey France* 2020-2021*, mai 2022.*

[3] *En 2024, ils représentaient 44 % à 50 % des personnes dépistées selon le mois.*

S'agissant de la vaccination, si le taux d'adhésion global de la population demeure élevé, des résistances fortes persistent, notamment corrélées au niveau de diplôme (*cf. infra*). **Améliorer la littératie en santé peut donc contribuer à soutenir l'adhésion vaccinale**.

La littératie en santé est par ailleurs une condition *sine qua non* du renforcement de l'éducation thérapeutique des patients, dont l'objectif principal est d'autonomiser les personnes par le développement de compétences pour qu'elles puissent gérer leur maladie dans le temps, en particulier les maladies chroniques comme l'asthme, l'obésité, le diabète ou l'hypertension artérielle.

L'adhésion à la vaccination amorce une diminution en France en 2024

L'adhésion à la vaccination, suivie depuis 2000 parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans résidant en France hexagonale, a amorcé une diminution en 2024. Elle s'élevait à 80,3 % contre 83,7 % en 2021[1]. **Cette moindre adhésion progresse quels que soient le gradient social et le niveau de diplôme**. Elle apparaît plus marquée chez les personnes âgées. Néanmoins, l'adhésion vaccinale reste significativement plus élevée parmi les personnes ayant un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat, ce qui tend à confirmer l'importance d'améliorer la littératie en santé.

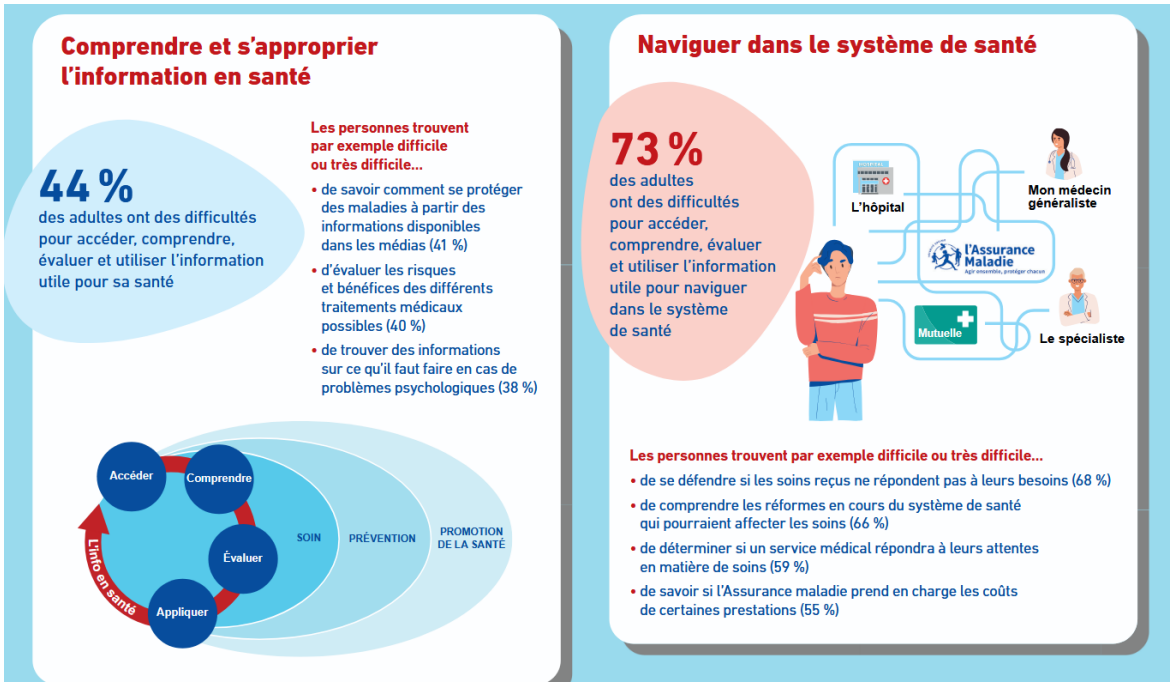
En 2024, 36,7 % des adultes âgés de 18 à 79 ans se déclarent défavorables à certaines vaccinations, la défiance se concentrant sur les trois vaccins suivants : ceux contre le covid-19 (25 %), contre la grippe (7 %) et contre les hépatites (2 %).

Santé publique France observe que **si les taux d'adhésion à la vaccination demeurent élevés ces dernières années, les niveaux observés au cours des années 2000, qui oscillaient autour de 90 %, ne sont plus atteints depuis la survenue de la pandémie de grippe H1N1 en 2009**. Cette année-là, sur fond de défiance à l'égard du vaccin, la campagne vaccinale organisée par les pouvoirs publics s'était soldée par un échec cuisant, avec à peine 8,2 % de la population cible vaccinée. Après cet épisode, le taux de personnes se déclarant favorables à la vaccination n'atteignait plus que 61,2 % en 2010.

• **L'amélioration de la littératie en santé, gage d'une accessibilité renforcée à l'information et aux services de santé, est un axe de travail encore relativement peu investi par les autorités de santé**.

Alors qu'elle permet de rendre les individus acteurs de leur propre santé et de maximiser l'impact des politiques de santé, **les rapporteurs encouragent les institutions sanitaires à se saisir davantage de cet enjeu en veillant à l'adaptation de la typologie des messages et des supports, selon le niveau de littératie des publics visés, et en prenant en compte les caractéristiques socioculturelles des groupes destinataires**.

[1] *Santé publique France,* Vaccination : état des lieux de l'adhésion et description des réticences, *résultats de l'édition 2024 du baromètre, décembre 2025.*



Source *: Santé publique France*

Alors que le Gouvernement a décidé en début d'année 2026 de reprendre la main sur la communication des campagnes de prévention, jusqu'à présent orchestrée par Santé publique France, **les rapporteurs expriment leurs inquiétudes sur la politisation et les renoncements dont pourrait s'accompagner cette évolution**. À cet égard, elles rappellent que le Gouvernement a déjà annulé à plusieurs reprises, par le passé, des campagnes de prévention sur l'alcool préparées par Santé publique France[1].

2. Mobiliser des outils innovants pour rendre les usagers acteurs de leur santé

a) Faire du numérique en santé un outil au service de la prévention

• Au cœur de la révolution du numérique en santé, les données de santé constituent un puissant levier pour renforcer la portée et l'efficacité des politiques de prévention.

En mettant à la disposition des professionnels et des autorités de santé une grande quantité de données et grâce au développement des usages de l'intelligence artificielle, le numérique en santé a introduit de profonds changements dans les pratiques médicales et dans notre approche collective des politiques de santé. Il offre aujourd'hui des opportunités nouvelles pour développer la prévention en santé, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire.

[1] *Le Gouvernement avait décidé en décembre 2019 d'annuler la campagne du « Dry January » de 2020. Il avait à nouveau annulé deux campagnes de prévention de la consommation d'alcool en 2023, avant et pendant la coupe du monde de rugby, sous la pression supposée des lobbys de l'alcool.*

Au stade de la prévention primaire, l'analyse des données de santé permet d'**enrichir nos connaissances sur les facteurs de risque qui influencent la prévalence de certaines maladies**. Or, nous manquons par exemple d'éléments de compréhension de la forte augmentation de la prévalence des cancers chez les jeunes depuis 30 ans[1]. Améliorer notre compréhension des déterminants de cette évolution permettrait d'agir sur les facteurs de risque identifiés, à l'échelle individuelle comme à l'échelle collective. La création d'**un registre national des cancers par la loi n° 2025-596 du 30 juin 2025** répond précisément à cet enjeu. Ce registre, dont le pilotage est confié à l'INCa, permettra **d'unifier les bases de données existantes dans un référentiel commun et de les consolider**. Jusqu'alors, le suivi des données d'incidence et de mortalité par cancer était dispersé dans dix-neuf registres généraux couvrant 20 % à 25 % de la population, ainsi que dans douze registres spécialisés par tumeurs d'organes.

S'agissant de la prévention secondaire, l'utilisation de données de santé structurées pourrait permettre d'**engager une véritable personnalisation des stratégies de dépistage des cancers** en s'adaptant au risque individuel de chaque patient, pour améliorer l'efficacité du dépistage et éviter des dépenses de santé inutiles. Actuellement, l'étude européenne multicentrique *MyPeB*S (*My Personal Breast Cancer Screening*) évalue par exemple l'opportunité et la faisabilité d'un dépistage personnalisé du cancer du sein reposant sur l'évaluation d'un niveau de risque individuel, dont dépendraient le type et la fréquence des examens de dépistage proposés. **Les résultats de cette étude pourraient conduire à revoir en profondeur le modèle de la stratégie actuelle de dépistage du cancer du sein**.

En parallèle, les données médico-administratives détenues par l'assurance maladie pourraient être mieux mises à profit pour **cibler les catégories d'assurés les plus à risques de développer certains cancers**. Ces données demeurent encore très largement sous-exploitées au regard des possibilités de ciblage qu'elles offrent. Aujourd'hui, les invitations aux dépistages organisés de cancers ne reposent ainsi que sur le facteur de l'âge et du sexe, alors que d'autres données (consommation de soins, régime ALD, *etc*.) pourraient être prises en compte pour améliorer la pertinence des messages diffusés et structurer des parcours d'invitation aux dépistages plus personnalisés, en cohérence avec le profil de risque des assurés.

Enfin, l'exploitation des données de santé et le recours à des algorithmes sophistiqués permettent désormais **de modéliser l'évolution de la maladie d'un patient, voire de prédire son apparition grâce à un score de risque reposant sur des statistiques de probabilités**. En pleine expansion dans le champ de la cancérologie, la médecine prédictive présente ainsi un potentiel fantastique pour le développement de la prévention tertiaire.

---

[1] *Selon les données de l'INCa, l'incidence des cancers chez les moins de 50 ans a crû de 79 % entre 1990 et 2019.*

• **Au cœur de la révolution numérique, les données de santé disponibles doivent toutefois être davantage valorisées à des fins de prévention**.

Avec la création en 2019 du *Health Data Hub*, la France s'est dotée d'un véritable « actif stratégique »[1] pour valoriser ses données de santé. Le *Health Data Hub*, ou plateforme des données de santé, est notamment alimenté par le système national des données de santé (SNDS) qui comprend l'ensemble des données individuelles collectées par l'assurance maladie. La France dispose ainsi d'un riche patrimoine de données de santé, véritable atout pour déployer des politiques de santé ciblées et personnalisées. Mais cette masse gigantesque de *data* n'est qu'une matière brute dont le potentiel dépend de notre capacité à les exploiter. Or, cette capacité s'est en partie vue entravée par le choix de Microsoft comme hébergeur de la plateforme des données de santé, la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) ayant recommandé que les données du SNDS ne puissent être hébergées que par des entités relevant exclusivement des juridictions de l'Union européenne eu égard à leur haut niveau de sensibilité. L'annonce au printemps 2026 du choix d'un nouveau *cloud* français devrait permettre de lever les freins au transfert de ces données vers le *Health Data Hub* et d'accélérer la conduite de nouveaux projets de recherche. Malgré ce contexte, le *Health Data Hub* a accompagné plus de 230 projets de recherche à ce jour.

Face aux difficultés d'accès aux données qui sont encore regrettées par des acteurs de la recherche, nombre d'établissements hospitaliers ont choisi de créer et de développer leurs propres entrepôts de données de santé, pour les mettre au service de leurs projets de recherche. Constitué à partir des données anonymisées de leurs patients, cet élan recèle de grandes potentialités pour la recherche ; il doit être accompagné et encouragé.

Par ailleurs, l'un des champs d'investigation à ouvrir, déterminant pour les enjeux de prévention, concerne **l'étude des interactions entre la santé environnementale et l'état de santé des populations** – en croisant par exemple des données sur la qualité de l'eau ou de l'air avec les données du SNDS. Le *Health Data Hub* a autorisé en début d'année 2026 plusieurs projets de recherche sur ces enjeux de santé-environnement. Là encore, l'exploitation des données de santé pertinentes doit être accélérée.

[1] « *La plateforme des données de santé est un actif stratégique pour le France* », Le *Monde, 16 février 2026*.

La prévention algorithmique : un enjeu d'avenir

La médecine prédictive connaît un essor important en oncologie, en neurologie ou encore dans le champ de la santé mentale. Elle repose sur des modèles prédictifs alimentés par des données produites en masse et structurés par des algorithmes dont l'objet est de définir les probabilités d'évolution d'une pathologie.

Dans ce cadre, Etienne Minvielle et Hervé Dumez, auteurs d'un article intitulé « La prévention en santé sera-t-elle algorithmique ? »[1], proposent de définir la « prévention algorithmique » comme la mise en relation des données de santé individuelles permettant de caractériser des facteurs de risque – génétiques, socioéconomiques, comportementaux – avec des modèles de prédiction algorithmique calculant le risque de survenue d'une maladie. Selon eux, « *la prévention algorithmique est une approche personnalisée qui s'appuie sur des traitements de données massives, et tire bénéfice d'autres innovations numériques (plateforme digitale, jumeau numérique) et médicales (biopsie liquide)* » pour définir un traitement préventif adapté à la situation de chaque personne[2].

Les habitudes de vie, les antécédents médicaux, l'identification de mutations génétiques ou de biomarqueurs sont autant de données essentielles qui alimentent les modèles algorithmiques. Selon E. Minvielle et H. Dumez, « *il est certain qu'un tel effort comporte de nombreux défis techniques. Mais il constitue également un défi politique au niveau de l'infrastructure à construire et de l'accès aux données. La France dispose de bases de données permettant d'assumer un programme ambitieux dans ce domaine, des structures comme le* Health Data Hub *devant permettre de garantir leur partage* ».

Ces approches novatrices ne vont pas sans soulever des questions sensibles : conditions de recueil et de partage des données, consentement de l'usager à la réutilisation de ses données, coût des technologies d'intelligence artificielle et modèle économique pour les intégrer aux pratiques de soins… Sur l'ensemble de ces sujets, les pouvoirs publics devront déterminer le cadre d'action pertinent pour favoriser les projets innovants.

- **À l'échelle des usagers et des professionnels de santé, « Mon espace santé » représente un autre vecteur au service de la prévention, dont les fonctionnalités doivent néanmoins être développées**.

L'assurance maladie a déployé d'importants moyens ces dernières années pour que les professionnels de santé utilisent cet outil et que les usagers s'en saisissent. Si son but principal consiste à mieux coordonner les professionnels de santé grâce à la centralisation sur une plateforme unique des données du dossier médical partagé (DMP), il peut aussi constituer un outil de promotion de la santé auprès des usagers et améliorer le suivi individuel des actions de prévention. En effet, **« Mon espace santé » comprend une rubrique « prévention » destinée à proposer des messages adaptés au profil de chaque usager** (dépistages organisés des cancers, vaccinations, informations relatives aux facteurs de risque comportementaux, *etc.*).

[1] *E. Minvielle et H. Dumez, « La prévention en santé sera-t-elle algorithmique ? »,* in *A. Beiner et Y. Bubien (dir.),* Innovations et prévention en santé*, 2025.*
[2] Ibid.

Consolider l'inscription de la prévention dans « Mon espace santé » fait aujourd'hui partie des priorités inscrites dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2023-2027 de l'Assurance maladie. Le décret n° 2024-468 du 24 mai 2024 relatif à la mise en œuvre de l'espace numérique de santé traduit cette ambition en autorisant les usagers à recevoir des messages de prévention personnalisés, à remplir en ligne les questionnaires de préparation des rendez-vous de prévention et à les partager avec les professionnels de santé. **Ces évolutions doivent être saluées, mais elles restent timides et nécessitent que les usagers se les approprient**. En effet, quatre ans après la création de « Mon espace santé », sa montée en charge apparaît très progressive : 27 millions de comptes ont été activés[1], un chiffre en hausse mais faible au regard des quelque 65 millions d'assurés sociaux du régime général d'assurance maladie, qui n'est par ailleurs nullement significatif des usages des assurés puisque l'activation d'un compte ne correspond qu'à la première connexion. Plus de la moitié des assurés sociaux n'accèdent donc toujours pas aux fonctionnalités de « Mon espace santé » tandis qu'il est difficile de savoir quelle utilisation en font réellement les 27 autres millions.

En termes de contenu, les rapporteurs ont pu constater que les messages de prévention relayés sur « Mon espace santé » souffrent d'un degré de personnalisation très insuffisant : seuls l'âge et le sexe sont actuellement pris en compte pour la diffusion de certaines informations, alors que d'autres données essentielles (antécédents de soins, territoire de résidence, *etc.*) mériteraient d'être exploitées. Nombre d'informations sont par ailleurs relayées de façon générique, sans ciblage particulier ni adaptation du contenu. Consciente de ces insuffisances, **la Cnam souligne que ce chantier d'une personnalisation renforcée des messages de prévention s'inscrit pleinement dans sa COG 2023-2027**. Y parvenir suppose toutefois :

- d'être en capacité d'utiliser les données actuellement disponibles dans le SNDS, en particulier celles relatives à la consommation de soins pour adapter les alertes et notifications. Sur ce sujet, la Cnam précise avoir engagé un travail avec la Cnil ;

- de permettre à l'usager de renseigner sur « Mon espace santé » des données complémentaires pertinentes, comme les habitudes de vie déclarées correspondant à des facteurs de risque comportementaux ou environnementaux (tabagisme, consommation d'alcool, alimentation, activité physique, sommeil).

Considérant que la création d'un carnet de prévention numérique complet devrait être l'un des grands chantiers de la COG de l'assurance maladie, les rapporteurs appellent de telles évolutions de leurs vœux. C'est à ces conditions, et sous réserve d'une stratégie de soutien plus ferme à l'activation des 65 millions de comptes, que « Mon espace santé » pourrait devenir ce carnet de prévention numérique accessible à tous les Français.

[1] *L'activation du compte correspond à une première connexion sur « Mon espace santé ».*

• **À cet égard, l'intégration sur « Mon espace santé » de données personnelles de l'usager collectées par des objets connectés peut représenter un levier d'action complémentaire à mobiliser**.

Les applications numériques de santé et les objets connectés renforcent l'adhésion des populations aux enjeux de prévention grâce à leur ergonomie et à leur format « sur mesure ». Ces dispositifs récoltent en temps réel des données essentielles pour repérer précocement des facteurs de risque ou des symptômes en mesurant certains paramètres physiologiques, par exemple la fréquence cardiaque, le niveau d'activité physique, ou encore la qualité du sommeil. De même que la télésurveillance est devenue un outil employé par les professionnels de santé pour le suivi en routine de pathologies comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque, la mesure de données de santé individuelles par des objets connectés pourrait être valorisée au bénéfice de la prévention et de l'éducation en santé des usagers.

Le code de la santé publique prévoit déjà que « Mon espace santé » permet aux usagers d'accéder non seulement à leur DMP mais aussi à leurs « *constantes de santé éventuellement produites par des applications ou des objets connectés référencés* », à « *toute autre donnée de santé utile à la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins* » ainsi qu'à « *tout service numérique, notamment des services développés pour favoriser la prévention et fluidifier les parcours* »[1]. Ces fonctionnalités sont toutefois encore peu développées.

Or, le partage de ces données avec les professionnels de santé, qui ne peut être qu'à l'initiative de l'usager, contribuerait certainement à améliorer le dépistage des pathologies chroniques et à définir au plus tôt une stratégie personnalisée de prévention. Sous réserve de leur validation scientifique et du respect de divers prérequis techniques – notamment du RGPD –, de telles données pourraient utilement être valorisées pour adapter le parcours de soins des usagers si elles étaient versées à « Mon espace santé ».

• **Pour aller plus loin, « Mon espace santé » pourrait également promouvoir les actions de prévention locales tenant compte du lieu de résidence de l'usager**.

Ces actions seraient directement renseignées par les acteurs publics ou privés qui les portent – collectivités territoriales, associations, organismes complémentaires d'assurance maladie, *etc.* – à condition d'avoir été préalablement habilités par l'assurance maladie à accéder à « Mon espace santé ». La Fédération française de cardiologie, très impliquée dans des actions de prévention pour la santé cardiovasculaire, suggère ainsi que les opérateurs de prévention puissent « ***jouer un rôle de passerelle entre l'outil numérique et les actions de terrain, pour garantir que la prévention digitale ne reste pas théorique, mais s'ancre dans des parcours réels accompagnés, et accessibles à tous*** »[2]. Les rapporteurs suggèrent que cette nouvelle fonctionnalité constitue un axe de travail à

[1] *Article L. 1111-13-1 du code de la santé publique.*
[2] *Réponse de la Fédération française de cardiologie au questionnaire des rapporteurs.*

approfondir dans le cadre de la COG de l'assurance maladie, pour renforcer la personnalisation des messages de prévention en impliquant l'ensemble des acteurs.

Recommandation n° 24 : Créer un carnet de prévention numérique dans « Mon espace santé » pour proposer un suivi individualisé des comportements de santé, diffuser des informations et des conseils de prévention ciblés.

Faire obligation aux autres opérateurs (État, Ocam, collectivités territoriales) d'y proposer leurs actions de prévention pertinentes pour faciliter l'accès à des actions de prévention adaptées au profil de chaque individu.

• En définitive, la gestion de « Mon espace santé » doit être résolument dynamisée pour exploiter les nombreuses potentialités de l'outil et en faire un outil de partage citoyen plus connecté à l'usager et à son territoire.

Un chemin certain reste toutefois à parcourir pour que les usagers et les professionnels de santé se saisissent véritablement du DMP et de « Mon espace santé ».

Du côté des usagers, la confiance dans l'outil numérique et l'ergonomie de l'application sont les principales clés d'une meilleure appropriation, en tenant compte du fait que les attentes des jeunes générations et des seniors ne sont pas les mêmes. S'agissant des professionnels, l'interopérabilité du DMP avec les logiciels métiers des libéraux est une condition *sine qua non* de l'alimentation de « Mon espace santé » en données-patients. De même, la structuration du DMP apparaît encore trop peu aboutie pour permettre une utilisation en routine par les professionnels de santé. L'ergonomie de l'outil doit être impérativement améliorée.

Malgré les efforts de la Cnam et de l'Agence du numérique en santé (ANS) appuyés par un investissement de 2 milliards d'euros, le chantier du Ségur numérique pâtit de retards successifs. Cinq ans après son lancement, le bilan apparaît en demi-teinte : si le nombre de documents versés par les professionnels de santé au DMP est en croissance continue, l'utilisation du DMP en médecine de ville se heurte à des obstacles persistants, tandis que les usages des citoyens eux-mêmes demeurent peu documentés.

En tout état de cause, les efforts doivent être poursuivis pour soutenir la démocratisation de « Mon espace santé » et construire un véritable carnet de prévention numérique.

b) Soutenir des programmes expérimentaux innovants

Le système de santé français étant essentiellement tourné vers le curatif, le soutien aux actions de prévention passe aujourd'hui notamment par des dispositifs juridiques et financiers sur mesure ou dérogatoires.

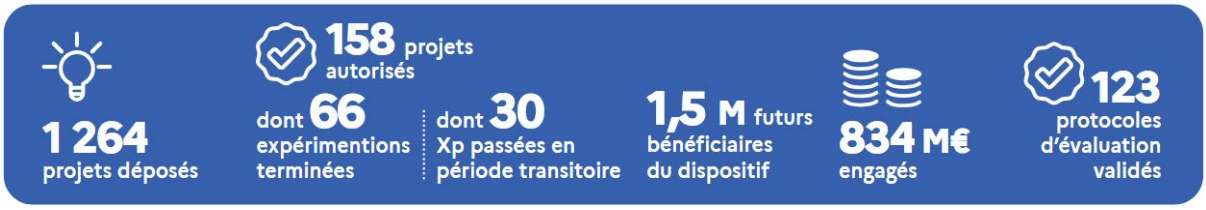
• **Nombre d'initiatives portées par des acteurs de terrain ont ainsi trouvé à s'inscrire dans le cadre des expérimentations dites de l'article 51**.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a en effet introduit dans son article 51[1] un dispositif permettant de favoriser **l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social** et d'**expérimenter des modes de financement *ad hoc* adaptés à chaque projet**. Au terme d'une phase d'évaluation, les expérimentations probantes ont vocation à être généralisées et intégrées dans le droit commun, à l'instar du programme ICOPE généralisé en mars 2026, ou des CSSMS pérennisés en janvier 2025 (*cf. supra*).

Présentation des étapes clés de mise en œuvre du dispositif de l'article 51



Bilan chiffré du dispositif de l'article 51 jusqu'en juillet 2025



Source *: rapport au Parlement sur les expérimentations innovantes en santé, 2025*

68 % des expérimentations autorisées dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018 intègrent une approche de prévention, principalement secondaire et tertiaire[2]. Cette rencontre des initiatives de prévention avec le dispositif de l'article 51 s'explique essentiellement par l'absence de modèle pérenne de financement dédié aux actions de prévention.

[1] *Article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.*
[2] *Réponse de la Cnam au questionnaire des rapporteurs.*

Si les pouvoirs publics sont à l'origine de certaines de ces expérimentations, le dispositif de l'article 51 accompagne majoritairement des initiatives venant du terrain : près de 75 % des projets sont portés par des établissements de santé (29 %), des groupements d'acteurs de santé (25 %) ou des acteurs de ville (17 %). Ce dispositif permet donc une prise en considération accrue de l'expertise des différents acteurs de la prévention.

Plusieurs acteurs regrettent néanmoins un périmètre de recevabilité des projets jugé trop contraignant ou resserré, valorisant la seule innovation au détriment de programmes recourant à des méthodes ou organisations plus classiques, mais éprouvées. Le développement de la prévention ne saurait en effet être réduit aux seuls projets innovants, au risque d'étouffer d'autres opportunités. En revanche, **l'innovation constitue bel et bien un levier de transformation du système de santé et de renouvellement des approches en valorisant l'utilisation des données de santé et de l'intelligence artificielle**, indispensables pour relever le défi de la personnalisation de la prévention. Les délais d'approbation et de mise en œuvre de certains projets peuvent aussi, parfois, être jugés décourageants : l'accord pour l'expérimentation du programme Interception de l'institut Gustave Roussy n'est ainsi intervenu que trois ans après le dépôt du dossier (*cf. infra*).

Interception est un programme dédié à la détection précoce des cancers chez les patients les plus à risques. **Partant du constat que 30 % à 40 % des cancers se développent chez des personnes qui auraient pu être identifiées des années plus tôt comme étant « à risque augmenté de cancer », le programme cible des patients présentant des facteurs de risque spécifiques** : personnes ayant subi des expositions à des toxiques, porteurs d'anomalie génétique, fumeurs, *etc*. Conçus et mis en œuvre au sein de l'institut Gustave Roussy, quatorze parcours ont d'ores et déjà été déployés (parcours dédié aux femmes à risque augmenté de cancer du sein, parcours pour les personnes à risque augmenté de cancer colorectal, parcours des personnes porteuses d'anomalies génétiques prédisposantes rares) pour proposer un suivi adapté, en collaboration entre l'hôpital et le secteur ambulatoire. Des consultations et des ateliers de sensibilisation sont organisés à l'institut lors d'une « journée interception » ; un suivi personnalisé au long cours est ensuite organisé, coordonné par le médecin traitant, tandis que l'application digitale MyInterception facilite et pérennise la relation avec le centre Interception, grâce à des rappels d'examens et des informations ciblées. Environ 5 000 personnes ont aujourd'hui intégré ce programme.

La prévention au cœur de l'article 51 de la LFSS pour 2018 : deux exemples d'expérimentations innovantes et probantes

- **Mission : retrouve ton cap !**

Le programme Mission : retrouve ton cap ! (MRTC) constitue le premier programme « article 51 » à avoir été généralisé, au terme d'une expérimentation de trois ans menée dans l'ancienne région du Nord-Pas-de-Calais, à La Réunion et en Seine-Saint-Denis. Il cible les enfants de 3 à 12 ans en surpoids ou à risque de surpoids, pour les accompagner grâce à un suivi pluridisciplinaire et précoce entièrement pris en charge par l'assurance maladie.

L'expérimentation a permis d'inclure dans le programme environ 2 000 enfants, dont 52 % ont vu leur poids diminuer et 8 % sont parvenus à la stabiliser. Il a été observé que 53 % des enfants mangeaient moins souvent entre les repas et que 52 % avaient augmenté leur temps d'activité hebdomadaire.

- **As du cœur**

Portée par le centre de ressource sport santé Azur Sport Santé, l'expérimentation As du cœur vise à améliorer la santé des patients par une activité physique régulière, à les autonomiser dans leur pratique et à réduire les hospitalisations et dépenses de santé. Elle repose sur la prise en charge par l'assurance maladie de l'activité physique adaptée (APA) pour des patients ayant subi un incident cardiaque et terminé leur réadaptation cardiovasculaire dans un service de soins médicaux et de réadaptation.

Sur la période 2021-2022, l'expérimentation a concerné onze départements dans cinq régions, et permis que 466 patients soient pris en charge. Malgré un avis favorable du comité technique de l'innovation en santé rendu début 2025, le ministère de la santé ne s'est pas encore prononcé en faveur de la généralisation de l'expérimentation.

- **PEGASE : accompagner la santé des jeunes enfants protégés**

Au terme d'une expérimentation de cinq années dans le cadre de l'article 51, le programme Pegase a été autorisé en tant qu'innovation par un arrêté du 30 juillet 2024, en vue de sa généralisation. Destiné aux enfants ayant fait l'objet d'une mesure de protection de l'enfance avant l'âge de 5 ans, Pegase vise à assurer le suivi et l'accompagnement en santé, y compris dans le champ de la prévention, des enfants protégés jusqu'à leurs 7 ans. Il prévoit un parcours de soins adapté – 20 bilans de santé réalisés à âges fixes jusqu'aux 7 ans de l'enfant – pour répondre aux insuffisances actuelles du suivi médical et « *prévenir l'apparition de retards de développement et de problèmes de santé physique et psychique de ces enfants et de leurs conséquences ultérieures en termes de handicap social, physique, psychique* »[1].

Ce programme, conçu pour une population restée assez largement hors du spectre des politiques de santé et prise en charge par les départements, vise à pourvoir un suivi de proximité à de jeunes enfants en situation de vulnérabilité, dont l'état de santé physique et psychique est souvent altéré du fait de traumatismes ou de carences de soins ou d'accompagnement en prévention.

[1] *Cahier des charges de la période transitoire post-expérimentation du programme Pegase, juillet 2024.*

• **Dans le cadre du programme France 2030, le lancement d'une stratégie d'accélération de l'innovation en prévention permet d'octroyer de nouveaux financements au soutien de programmes innovants**.

L'Agence de l'innovation en santé (AIS), créée en novembre 2022, est chargée de piloter la mise en œuvre du plan « Innovation santé » correspondant au volet santé du programme France 2030. L'institution, placée sous l'autorité du Premier ministre et rattachée au secrétariat général pour l'investissement, s'est vue fixer cinq priorités stratégiques : les biothérapies, les maladies infectieuses émergentes et les menaces NRBC, le numérique en santé, les dispositifs médicaux innovants et **l'innovation en prévention**. Dans ce cadre, l'AIS a pour mission d'accompagner les porteurs de projets innovants, d'en mesurer les impacts sur les plans organisationnel, médico-social, médico-économique, budgétaire et sociétal, et d'imaginer un modèle de financement pérenne adapté à chaque projet. Parmi les thématiques prioritaires identifiées figurent la lutte contre l'infertilité, la santé de l'enfant, la santé mentale, la prévention de la perte d'autonomie et les maladies chroniques.

Pour mener à bien cette mission, un budget de 170 millions d'euros a été confié à l'AIS. 50 millions d'euros sont alloués au développement de programmes de recherche, 100 millions d'euros aux travaux de « démonstration de valeur » et 20 millions d'euros à la stratégie d'industrialisation pour sécuriser le développement de filières industrielles d'intérêt dans le domaine de la prévention. Les programmes de recherche sont pilotés par l'Inserm, tandis que le dispositif de démonstration de valeur s'adresse préférentiellement à des projets portés par des consortiums public/privé recourant à des outils innovants (technologies, produits de santé innovants, numérique, modèle organisationnel).

• **La recherche en santé publique et en prévention a souffert d'un manque de priorisation politique et pâtit d'une insuffisance chronique de moyens pénalisante pour la conduite de politiques publiques efficientes**. **Pour la faire progresser, des plans d'investissement stratégiques sont indispensables.**

La DGS résume la situation en ces termes : « *la recherche en prévention et promotion de la santé étant « le parent pauvre » de la recherche en santé, elle nécessite pour se développer un important soutien financier lui permettant d'attirer les équipes de recherche et de structurer un véritable réseau sur le territoire* »[1]. La DGS souligne encore l'importance de mener « *un travail sur la transférabilité vers l'action et la décision publique afin de capitaliser en rendant visibles, accessibles et « utilisables » les résultats de cette recherche* ». Face à ce constat unanimement partagé, il a été décidé de constituer un consortium d'institutions rassemblant Santé publique France, l'INCa, le HCSP, la Société française de santé publique (SFSP), la Fédération Promotion santé, la Mildeca et l'Institut pour la recherche en santé publique (IReSP), piloté par la DGS, pour constituer l'Initiative en Santé publique pour l'interaction de la Recherche, de l'Intervention et de la

[1] *Réponse de la DGS au questionnaire des rapporteurs.*

Décision (InSPIRe-ID). Cette initiative poursuit deux objectifs : développer la recherche en santé publique et constituer un portail des interventions probantes en prévention et promotion de la santé.

Les évolutions épidémiologiques justifient aujourd'hui un investissement soutenu dans la recherche en santé publique. Outre l'augmentation continue des maladies chroniques qui représentent une très lourde charge financière pour l'assurance maladie, la hausse conséquente du nombre de cancers chez les jeunes adultes est d'autant plus préoccupante que ses causes ne sont pas véritablement objectivées. L'incidence des cancers chez les moins de 50 ans a crû de 79 % entre 1990 et 2019. Le risque de déclarer un cancer du pancréas entre 20 et 40 ans s'est accru de 5,4 % entre 1998 et 2017 pour les hommes et de 5,4 % pour les cancers colorectaux chez les femmes. Le professeur Barlesi, directeur général de l'institut Gustave Roussy, évoque à cet égard un véritable « *tsunami* » épidémique. Une meilleure connaissance des causes de ces évolutions, qui font assurément intervenir des facteurs comportementaux et environnementaux, est indispensable pour aplanir la vague grâce à des politiques de prévention adaptées, fondées sur des données scientifiques.

La rigueur scientifique et la rationalité économique imposent de mesurer le retour sur investissement de la prévention, et la recherche en prévention sera d'autant mieux soutenue qu'elle saura chiffrer l'impact de la prévention sur la soutenabilité des dépenses de santé à long terme et les indicateurs de santé de la population.

Recommandation n° 8 : Investir plus fortement dans la recherche en prévention pour étayer scientifiquement ses bénéfices et soutenir le déploiement de dispositifs probants, personnalisés et ciblés.

Recommandation n° 9 : (b) Systématiser l'évaluation médico-économique des dispositifs de prévention nationaux pour mesurer le retour sur investissement global et privilégier les actions les plus pertinentes et financer le temps consacré à l'évaluation.

c) Déployer une stratégie de lutte contre la désinformation

• **Les messages de prévention et la communication en santé publique sont aujourd'hui parasités par une désinformation massive, qui se déploie tous azimuts et s'avère difficile à réguler**.

La transformation des supports de communication et du paysage médiatique, à l'ère du numérique, bouleverse profondément notre rapport à l'information. Une défiance croissante à l'égard des institutions s'observe, à laquelle n'échappent pas les autorités sanitaires et qui tend à affaiblir l'adhésion aux politiques de prévention. Aujourd'hui, « l*es procédures internes de validation des informations émises par les institutions publiques, indispensables à la fiabilité du message, demeurent trop lentes pour faire face à la vitesse de propagation des fausses*

informations »[1]. La multiplication des canaux d'information, la diversité des émetteurs, la rapidité du flux informationnel et l'absence de hiérarchisation des contenus brouillent les repères du public, tandis que les sources d'information scientifiques et la parole publique se voient progressivement invisibilisées, si ce n'est décrédibilisées. Sur les réseaux sociaux, la propagation de *fake news* est favorisée par des algorithmes favorisant les contenus viraux, au détriment de contenus fiables. Dans ce contexte, « *la frontière entre publication scientifique, vulgarisation et opinion s'estompe, notamment sur les réseaux sociaux* »[2].

Dans le champ de la santé sexuelle par exemple, les *fake news* sur le mode de contamination par le VIH pullulent. Certaines remettent en cause l'efficacité des traitements antirétroviraux ou de la PrEP, à rebours des études cliniques et de la vérité scientifique. Le Mouvement français pour le planning familial relève qu'« *en matière de contraception et d'IVG, les fausses informations sont également fréquentes, notamment sur des sites dits "anti-choix" qui se présentent comme des plateformes d'aide mais qui diffusent en réalité un discours culpabilisant et mensonger : prétendant que l'avortement rend stérile, qu'il entraîne des troubles psychiques graves, ou qu'il existe des méthodes « naturelles » fiables à 100 %, sans fondement médical* »[3]. Cet exemple illustre assez clairement la stigmatisation que véhicule la désinformation en santé et les dangers dont elle s'accompagne. Elle peut notamment conduire à des refus de vaccination exposant des personnes vulnérables à des contaminations (covid-19, grippe), ainsi qu'à des refus de traitements pour privilégier des remèdes jugés plus naturels mais non validés scientifiquement, parfois extrêmement dangereux. Il en va ainsi de l'urinothérapie pour le traitement du cancer, qui a pu être fatale à certains patients.

• **La désinformation en santé s'accompagne aussi de dérives sectaires en augmentation**.

Entre 2022 et 2024, 37 % des signalements et demandes d'information reçus par la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes) portaient sur la santé et le bien-être[4]. Sur ce point, la Miviludes analyse : « *Les dérives sectaires en matière de santé et de bien-être ne se résument pas à des pratiques de soins, elles s'accompagnent de tout un univers de croyances sur la nature et le fonctionnement de l'organisme, de son environnement et de leurs interactions* », et pointe « *le développement du numérique favorisant la diffusion de la désinformation médicale, les confinements successifs, qui ont suscité des critiques à l'égard des politiques de vaccination, des autorités publiques et des représentants du milieu médical ou encore, plus généralement, les demandes de soins non satisfaites, le besoin de personnalisation des soins* »[5].

---

[1] *M. Molimard, D. Costagliola et H. Maisonneuve,* L'information en santé, Bilan des forces et des faiblesses – Recommandations pour une stratégie nationale d'information et de lutte contre la désinformation en santé, *rapport au ministre de la santé, janvier 2026.*

[2] Ibid.

[3] *Réponse du Mouvement français pour le planning familial (MFPF) au questionnaire des rapporteurs.*

[4] *Miviludes, Rapport d'activité 2022-2024.*

[5] Ibid.

• **Dans ce contexte, les rapporteurs soulignent l'importance fondamentale de soutenir l'accès des citoyens à une information en santé fiable et vérifiée**.

Ils constatent que la communication publique, globalement descendante, se révèle peu adaptée à l'évolution de l'environnement médiatique et à la manière dont les citoyens s'informent. Ils regrettent, en parallèle, l'absence de stratégie claire pour lutter contre la désinformation en santé, mais saluent la publication récente d'un rapport sur l'information en santé formulant une série de neuf recommandations « *pour une stratégie nationale d'information et de lutte contre la désinformation en santé* ».

Au titre de la présente mission d'information, elles soutiennent la mise en œuvre des actions suivantes :

- former les citoyens à repérer et à déconstruire les fausses informations en améliorant la littératie en santé de la population ;

- renforcer la présence des institutions et des associations agréées dans le champ de la santé publique sur les réseaux sociaux et dans l'enceinte scolaire ;

- soutenir des dispositifs d'accueil, d'écoute et d'information fiables et accessibles, par exemple sous le format de *hotlines* associatives (numéro vert national sexualités-contraception-IVG, dispositif d'écoute nocturne Nightline tenu par et pour des étudiants, *etc*.).

• **En outre, les rapporteurs considèrent que les jeunes publics doivent faire l'objet d'une stratégie dédiée, qui passe à la fois par l'éducation aux médias et à l'information et par le développement des compétences psychosociales**.

L'éducation aux médias et à l'information recouvre « *la formation à l'utilisation responsable des outils et des ressources numériques* » et « *contribue au développement de l'esprit critique, à la lutte contre la diffusion des contenus haineux en ligne, à la sensibilisation contre la manipulation d'ordre commercial et les risques d'escroquerie en ligne et à l'apprentissage de la citoyenneté numérique* »[1]. Inscrit dans les programmes de l'éducation nationale dès la maternelle, le développement de cet enseignement constitue un levier indispensable pour combattre la désinformation et renforcer la littératie en santé (*cf. supra*) en luttant contre la fracture numérique au sens des capacités à utiliser l'environnement numérique de façon autonome. L'objectif est que les élèves acquièrent des compétences et des réflexes pour vérifier une information, l'analyser d'un point de vue critique et repérer les manipulations.

[1] *Article L. 312-19 du code de l'éducation.*

L'esprit critique des élèves doit également être soutenu et encouragé dans le cadre de **la stratégie nationale de développement des compétences psychosociales.** Selon l'OMS, le développement de ces compétences contribue de façon décisive aux politiques de promotion de la santé et à l'atteinte d'un état de bien-être physique, mental et social.

Typologie des compétences psychosociales



***Source** : Site internet du ministère de l'éducation nationale*

L'impact de ces initiatives sur la santé mentale, la prévention des conduites addictives, la réussite scolaire et l'insertion professionnelle ayant été démontré par de nombreuses analyses, Santé publique France relève que ces programmes « *ont contribué à une forte progression de la prévention là où les interventions fondées uniquement sur l'information ne fonctionnaient pas* »[1]. La stratégie de développement des compétences psychosociales, engagée dans la continuité des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie (septembre 2021), est désormais affichée comme une priorité de l'éducation nationale (*cf. infra*).

Recommandation n° 6 : Déployer des campagnes de prévention ciblées sur les réseaux sociaux à l'attention des jeunes générations, en utilisant les codes appropriés et en mobilisant des influenceurs.

Recommandation n° 7 : Prendre appui sur les travaux du nouvel observatoire de la désinformation en santé, poursuivre de façon systématique les auteurs de désinformation médicale et les sanctionner beaucoup plus fermement.

[1] *Santé publique France, Les compétences psychosociales : état des connaissances scientifiques et théoriques, octobre 2022.*

B. DÉMULTIPLIER LES RELAIS DE PRÉVENTION

Pour favoriser une meilleure imprégnation de la culture préventive en France, la promotion de la santé doit se construire dans tous les champs de la vie quotidienne. **La démultiplication des relais de prévention passe par le fait d'investir de nouveaux lieux de prévention et par la mobilisation d'un large panel d'acteurs, au-delà des seules sphères sanitaire et institutionnelle**. Toutes les opportunités d'informer et d'éduquer à la prévention doivent ainsi être saisies.

1. Démultiplier les espaces de prévention

a) L'école

L'école constitue un espace d'action naturel et privilégié pour construire une première génération « prévention » à moyen terme. Parce qu'elle rassemble tous les enfants et adolescents d'une même classe d'âge, et en raison de sa mission d'éducation, l'école peut être un formidable laboratoire d'apprentissage des réflexes de prévention.

La promotion de la santé des élèves fait partie des missions de l'éducation nationale. Elle recouvre notamment[1] :

- « *la mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé* » ;

- « *l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation à la santé* » ;

- « *la participation à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre en faveur des enfants et des adolescents* » ;

- « *la réalisation des examens médicaux et des bilans de santé définis dans le cadre de la politique de la santé en faveur des enfants et des adolescents* » ;

- « *la détection précoce des problèmes de santé physique ou psychique ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité* ».

Les actions de promotion de la santé et d'éducation à la santé relèvent en priorité des personnels de santé scolaire (en particulier les médecins, les infirmiers, les assistants de service social et les psychologues). Elles reposent également sur certains programmes d'enseignement scolaire et sur des partenaires extérieurs – notamment associatifs – intervenant dans le cadre de sessions d'information ou de sensibilisation à des thématiques spécifiques (santé sexuelle, addictions).

[1] *Article L. 121-4-1 du code de l'éducation.*

• **Les services de santé scolaire contribuent de façon prioritaire aux actions de promotion de la santé et de prévention à l'école**.

Leur action s'organise en coordination avec celle des services départementaux de PMI. Elle se matérialise par **des visites médicales et des examens de dépistage obligatoires, qui ne donnent pas lieu à contribution pécuniaire des familles**. En droit, il est prévu que soient assurés[1] :

- une visite médicale pour les enfants âgés de 3 à 4 ans visant à dépister les troubles sensoriels, psycho-affectifs, staturo-pondéraux ou neurodéveloppementaux, en particulier du langage oral[2] ;

- une visite médicale au cours de la sixième année de l'enfant pour repérer des troubles pouvant entraîner des difficultés d'apprentissage, tels que des troubles visuels ou auditifs, des troubles du langage ou des apprentissages, ou des difficultés psychologiques ;

- une visite de dépistage infirmier au cours de la douzième année de l'enfant ;

- des examens médicaux périodiques tout au long de la scolarité des élèves, qui peuvent être réalisés à la demande des élèves, des familles et des équipes éducatives[3].

Le respect de ce parcours médical reste toutefois très largement théorique, compte tenu des difficultés majeures de fonctionnement auxquelles sont confrontés depuis des années les services de santé scolaire : effondrement des effectifs, manque d'attractivité des carrières, difficultés de fidélisation, *etc.*

En outre, depuis l'automne 2023, des campagnes de vaccination contre les HPV sont organisées chaque année dans tous les collèges publics et dans les collèges d'enseignement privé volontaires. Les campagnes ciblent les élèves de cinquième, la Haute Autorité de santé (HAS) ayant recommandé la vaccination des filles (depuis 2007) et des garçons (depuis 2021) âgés de 11 à 14 ans, selon un schéma vaccinal à 2 doses. Les infections à HPV sont responsables chaque année d'environ 35 000 lésions précancéreuses et 6 400 cas de cancers en France, dont près de la moitié sont des cancers du col de l'utérus. La vaccination permet de prévenir jusqu'à 90 % des infections, voire 100 % si elle est réalisée avant le premier rapport sexuel. Cette mesure,

---

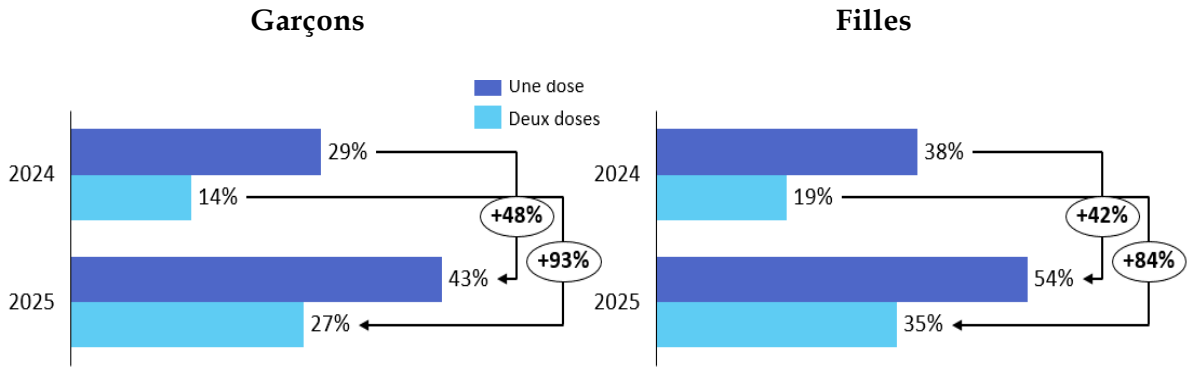
[1] *Article L. 541-1 du code de l'éducation et arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistages obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation.*

[2] *Cette visite est effectuée par les professionnels de santé du service départemental de protection maternelle et infantile ou, à défaut, par les professionnels de santé de l'éducation nationale.*

[3] *La prévention auprès des enfants passe aussi par vingt examens médicaux obligatoires pris en charge par l'assurance maladie, qui s'échelonnent des premiers jours du nourrisson à la dix-huitième année de vie (article R. 2132-1 du code de la santé publique). L'examen réalisé aux cinq ans de l'enfant est en principe réalisé par le médecin de santé scolaire. Un nouvel examen réalisé au cours de la sixième année de l'enfant a été créé en 2025.*

inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024[1], bénéficie d'un financement intégral par l'assurance maladie[2].

Progression de la couverture vaccinale contre les infections à HPV des enfants nés en 2012



***Source** : commission des affaires sociales d'après les données de Santé publique France*

À l'issue de la campagne menée au cours de l'année scolaire 2024-2025, la couverture vaccinale à deux doses des élèves de cinquième (enfants nés en 2012) était estimée à 35 % chez les filles et à 27 % chez les garçons (et respectivement à 54 % et 43 % pour une seule dose)[3]. La couverture vaccinale est plus faible dans les territoires ultra-marins qu'en France hexagonale.

Avant le déploiement de ces campagnes, la couverture vaccinale était estimée à 41,5 % chez les jeunes filles de 16 ans et à 65 % chez les femmes de 25 à 45 ans. Le Gouvernement s'est fixé l'objectif d'un taux de couverture vaccinale de 80 % à horizon 2030[4], soit un taux comparable à celui observé en Suède, au Royaume-Uni ou en Australie.

Si la portée de ces campagnes de vaccination mérite d'être nettement renforcée pour atteindre les ambitions gouvernementales, les rapporteurs saluent une mesure forte pour enclencher un virage préventif auprès des jeunes générations. Ils considèrent par ailleurs que ce temps essentiel de la prévention au sein des collèges pourrait être mieux exploité en l'accompagnant d'actions de sensibilisation à la santé sexuelle, voire en instaurant une journée dédiée à cette sensibilisation, pour mutualiser les opportunités de prévention.

[1] *Article 37 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 relative au financement de la sécurité sociale.*
[2] *29° et 30° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.*
[3] *Données de Santé publique France (SpF) publiées le 18 décembre 2025. SpF souligne qu'en raison de divers biais, le nombre de vaccinations réalisées au collège et la couverture vaccinale sont certainement sous-estimés.*
[4] *Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.*

• **S'agissant de l'éducation à la santé, certes inscrite dans les missions de l'éducation nationale, elle ne figure en réalité dans les programmes d'enseignement scolaire que de façon fragmentée, parcellaire et minimaliste**.

Le code de l'éducation prévoit ainsi que soient dispensés :

- un enseignement de **l'éducation physique et sportive** dans les écoles maternelles et élémentaires, dans les établissements d'enseignement du second degré et d'enseignement technique[1] ;

- une information et une **éducation à la sexualité** dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles[2], et une information sur les conséquences de la consommation d'alcool par les femmes enceintes sur le développement du fœtus, dans les collèges et les lycées, à raison d'au moins une séance annuelle[3] ;

- une information et une **éducation à l'alimentation et à la lutte contre le gaspillage alimentaire**, en cohérence avec les orientations du programme national relatif à la nutrition et à la santé et celles du programme national pour l'alimentation[4] ;

- une information sur **les conduites addictives** et leurs risques dans les collèges et les lycées, à raison d'au moins une séance annuelle[5].

Toutefois, les données disponibles montrent que ces enseignements sont loin d'être systématiquement réalisés : un quart des établissements scolaires indique par exemple n'avoir jamais mis en œuvre l'éducation à la sexualité (*cf. infra*). **Plus largement, ces formats ne permettent ni l'acquisition de compétences de prévention par les enfants et les adolescents, ni plus largement l'imprégnation d'une véritable culture de la prévention à l'école**. Aujourd'hui, près d'un collégien sur cinq n'a pas d'activité sportive régulière[6] et seuls 13,1 % se situeraient dans les recommandations internationales liées à l'activité physique, correspondant à une heure d'activité physique modérée par jour. Par ailleurs, alors que des études démontrent que la santé mentale et le bien-être des élèves tendent à se dégrader durant le collège et ne s'améliorent guère au lycée, aucun programme ne permet d'aborder les questions de santé mentale ni l'exposition précoce et prolongée aux écrans, qui affecte pourtant la santé des enfants et des adolescents. En 2022, 13 % des enfants de 6 à 11 ans présentaient un trouble probable de santé mentale[7] et 24 % des lycéens déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois[8].

---

[1] *Article L. 312-3 du code de l'éducation.*
[2] *Article L. 312-16 du code de l'éducation.*
[3] *Article L. 312-17 du code de l'éducation.*
[4] *Article L. 312-17-3 du code de l'éducation.*
[5] *Article L. 312-18 du code de l'éducation.*
[6] *INJEP, « Un collégien sur cinq ne fait pas de sport régulièrement pendant ses loisirs »,* Analyses et synthèses, *avril 2025.*
[7] *Santé publique France, étude Enabee, 2022.*
[8] *Enquête ENCLASS, 2022.*

Au global, l'institution scolaire peine à assurer la mission que lui confie la loi et qui consiste à construire un véritable « parcours éducatif de santé ».

L'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle

Inscrite dans les programmes scolaires depuis 2021, l'éducation à la sexualité n'est pourtant réalisée que de façon très marginale, puisque moins de 15 % des élèves en bénéficient effectivement, et que 25 % des établissements scolaires indiquent ne l'avoir jamais mis en œuvre[1].

L'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS) concourt à la politique de santé sexuelle, éduque à la lutte contre les discriminations et les violences sexuelles et favorise l'émancipation des enfants. À l'occasion d'une refonte de son contenu et de ses objectifs pédagogiques, le programme d'EVARS a fait l'objet d'attaques virulentes qui témoignent de la persistance d'obstacles à une éducation à la santé apaisée à l'école.

Le nouveau programme[2], qui aborde cet enseignement dans une perspective large incluant les champs biologique, psycho-émotionnel, juridique et social, s'est mis en place dans un contexte houleux, après avoir suscité de vives attaques de la part de certaines associations militantes anti-choix et fait l'objet d'un contentieux devant le Conseil d'État[3]. Les travaux préparatoires à la publication du nouveau programme, menés par le Conseil économique, social et environnemental, ont également été la cible d'attaques.

Un plan national de formation a été lancé au printemps 2025 pour accompagner les professeurs dans cet enseignement. Toutefois, compte tenu du faible degré de réalisation de l'éducation à la sexualité, la mise en œuvre du nouveau programme risque de rester lettre morte s'il n'est pas affiché comme un enjeu prioritaire et si des moyens ne lui sont pas consacrés. Des associations habilitées doivent pouvoir contribuer à la réalisation de cette mission essentielle, à condition de veiller à la neutralité des intervenants et au strict respect du programme ministériel.

L'école n'a certes pas vocation à se transformer en un service général de santé et de prévention, mais **les résultats pour le moins limités des programmes d'enseignement précités en termes d'éducation à la santé des élèves devraient conduire à renforcer les programmes de prévention universelle en milieu scolaire**, par exemple en matière d'éducation nutritionnelle ou numérique. La généralisation d'une activité physique de 30 minutes par jour dans toutes les écoles primaires s'inscrit dans cette dynamique et son extension devrait être encouragée. Une réflexion sur sa bonne intégration dans les temps scolaires est toutefois nécessaire pour éviter qu'elle ne soit conduite au détriment des temps d'apprentissages.

[1] *CESE,* Éduquer à la vie affective, relationnelle et sexuelle*, septembre 2024.*
[2] *Arrêté du 3 février fixant le nouveau programme d'éducation à la sexualité.*
[3] *Conseil d'État, décision n° 501820, lecture du 27 juin 2025.*

Par ailleurs, **le développement des compétences psychosociales des élèves peut renforcer la capacité des enfants à agir sur leurs déterminants de santé**. Des programmes comme le PRODAS (PROgramme de Développement Affectif et Social) ont démontré des résultats positifs sur la santé et le bien-être des enfants. Déployé notamment en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, le PRODAS bâtit une action éducative et préventive sur le développement des compétences émotionnelles et sociales de l'enfant pour le responsabiliser et améliorer la confiance en soi. Il est inscrit au répertoire des interventions probantes ou prometteuses en promotion de la santé de santé publique. Dans le champ des addictions, de nombreux programmes de ce type ont également été développés, démontrant des effets positifs sur la sensibilisation des élèves, à l'instar du *Good behaviour game*[1] ou d'autres programmes associatifs, parmi lesquels :

- *Agir ! À Fond les CPS*, un programme construit par Addictions France, mis en œuvre dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, qui vise la prévention de l'entrée dans le tabagisme. Il est en cours d'inscription au registre de Santé publique France ;

- *Papillagou et les enfants de croque lune*, un programme éducatif créé en 1998 par l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) et l'Institut suisse de prévention des addictions (ISPA), destiné aux enfants âgés de 7 à 11 ans ;

- *Unplugged*, porté par la Fédération Addiction, est destiné aux collégiens et vise à prévenir les conduites addictives en milieu scolaire en mettant l'accent sur l'alcool, le tabac et le cannabis.

• **À cet égard, les rapporteurs saluent et soutiennent la démarche des écoles promotrices de santé, déployée depuis 2025**.

Les écoles promotrices de santé visent à promouvoir des environnements scolaires et relationnels favorables à la santé, à renforcer la littératie en santé et ainsi, à favoriser l'adoption d'habitudes ayant un impact positif sur la santé individuelle. Les programmes de développement des compétences psycho-sociales s'inscrivent au cœur de cette démarche compte tenu de leurs impacts scientifiquement validés sur la santé mentale, la prévention des conduites addictives et plus globalement, sur la réussite scolaire. L'imprégnation d'une culture de la prévention et d'une santé globale (« ***Une seule santé*** ») est le but recherché. L'école promotrice de santé implique de former l'ensemble des membres de la communauté éducative pour transmettre cette même culture à tous les élèves et favoriser leur responsabilisation. Compte tenu du caractère récent de cette démarche, ses impacts n'ont pas encore pu être évalués.

[1] *Programme de développement des compétences psychosociales qui agit sur la prévention des conduites addictives et favorise la réduction des comportements à risques pour la santé.*

En parallèle, pour lutter contre le non-recours aux soins des jeunes adultes et améliorer la connaissance de leurs droits, une collaboration entre l'assurance maladie et l'éducation nationale a conduit à déployer, depuis septembre 2025, un module « La Sécurité sociale, ma santé et moi » dans tous les lycées de la voie professionnelle. Cette initiative en faveur de la lutte contre les inégalités de santé peut favoriser l'appropriation du fonctionnement du système de santé par les élèves qui entreront à brève échéance dans le monde du travail.

À l'instar de la première génération sans tabac, les rapporteurs proposent de viser une première génération « prévention » d'ici à 2040 grâce à un investissement prioritaire et soutenu dans la promotion de la santé et la prévention à l'école.

La réitération de l'action étant un principe essentiel à l'imprégnation d'une culture de la prévention, les rapporteurs soutiennent notamment l'organisation de « temps de la prévention » tout au long de l'année, notamment dans le cadre des écoles promotrices de santé. Dans ce contexte, et pour appuyer l'éducation nationale dans la mise en œuvre de sa mission de promotion de la santé, l'intervention d'associations agréées doit être favorisée, de même que celles des étudiants en santé réalisant leur service sanitaire (*cf. infra*).

Recommandation n° 4 : Viser une génération « prévention » citoyenne à l'horizon 2040 en investissant fortement dans l'éducation à la santé et la promotion de la santé à l'école dès le premier degré d'enseignement :

- sanctuariser des « temps de la prévention » dédiés à la promotion de la santé au cours de l'année scolaire, mutualiser les opportunités de prévention et développer la démarche des écoles promotrices de santé ;

- renforcer la littératie en santé dès le plus jeune âge en intégrant cette démarche dans les enseignements relatifs à l'éducation aux médias et à l'information.

b) L'entreprise

Le terme d'entreprise, employé de façon générique, renvoie dans les développements qui suivent au milieu professionnel et vise tant le secteur privé que le secteur public.

• **L'entreprise est naturellement intéressée à la santé physique et mentale de ses salariés, laquelle constitue un facteur déterminant de sa productivité**.

La population active est affectée par des risques spécifiques liés à l'environnement de travail et à la nature de l'emploi occupé. Ces risques doivent être pris en compte et prévenus par l'employeur. Les politiques de gestion des ressources humaines (GRH) ont vocation à définir et mettre en œuvre des actions de prévention en faveur de la santé au travail. Même si tous les employeurs n'investissent pas ce volet de la GRH avec le même volontarisme, de telles actions peuvent permettre de diminuer significativement le taux d'absentéisme, d'améliorer la performance globale de l'entreprise et de recruter plus facilement des compétences sur un marché du travail concurrentiel.

Aujourd'hui, **les troubles musculosquelettiques et les troubles psychiques liés au travail représentent les principales maladies à caractère professionnel**[1]. Elles apparaissent en forte progression et touchent plus fortement les femmes que les hommes. Santé publique France relève que « *pour les maladies qui relèvent d'un tableau de maladie professionnelle [MP], une grande majorité n'est pas déclarée en tant que telle, principalement en raison de la méconnaissance de la procédure par le salarié avant la consultation avec le médecin du travail et d'un bilan diagnostique insuffisant. Ainsi, environ 75 % des TMS correspondant à un tableau de MP n'ont pas fait l'objet d'une déclaration en maladie professionnelle* »[2].

L'entreprise est à la fois un espace de responsabilité de l'employeur vis-à-vis des employés – responsabilité qui s'incarne dans la politique de santé au travail mise en œuvre par l'employeur – et un lieu de vie commun à tous les salariés. En ce sens, elle est un terrain de déploiement incontournable et indispensable des politiques de prévention et de promotion de la santé. D'une part, les actions de prévention principalement portées par l'assurance maladie – campagnes de vaccination, dépistages organisés, *etc.* – doivent pouvoir s'y déployer de façon plus active, grâce à de nouveaux partenariats entre la Cnam et les branches professionnelles, par-delà les seuls enjeux directement liés aux risques professionnels[3]. Ces collaborations sont aujourd'hui très limitées, pour ne pas dire inexistantes. Elles gagneraient à être développées pour que l'action de l'assurance maladie soit davantage relayée dans le milieu professionnel. D'autre part, les actions des Ocam auprès des entreprises méritent d'être approfondies en veillant à la bonne articulation et à la cohérence de leurs interventions avec celles de l'assurance maladie.

---

[1] *Ici, maladies non reconnues en maladies professionnelles par les régimes d'assurance maladie.*

[2] *Santé publique France,* Troubles musculosquelettiques et souffrance psychique : maladies à caractère professionnel les plus fréquemment signalées et en augmentation*, 2023.*

[3] *La prévention des risques professionnels n'est pas traitée dans le présent rapport.*

• **La prévention demeure très largement l'apanage de l'assurance maladie obligatoire. Les Ocam y contribuent à titre de co-financeurs, mais ne construisent pas leur portefeuille d'actions en coordination avec l'assurance maladie**.

Or, en tant que partenaires privilégiés des entreprises, les Ocam bénéficient d'atouts à faire valoir pour être associés plus activement aux politiques de prévention en santé au sein des entreprises : capacité à contacter, à cibler et à communiquer plus efficacement du fait de la proximité qu'ils entretiennent avec les assurés adhérents ; personnalisation des programmes de prévention en fonction des caractéristiques des adhérents et notamment, de l'âge, du sexe, du secteur d'activité et de la catégorie socioprofessionnelle ; liaisons à bâtir entre santé publique, santé au travail et santé environnementale…

De plus, les contrats collectifs offrent un levier stratégique pour renforcer la structuration de l'action des Ocam en matière de prévention. Tous les employeurs du secteur privé sont en effet tenus de proposer à leurs salariés une couverture complémentaire en santé collective à adhésion obligatoire depuis le 1er janvier 2016[1]. La loi définit le niveau de couverture minimale que doivent prévoir ces contrats collectifs[2], mais les prestations supplémentaires proposées par les Ocam constituent autant d'éléments de différenciation de leur offre par rapport à celles de leurs concurrents. Nombreux sont les contrats collectifs qui proposent aujourd'hui de telles prestations, qu'il s'agisse de programmes de dépistage individuel des risques cardiovasculaires chez les salariés exposés, de consultations longues de prévention centrées sur les problématiques des conducteurs dans le secteur du transport, *etc*. La mutuelle Aésio a quant à elle fait de la prévention en santé au travail et de l'accompagnement des entreprises un axe important de son offre dans le cadre des contrats collectifs. Une communauté de référents prévention est ainsi chargée d'animer des actions de promotion de la santé et de prévention des risques au sein des entreprises adhérentes du groupe. Un accompagnement clé en main peut également être proposé pour sensibiliser les salariés aux enjeux relatifs aux TMS, aux « gestes qui sauvent », à la gestion du stress, du sommeil et de l'alimentation.

Néanmoins, le développement de ces prestations s'inscrit dans un cadre relativement fragmenté, sans articulation avec les priorités et objectifs définis par l'assurance maladie. France Assureurs regrette ainsi « *un sentiment d'éparpillement des actions* » et « *de cloisonnement* » alors que « *la complémentarité des acteurs qui n'ont pas tous les mêmes ressources, les mêmes modalités d'intervention, les mêmes capacités de ciblage et de personnalisation* » pourrait être utilement exploitée[3].

---

[1] *Article 1er de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.*
[2] *Article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.*
[3] *Réponse de France Assureurs au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

Pour poser les bases d'une complémentarité d'action entre l'assurance maladie et les Ocam et créer des synergies dans la mise en œuvre des politiques de prévention, **un partage des priorités est nécessaire**. Anne Mounolou, directrice des politiques de prévention de la mutuelle Unéo, confirme sur ce point qu'« *une priorisation plus claire et plus nette des objectifs publics de santé en prévention permettrait aux mutuelles de se positionner en relais de ces choix et d'optimiser les efforts collectifs et, le cas échéant, de se positionner en complémentarité sur d'autres sujets légitimes non priorisés pour tenir compte des caractéristiques de leurs adhérents* »[1]. Le CTIP souligne pour sa part l'atout spécifique des institutions de prévoyance qui sont « *les seuls organismes complémentaires à s'inscrire systématiquement dans le dialogue social de branche,* via *la gestion paritaire. Cela leur permet d'intégrer la prévention dans une logique de négociation collective, adaptée aux risques professionnels identifiés par les partenaires sociaux eux-mêmes. C'est un levier de pilotage fin et de légitimité, directement aligné sur les besoins de terrain* »[2]. Sous réserve de ce partage préalable des objectifs et des priorités avec l'assurance maladie[3], de nouvelles missions pourraient être déléguées aux Ocam en renforçant singulièrement leur champ d'intervention au sein des entreprises et en l'axant sur des thématiques spécifiques de prévention, par exemple la santé mentale, la lutte contre la sédentarité ou encore, la prévention des maladies cardiovasculaires.

En parallèle, la capacité d'initiative des Ocam dans le champ de la prévention devrait être reconnue et valorisée. Plutôt que de les réduire à un rôle de co-financeurs, la politique de prévention tirerait un net bénéfice à s'appuyer sur cette capacité d'initiative en veillant à l'articuler avec le champ d'intervention de l'assurance maladie, les Ocam demeurant libres de définir le périmètre de leur offre et un catalogue de prestations dans les champs jugés « non prioritaires ».

A fortiori, hors des grandes entreprises, les employeurs n'ont pas toujours la capacité à dispenser un accompagnement adapté aux besoins de leurs salariés. La CPME rappelle à cet égard que les entreprises qu'elle représente « *ne disposent pas des ressources humaines et financières pour jouer le rôle de relais des actions conduites par les pouvoirs publics en matière de prévention* ». Ce déficit de ressources des petites et moyennes entreprises pourrait en partie être compensé par une intervention directe des Ocam chargés de contribuer à la diffusion de messages de santé publique, de soutenir la participation à des campagnes nationales de dépistage ou de vaccination et d'encourager le développement d'actions de prévention ciblées et adaptées à chaque secteur professionnel ou branche d'activité ainsi qu'aux profils de risque des salariés.

Les Ocam apparaissent donc comme des opérateurs légitimes pour intervenir en entreprise dans le cadre d'une coopération renforcée avec l'assurance maladie.

---

[1] *A. Mounolou,* La participation effective des Ocam aux actions de prévention est victime d'une double invisibilité, *2026.*

[2] *Réponse du CTIP au questionnaire des rapporteurs.*

[3] Cf. infra.

Recommandation n° 21 : (a) Soutenir les interventions des Ocam en faveur de la prévention en santé dans le cadre professionnel en utilisant le levier des contrats collectifs obligatoires, et encourager les partenariats des Ocam avec les branches professionnelles et les entreprises pour déployer des actions de sensibilisation à la prévention sur le lieu de travail.

c) Des tiers-lieux ouverts sur la ville

Pour devenir un enjeu citoyen du quotidien, la prévention doit être rendue accessible à tous, en tout point du territoire. La communication multicanaux y contribue, mais l'incarnation de la prévention dans des dispositifs concrets favorise certainement l'adhésion et la prise de conscience des populations.

• À cet égard, les rapporteurs sont convaincus que la prévention peut devenir un objet social favorisant l'échange et le lien relationnel dans les petites communes et dans les quartiers si une place lui est réservée au sein d'espaces de rencontre citoyenne. Les opérations de reconversion de locaux visant à les transformer en tiers-lieux pourraient utilement s'ouvrir à des thématiques de prévention, accueillant des associations pour y tenir des permanences et y proposer des ateliers. Des équipements sportifs et culinaires permettraient d'y développer des activités autour du sport et de la nutrition. Ces tiers-lieux ne seraient pas nécessairement dédiés aux seuls enjeux de prévention mais pourraient conjuguer une diversité d'activités, le but étant de construire un nouvel espace d'échange au plus proche des habitants et d'y réserver une place à la prévention sous une forme ludique et attractive. Parmi les acteurs auditionnés par la mission, le club des Acteurs de la prévention soutient ainsi le concept d'« oasis de la prévention », soit « *des lieux de vie attractifs favorisant une acculturation à la santé, à l'activité physique et au bien-être, tout en créant un lien social* »[1]. L'animation de ces espaces par une programmation dynamique et intergénérationnelle serait de nature à favoriser l'adhésion de la population.

Les rapporteurs encouragent donc l'éclosion de nouveaux partenariats entre les collectivités territoriales et les acteurs associatifs pour créer de nouveaux tiers-lieux de prévention et ainsi, contribuer au dernier kilomètre de l'action publique.

Recommandation n° 21 : (b) Créer des tiers-lieux de prévention ouverts sur la ville, notamment dans les territoires qui souffrent de la désertification médicale (zones rurales, territoires ultramarins, quartiers prioritaires…) pour permettre la sensibilisation, faire adhérer au dépistage, encourager la pratique d'une activité physique régulière et dispenser des conseils nutritionnels.

[1] *Réponse de l'association Acteurs de la prévention au questionnaire des rapporteurs.*

Les rapporteurs entendent également soutenir la dynamique des maisons sport-santé, qui a profité du vent favorable des jeux Olympiques de Paris mais pourrait s'essouffler sans engagement politique plus ferme.

En mettant la pratique sportive au centre de l'attention publique, les jeux Olympiques et Paralympiques (JOP) de Paris ont été l'occasion d'une formidable impulsion en faveur du sport-santé. Le ministère des sports et le ministère de la santé ont porté cet élan en faveur de la pratique d'une activité physique régulière au bénéfice de la santé individuelle. Mais à peine deux ans après les Jeux, la dynamique semble s'essouffler et le soutien politique s'étioler.

Pourtant, 95 % de la population française adulte est exposée à un risque de détérioration de sa santé par manque d'activité physique[1] et 73 % des jeunes de 11 à 17 ans n'atteignent pas les recommandations fixées par le ministère de la santé en matière d'activité physique, soit 60 minutes d'activité modérée à soutenue par jour[2]. La pratique d'une activité physique régulière doit être mise au cœur des politiques de prévention, d'autant que son impact sur la santé est largement documenté : l'activité physique contribue en effet à la prévention des maladies cardiovasculaires et du diabète, à l'accélération de la réhabilitation après cancer, à l'amélioration de la santé mentale et du bien-être général, à la prévention des risques de rechute, ainsi qu'au maintien prolongé des personnes âgées à domicile.

Les médecins peuvent prescrire de l'APA aux « *aux patients n'ayant pas un niveau régulier d'activité physique égal ou supérieur aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé et qui ne peuvent augmenter leur niveau d'activité physique en autonomie, de façon adaptée et sécurisée* »[3]. L'APA vise notamment à réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liées à la maladie chronique ou à des situations de perte d'autonomie. Elle s'adresse aux personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risque et aux personnes en perte d'autonomie[4]. Cette thérapeutique non médicamenteuse validée par la HAS sur des données probantes demeure pourtant largement sous-employée pour des raisons financières – absence de prise en charge hors dispositifs spécifiques – et du manque d'acculturation du corps médical à la prescription de solutions non médicamenteuses.

Pour soutenir la pratique d'une activité physique par les Français, des maisons sport-santé (MSS) ont été créées en 2019, dans le cadre de la stratégie nationale sport-santé. Ces structures ciblent prioritairement les personnes souffrant de maladies chroniques ou d'affections de longue durée, celles porteuses de facteurs de risque spécifiques (tabagisme, sédentarité) ainsi que

---

[1] *Anses,* Manque d'activité physique et excès de sédentarité : une priorité de santé publique, *2022.*

[2] *Santé publique France, « Activité physique et sportive : un atout santé pour les jeunes »,* Bulletin épidémiologique hebdomadaire, *4 mars 2024.*

[3] *Article D. 1172-1 du code de la santé publique.*

[4] *Article L. 1172-1 du code de la santé publique.*

les personnes en situation de perte d'autonomie ou de handicap. Elles proposent des prises en charge en prévention secondaire ou tertiaire, mais développent aussi des actions dans le champ de la prévention primaire. 581 maisons sport-santé sont aujourd'hui labellisées, majoritairement portées par des associations loi de 1901 (61,5 %), mais aussi par des collectivités territoriales (17,5 %), des établissements de santé (8,4 %) et des entreprises privées (8,6 %). Les personnels salariés exerçant en leur sein sont à la fois des professionnels du sport et de l'APA (66 %) et des professionnels de santé (9 %)[1]. Un quart des MSS sont implantées dans des quartiers prioritaires de la ville (QPV) et 20 % dans des zones France ruralités revitalisation (FRR).

Toutefois, le développement des MSS se heurte aujourd'hui à plusieurs obstacles. Le premier réside dans la méconnaissance du sport-santé, y compris parmi les professionnels de santé, qui s'explique certainement par la faible communication nationale qui accompagne le dispositif. Une autre difficulté tient à l'absence de modèle économique consolidé de ces structures, dont le financement repose sur des subventions annuelles et des appels à projets, par nature fragiles et incertains. Une consolidation du modèle économique des MSS semble donc indispensable pour assurer la pérennité de leur fonctionnement. Un rapport de l'Igas et de l'IGESR[2] paru en octobre 2025 mentionne deux hypothèses : un financement par dotation socle pour couvrir certains moyens indispensables au fonctionnement de la MSS ou une prise en charge par l'assurance maladie pour certaines pathologies.

[1] *Enquête du Gouvernement sur le fonctionnement des maisons sport-santé en 2024.*
[2] *Igas et IGESR, Les maisons sport-santé, octobre 2025.*

Typologies des publics, des pathologies et des prises en charge au sein des maisons sport-santé, 2024



Source *: Gouvernement, extrait de l'infographie réalisée à partir des résultats de l'enquête sur le fonctionnement des maisons sport-santé en 2024*

Les MSS présentent de nombreux atouts : couverture territoriale satisfaisante, capacité à aller au contact des usagers, évaluation rigoureuse de l'impact de ces programmes sur la santé des pratiquants… **Les rapporteurs jugent nécessaire de consolider leur modèle et d'en faire des acteurs à part entière de la politique de prévention**, en renforçant également la place de l'APA dans la prise en charge des patients[1].

d) Les établissements de santé et la médecine de ville

• **Les établissements de santé disposent d'atouts importants pour contribuer à l'évolution du système de santé vers un modèle plus préventif**.

La mission principale des établissements de santé consiste à dispenser du soin, ils ne sont donc pas spontanément identifiés comme des espaces de prévention. Ils développent pourtant bien des activités de prévention, principalement secondaire et tertiaire : vaccinations, examens de dépistage, programmes d'éducation thérapeutique du patient… Les établissements de santé sont en revanche peu mobilisés sur la prévention primaire, et sans doute insuffisamment tournés vers la ville, bien qu'ils disposent d'équipes mobiles territoriales et d'unités « hors les murs » tels que les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par le VIH, des hépatites virales et des IST.

[1] *Un arrêté du 26 février 2026 autorise désormais la prise en charge de séances d'APA dans le cadre de parcours coordonnés renforcés pour les seuls patients souffrant d'obésité complexe.*

Les fédérations d'établissements hospitaliers et de cliniques revendiquent aujourd'hui un rôle plus affirmé dans le champ de la prévention. Avec plus de 13 millions de patients accueillis en hospitalisation en 2023[1] et 13, 6 millions pris en charge aux urgences[2], **les 2 965 hôpitaux et cliniques du territoire présentent une force de frappe extraordinaire pour faire progresser la prévention**. L'Igas a d'ailleurs consacré un rapport au financement de la prévention primaire dans les établissements de santé, concluant à la nécessité de leur donner les moyens de s'y investir davantage[3].

Les établissements de santé bénéficient d'atouts importants pour porter des actions de prévention en leur sein et en dehors de leurs murs. D'une part, les équipes hospitalières jouissent d'une forte légitimité du fait de leur expertise reconnue. D'autre part, du fait de leur taille critique, les établissements disposent d'une capacité de projection de ressources en dehors de leurs murs. Ils sont enfin capables de construire des collaborations avec des partenaires extérieurs, notamment la médecine de ville, les collectivités territoriales et les acteurs associatifs pour déployer des actions coordonnées sur un territoire. Ces atouts doivent être mis à profit pour alimenter l'ambition de la politique de prévention.

• Au CHU d'Angers, l'expérimentation de la démarche anglo-saxonne du *Making Every Contact Count* (MECC) pourrait préfigurer une nouvelle forme d'intégration de la prévention dans les activités des établissements hospitaliers.

Pratiqué en routine dans les hôpitaux du Royaume-Uni, le MECC met à profit toutes les occasions de contact et de rencontre entre un professionnel de santé et un patient pour engager un échange sur ses habitudes de vie et comportements liés à la santé. En la matière, l'Igas a recommandé de mettre en place des actions prioritairement centrées sur le tabac, l'alcool, l'alimentation et l'activité physique. Au Royaume-Uni, l'action des professionnels de santé se concentre précisément sur ces quatre facteurs de risque, qui présentent l'impact le plus important pour prévenir la survenue d'une maladie chronique et limiter la mortalité évitable. Quel qu'en soit le motif, chaque venue de patient dans un établissement de santé serait transformée en opportunité de prévention. Le mode d'action privilégié est celui des interventions dites brèves ou très brèves, c'est-à-dire d'une durée de moins de trois minutes, leur efficacité ayant été démontrée. Ce type d'intervention augmenterait ainsi de 17 % à plus de 6 mois[4]. Les professionnels, formés au repérage d'éventuels facteurs de risque, proposeraient au patient une orientation vers un parcours de soins adapté s'ils l'estiment utile.

---

[1] *Selon les données publiées en 2025 par la Drees, 13,2 millions de patients ont été hospitalisés au moins une fois dans un établissement de santé en 2023.*

[2] *Selon les données de l'ATIH, 13,6 millions de patients ont été pris en charge aux urgences en 2023 et 20,8 millions de passages ont été recensés. 18,6 millions de patients ont par ailleurs été accueillis dans les établissements publics de santé au titre de leur activité externe (actes et consultations).*

[3] *Igas,* Le financement de la prévention primaire dans les établissements de santé, *octobre 2024.*

[4] *C. Schnebelen, A. Descatha et autres,* « Making every contact count – *Une expérimentation réussie au CHU d'Angers* », Réflexions hospitalières, *n° 628 janvier-février 2026.*

Plusieurs études conduites au cours des dix dernières années démontrent l'apport de la démarche MECC pour aider les personnes à faire évoluer leurs comportements et à adopter des habitudes de vie plus favorables à leur santé[1]. Ces évolutions, qui rendent les individus acteurs de leur propre santé, nécessitent d'être soutenues par la formation des professionnels chargés d'accompagner les patients dans cette démarche. Sous réserve d'une évaluation probante de la démarche au CHU d'Angers, cette démarche pourrait être déployée de façon plus systématique dans les établissements de santé.

• La fédération Unicancer, représentante des centres de lutte contre le cancer (CLCC), propose quant à elle de développer le modèle des centres de prévention multidimensionnels.

Ces centres, ouverts sur la ville et principalement orientés sur des enjeux de prévention, s'appuieraient sur l'expertise reconnue des CLCC en matière de dépistage, de détection précoce et d'évaluation des facteurs de risque des cancers. Cette approche impliquerait de renforcer le lien entre les établissements de santé et la médecine de ville pour porter la prévention « au cœur de la cité » et notamment auprès des personnes identifiées comme les plus à risque. Ces centres développeraient des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ils auraient pour objectifs d'identifier les personnes à haut risque de cancer, d'individualiser les actions de prévention, d'intercepter le plus tôt possible les cancers et d'articuler les parcours de soins entre la ville et l'hôpital. Grâce au soutien financier de la préfecture de région, de la région Auvergne-Rhône-Alpes, de l'Union européenne et de la métropole du Grand Lyon, le CLCC Léon Bérard a inauguré en décembre 2025 une structure de ce type, entièrement dédiée à la prévention, au dépistage des cancers ainsi qu'à la recherche sur les facteurs environnementaux. La stratégie de repérage précoce y repose notamment sur le déploiement du programme Interception de l'Institut Gustave Roussy[2].

• Par ailleurs, **au-delà de leur potentiel pour sensibiliser, détecter et orienter avant même l'apparition d'une pathologie, les établissements de santé ont la capacité de jouer un rôle de sentinelles pour recueillir et collecter des données valorisables à des fins de conception et d'adaptation des politiques de prévention**. Selon la FHP, les établissements de santé constituent *« des capteurs de nombreux « signaux faibles » en matière de santé, d'épidémiologie, d'évolutions sociétales.* ***Cette expertise est sous-employée et mériterait d'être recueillie et valorisée, par une stratégie intégrée et des dispositifs adéquats de recueil de données*** »[3].

Enfin, l'organisation des établissements de santé en groupements hospitaliers de territoire (GHT) représente une chance pour faire de la prévention un objet de coopération territoriale. Un volet consacré à la prévention pourrait

---

[1] *Diverses études sont citées par le rapport de l'Igas sur le financement de la prévention primaire, notamment aux pages 28 et 29.*

[2] Cf. supra.

[3] *Réponse de la FHP au questionnaire des rapporteurs.*

figurer obligatoirement dans les projets médico-soignants partagés (PMSP) et, pour le secteur médico-social, être intégré dans les projets des groupements de coopération sociaux et médico-sociaux (GCSMS).

Les établissements de santé foisonnent d'initiatives qui témoignent de la volonté d'engagement des équipes hospitalières dans la prévention et d'un dynamisme réel des projets de territoire. Les rapporteurs soulignent toutefois qu'en l'absence de financement reposant sur un modèle pérenne construit avec les fédérations hospitalières, le risque de voir les initiatives locales et les bonnes volontés s'émousser rapidement est sérieux. La dynamique impulsée spontanément par les équipes soignantes et les directions d'établissements, convaincues de l'opportunité d'agir en faveur de la prévention, doit être soutenue.

• **En parallèle, au cœur du premier recours et de l'accès aux soins primaires, les professionnels de ville doivent pleinement s'approprier les compétences que leur confie la loi pour accompagner la transition vers un modèle plus préventif et moins curatif.**

La prévention fait partie des missions du médecin généraliste de premier recours[1] et de celles des médecins spécialistes de premier et de second recours[2]. Le médecin de ville constitue ainsi un acteur privilégié de la prévention. Ces dernières années, plusieurs évolutions législatives ont aussi contribué à enrichir les compétences des autres professionnels de santé en matière de prévention, en particulier celle des infirmiers, des pharmaciens et des sages-femmes.

Le statut de l'infirmier libéral et ses compétences ont été refondus par la loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier. Ce texte leur confie pour mission de « *dispenser des soins infirmiers préventifs, curatifs, palliatifs, relationnels ou destinés à la surveillance clinique* » et de « *participer à la prévention, aux actions de dépistage, à l'éducation à la santé, à la santé au travail, à la promotion de la santé et à l'éducation thérapeutique de la personne et, le cas échéant, de son entourage* »[3]. Or, la présence d'infirmiers libéraux dans tous les territoires, y compris les plus ruraux, en fait des acteurs clés pour atteindre y compris les populations les plus éloignées du soin. Les infirmiers assurent des activités de vaccination, réalisent de l'éducation thérapeutique du patient et, désormais, des consultations infirmières et des diagnostics infirmiers. Comme les médecins, les pharmaciens et les sages-femmes, ils peuvent réaliser des rendez-vous de prévention aux quatre âges clés de la vie[4].

[1] *Article L. 4130-1 du code de la santé publique.*
[2] *Article L. 4130-2 du code de la santé publique.*
[3] *Article L. 4311-1 du code de la santé publique.*
[4] *Arrêté du 28 mai 2024 relatif aux effecteurs, au contenu et aux modalités de tarification des rendez-vous de prévention.*

Les pharmaciens jouent eux aussi un rôle essentiel en matière de prévention et de promotion de la santé puisqu'ils mettent « *en place des actions de prévention et de promotion de la santé parmi les domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé* » et « *contribue[nt] aux campagnes de sensibilisation et d'information sur des sujets de santé publique* »[1]. Cette mission généraliste a été progressivement consolidée ces dernières années : remise du kit de dépistage du cancer colorectal par un pharmacien formé depuis 2022, élargissement de leurs compétences vaccinales depuis 2023, reconnaissance de leur rôle d'effecteur de « Mon bilan prévention » en 2024, dépistage de pathologies simples (angine, cystite) grâce à des tests rapides d'orientation diagnostique depuis 2026... Cette dernière mission, initialement développée dans le cadre de l'expérimentation dite « Osys » (« Orientation dans le système de soins »), a été inscrite dans le droit commun par la LFSS pour 2026[2]. Cette diversité de compétence conjuguée à la densité du réseau officinal et à sa répartition équilibrée sur l'ensemble du territoire est garante de l'accessibilité de la prévention et de la délivrance de conseils par un professionnel de santé sans prise de rendez-vous.

Le rôle des biologistes médicaux est lui aussi appelé à prendre de l'importance dans le cadre d'une politique de santé plus axée sur la prévention. L'examen de biologie médicale « *concourt à la prévention, au dépistage, au diagnostic* »[3]. À ce titre, les biologistes médicaux contribuent au dépistage des maladies chroniques et des cancers, au dépistage des IST ainsi qu'à la prévention de la iatrogénie et des complications des maladies chroniques (suivi biologique des patients diabétiques grâce au dosage de l'hémoglobine glyquée et des insuffisants rénaux avec le dosage de la créatinine). Là encore, le maillage territorial assuré par le réseau des laboratoires de biologie médicale facilite l'accès à des examens de dépistage simples, comme celui des IST[4]. Néanmoins, la contribution des biologistes médicaux aux actions de prévention pourrait certainement être davantage valorisée et la couverture territoriale qu'ils assurent mieux mise à profit. Les biologistes médicaux revendiquent par exemple de participer à la distribution des kits de dépistage du cancer colorectal, comme le font déjà les pharmaciens et, depuis peu, les infirmiers[5]. Lors de sa venue au laboratoire, le patient récupèrerait ainsi un kit de dépistage et, le cas échéant, réaliserait directement le test. Cette facilité d'accès pourrait renforcer l'adhésion au dépistage.

---

[1] *Article R. 5125-33-6 du code de la santé publique.*
[2] *Article 63 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale.*
[3] *Article L. 6211-1 du code de la santé publique.*
[4] *Dispositif de dépistage des IST autres que le VIH, sans ordonnance, sans rendez-vous et sans avance de frais pour les moins de 26 ans et pour tous pour le dépistage du VIH, en vigueur depuis le 1er septembre 2024.*
[5] *Arrêté du 10 mars 2026 modifiant l'arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers.*

Quant aux sages-femmes et aux chirurgiens-dentistes, ils assurent également des missions de prévention auprès des patients qu'ils prennent en charge dans les domaines de la santé gynécologique et de la santé bucco-dentaire. Les interventions de ces professionnels souffrent néanmoins d'un défaut d'articulation avec celles des autres professionnels de santé. Une meilleure intégration de ces interventions dans le parcours de soins global du patient permettrait de renforcer la cohérence et la qualité des actions de prévention menées.

Au final, les professionnels de ville sont des acteurs naturels et essentiels de la prévention, *a fortiori* lorsqu'ils exercent en pluriprofessionnalité et de façon coordonnée. L'exercice coordonné, qui répond aux aspirations des professionnels de premier recours, connaît ainsi un dynamisme profitable aux actions de prévention. La prévention figure d'ailleurs au cœur des missions des maisons de santé[1], des centres de santé[2] et des communautés professionnelles territoriales de santé[3]. Toutefois, il est indispensable d'accompagner ce mouvement d'une évolution de la formation des professionnels, initiale et continue, ainsi que d'une valorisation adéquate des actions menées. Sans le soutien de la formation et du financement, les missions de prévention risquent de demeurer le parent pauvre du système de santé.

2. Démultiplier les opérateurs de prévention

Faire grandir la communauté des opérateurs de prévention passe par une « démocratisation des compétences de prévention » et par l'appropriation des connaissances et des réflexes de prévention par le plus grand nombre. Un tel projet suppose d'impliquer l'ensemble de la société civile au-delà des professionnels de santé et du système de soins *stricto sensu*, pour maximiser l'impact des politiques menées.

a) Faire de tous les professionnels de santé des acteurs de prévention

Malgré la prévalence croissante des facteurs de risque comportementaux et environnementaux, les professionnels de santé n'intègrent que peu l'impact de ces facteurs dans leurs pratiques de diagnostic. La Fédération française de cardiologie (FFC) regrette ainsi une banalisation du stress, de la fatigue et de la sédentarité qui masquent des signaux d'alerte et devraient faire l'objet d'un repérage précoce pour maîtriser le risque cardiovasculaire et éviter des décompensations ultérieures. La FFC constate encore que les infirmiers, les pharmaciens, les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes restent « *insuffisamment mobilisés dans les stratégies de prévention cardiovasculaire, alors qu'ils pourraient jouer un rôle clé en proximité* »[4].

---

[1] *Article L. 6323-3 du code de la santé publique.*
[2] *Article L. 6323-1 du code de la santé publique.*
[3] *Articles L. 1434-12 et L. 1434-12-2 du code de la santé publique.*
[4] *Réponse de la FFC au questionnaire des rapporteurs.*

Plusieurs freins bridٍent aujourd'hui l'implication des professionnels du premier recours : formation superficielle aux enjeux de la prévention et aux méthodes d'intervention probantes, absence de valorisation financière des actes de prévention, défaut de structuration des parcours de prévention en amont des parcours de soins.

• **Si les professionnels de santé manifestent de façon assez unanime et spontanée un intérêt pour les activités de prévention, ils se disent bridés par un cadre systémique qui ne leur attribue qu'une place marginale**.

L'implication des professionnels de santé de premier recours dans la prévention demeure lacunaire du fait de connaissances théoriques parcellaires et insuffisantes. I. Richard et M. Fèvre commentent ainsi : « *les professionnels de santé, dont le rôle a été centré sur l'approche curative, tendent progressivement à « remonter la pente des causes » en investissant la prévention secondaire, principalement par le biais de l'éducation thérapeutique, puis la prévention primaire, au travers d'interventions de promotion de la santé ou du développement d'actions de plaidoyer* »[1]. Cette évolution de l'approche des patients par les professionnels doit être soutenue, dans une vision plus globale et holistique de la santé prenant en considération tous les déterminants de santé, y compris environnementaux.

C'est un véritable changement de paradigme dans le modèle de prise en charge des patients qu'il s'agit donc d'impulser. Pour en devenir les principaux acteurs, les soignants doivent être accompagnés par une révision des maquettes de formation. Le fait que la prévention soit affichée comme une priorité dans les orientations nationales du développement professionnel continu (DPC) est louable, mais ne suffit pas à répondre à l'enjeu de réorientation globale de nos modèles de prise en charge pour au moins deux raisons :

- ces formations demeureront peu attractives tant que les actions de prévention ne seront pas mieux valorisées[2] ;

- il convient également d'agir à la racine de la formation, c'est-à-dire sur les référentiels de la formation initiale.

Consciente des limites des contenus pédagogiques actuels, la DGOS reconnaît que la prévention ne représente dans le cursus de formation des médecins qu'« *une part très modeste, estimée par plusieurs rapports à moins de 5 % du temps de formation global* ». Sans surprise, les professionnels de santé eux-mêmes disent ressentir un déficit de formation aux enjeux et méthodes de la prévention, ce qui limite inévitablement leur capacité à informer et à orienter efficacement les patients.

---

[1] *I. Richard et M. Fèvre, « Le virage préventif, enjeux de formation »,* in *A. Beiner et Y. Bubien (dir.),* Innovations et prévention en santé, *2025.*

[2] Cf. infra.

• À cet égard, **la mise en œuvre du service sanitaire des étudiants en santé[1] constitue un levier intéressant pour favoriser l'acculturation des futurs soignants aux enjeux de prévention et de promotion de la santé**. D'une durée de six semaines et déployé depuis 2018, le service sanitaire permet de faire participer tous les étudiants en santé[2] « *à la réalisation d'actions concrètes de prévention auprès de publics identifiés comme prioritaires, notamment les élèves des établissements primaires, secondaires et les étudiants des établissements d'enseignement supérieur* »[3]. Parmi les thématiques prioritaires identifiées pour la réalisation de ces actions figurent l'alimentation, l'activité physique, les addictions et la santé sexuelle[4]. Conscient de son potentiel pour renforcer l'écosystème de prévention-promotion de la santé, le HCSP recommande de soutenir le déploiement du service sanitaire en le recentrant « *sur sa fonction pédagogique d'implantation d'une culture opérationnelle de santé publique et d'acquisition de compétences socles en matière de conduite d'actions de prévention primaire et de promotion de la santé en équipe interprofessionnelle* »[5].

Concrètement, la consolidation de la formation des professionnels de santé à la prévention et à la promotion de la santé pourrait passer :

- par des modules de formation obligatoires pour l'ensemble des filières ;

- par l'inclusion de formations aux techniques de l'entretien motivationnel et de l'intervention brève, modalités d'intervention reconnues comme probantes ;

- par l'intégration dans les cursus de stages pratiques orientés notamment vers des activités de prévention.

Certains modules de formation pourraient opportunément s'inscrire dans une perspective interprofessionnelle valorisant le rôle complémentaire de chaque profession auprès du patient.

• **De même, la politique d'extension des compétences vaccinales de plusieurs professions de santé ces dernières années mérite d'être saluée.**

Elle s'inscrit dans une stratégie de diversification de l'offre vaccinale destinée à renforcer la couverture vaccinale de la population et à simplifier le parcours des patients. Depuis 2023, les sages-femmes, les infirmiers et les pharmaciens peuvent prescrire et administrer divers vaccins sous réserve de formation préalable, sauf pour les sages-femmes[6]. Enfin, les préparateurs en pharmacie et les étudiants en médecine et en pharmacie sont désormais habilités à vacciner sous supervision, mais ils n'ont pas de compétence de prescription.

---

[1] *Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé.*
[2] *Sont concernés les étudiants des filières médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie, masso-kinésithérapie et soins infirmiers.*
[3] *Article D. 4071-2 du code de la santé publique.*
[4] *Article D. 4071-3 du code de la santé publique.*
[5] *HCSP – Rapport d'évaluation du service sanitaire des étudiants en santé – Juillet 2022.*
[6] *Décrets n° 2023-736 et n° 2023-737 du 8 août 2023 et décret n° 2023-737.*

Dans le prolongement de ces mesures au service de la stratégie vaccinale, la LFSS pour 2026 a autorisé les centres de santé ainsi que les médecins, les sages-femmes et les infirmiers libéraux à détenir des vaccins directement dans leurs cabinets[1]. Sous réserve de lever les difficultés techniques et logistiques inhérentes à la mesure, celle-ci pourra utilement contribuer à l'accès à la vaccination de tous les Français.

• **S'agissant des rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie, leur portée pourrait certainement être étendue en autorisant davantage de professionnels de santé à les réaliser.**

À ce jour, seuls les médecins, les sages-femmes, les infirmiers et les pharmaciens sont autorisés à les réaliser, à l'exclusion des masseurs-kinésithérapeutes. Leur intégration au dispositif avait pourtant été évoquée par Frédéric Valletoux en tant que ministre de la santé, sans que l'annonce ne se soit finalement jamais concrétisée. Or, la commission des affaires sociales avait soutenu l'élargissement des effecteurs de « Mon bilan prévention » aux masseurs-kinésithérapeutes. Dans sa pratique, le masseur-kinésithérapeute adopte en effet une approche globale du patient et tient compte « *des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie* »[2]. Il dispose ainsi de compétences pour **prévenir l'altération des capacités fonctionnelles et motrices ainsi que la perte d'autonomie**. Les rapporteurs considèrent que **reconnaître aux masseurs-kinésithérapeutes la qualité d'effecteur de « Mon bilan prévention » contribuerait à l'adhésion au dispositif et à sa facilité d'accès**.

Recommandation n° 16 : Faire de tous les professionnels de santé des acteurs de prévention :

- consolider la formation à la prévention de tous les professionnels de santé en valorisant l'interprofessionnalité, en formation initiale et continue, pour qu'ils participent plus largement aux actions de prévention ;

- à cet égard, et afin de renforcer la portée et l'accessibilité du dispositif, élargir le champ des effecteurs de « Mon bilan prévention » aux masseurs-kinésithérapeutes.

b) Faire des services de la PMI et de la santé scolaire des piliers de la prévention

La fragilisation des services de la PMI et de la santé scolaire s'inscrit dans un processus long, à l'œuvre depuis plusieurs années. Le constat n'est pas nouveau, mais le sursaut qui permettrait de rénover leur attractivité tarde à se manifester.

[1] *Article 55 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026.*
[2] *Article R. 4321-2 du code de la santé publique.*

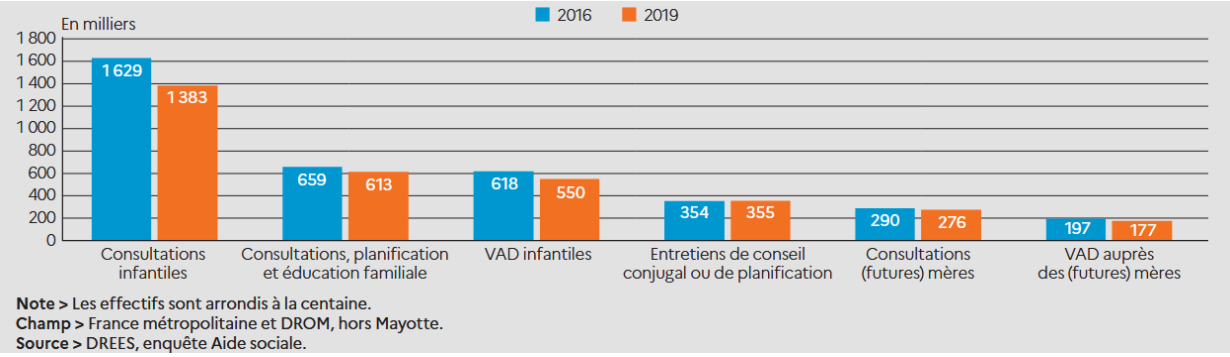
• **Les services de PMI sont aujourd'hui en difficulté pour assurer leur rôle pilier en matière de prévention.**

Les services de PMI sont composés d'équipes pluridisciplinaires dont les missions, définies à l'article L. 2112-1 du code de la santé publique, sont essentiellement tournées vers la prévention et dédiées à l'enfant de moins de six ans, aux femmes enceintes mais aussi aux étudiants et aux jeunes adultes au titre de la planification et de l'éducation familiale (contraception, IVG, santé sexuelle, *etc.*). Elles s'exercent dans le cadre de partenariats territoriaux avec les établissements de santé, les professionnels de santé libéraux, les structures d'exercice coordonné, les services de protection de l'enfance et ceux de l'Éducation nationale.

Les services de PMI ont perdu près de 400 emplois en équivalents temps plein (ETP) entre fin 2010 et fin 2022, soit une baisse de 3,5 % de leurs effectifs[1]. Cette tendance doit néanmoins être appréciée de façon plus fine, compte tenu d'évolutions contrastées selon les professions. Les effectifs des puéricultrices ont ainsi connu une hausse sensible (+ 1 % par an sur la période), tandis que les effectifs de sages-femmes ont progressé de façon modérée (+ 1,4 % au total). En revanche, les médecins ont perdu 850 ETP au cours de ces douze années, soit une baisse annuelle moyenne de 3,9 %. Les effectifs des psychologues sont également en diminution, dans une moindre mesure.

En parallèle, l'activité des PMI s'est fortement contractée. Si les consultations et les visites à domicile destinées aux enfants concentrent toujours la majeure partie de l'activité des services de PMI (près de 60 %), ces activités ont diminué de 4,5 % par an en moyenne entre 2016 et 2019. En revanche, d'autres missions non liées à la prévention ou à la promotion de la santé accaparent toujours plus les services de PMI, en particulier l'agrément et le contrôle des structures d'accueil des enfants de moins de 6 ans.

Évolution de l'activité des services de PMI par type d'action entre 2016 et 2019



Note > Les effectifs sont arrondis à la centaine.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Source *: Drees, Études et résultats n° 1227*

[1] *Drees,* Données départementales sur les effectifs de services de protection maternelle et infantile (PMI) – séries longues et résultats détaillés 2010-2022, *novembre 2024.*

En 2019, le rapport de la députée Michèle Peyron[1] alertait sur la progressive déliquescence des services de la PMI : « ***confrontée à un déficit croissant de médecins, la PMI a vu ses missions législatives non sanitaires s'accumuler, ce qui a conduit à réduire les moyens dévolus à la prévention alors même que les évolutions sociétales en cours auraient plutôt nécessité de les renforcer*** ».

Sans surprise, ces évolutions impactent négativement le taux de réalisation de l'examen de dépistage des 3-4 ans, pourtant fondamental, qui porte sur le repérage de troubles neuropsychologiques, neurocomportementaux et sensoriels des enfants. Face à ces difficultés, le ministère de l'Éducation nationale et la Cnam ont développé un partenariat pour que les dépistages visuels, du langage et de la communication puissent être assurés par des professionnels libéraux dans les écoles où ils ne sont pas couverts par la PMI. Selon la Cnam, en 2024-2025, 22 000 enfants devraient bénéficier d'un dépistage visuel et 18 000 d'un dépistage des troubles du langage et de la communication dans soixante-six départements.

• **Dans le même temps, l'état profondément dégradé de la santé scolaire a conduit le Gouvernement à l'annonce de nouvelles mesures au printemps 2025. Plusieurs d'entre elles restent toutefois à concrétiser pour espérer un redressement de la situation actuelle.**

Dans un rapport récent, l'Igas et l'Igesr ont dressé un constat sans appel de l'état de la santé scolaire : selon les inspections, « *la politique de santé scolaire est très partiellement assumée* » et « *le socle de missions* [de la santé scolaire], *issu de sédimentations successives, est largement au-delà de ce que peuvent réaliser les effectifs disponibles* »[2]. En outre, « *la dimension de prévention apparaît sous-investie malgré son efficacité potentielle* ».

La situation des effectifs de la santé scolaire est actuellement tout à fait préoccupante, pour ne pas dire catastrophique. **Entre 1996 et 2022, l'effectif en ETP des médecins scolaires a été divisé par plus de deux, et le plafond d'emplois autorisé n'était consommé qu'à hauteur de 54,4 % en octobre 2022**[3]. Sous l'effet du vieillissement des effectifs et compte tenu de la faible attractivité du cadre d'emploi, l'Igas et l'Igesr constataient une nette dégradation de la situation depuis 2013[4] malgré le diagnostic partagé de « *l'impossibilité de mener à bien les missions imparties avec les effectifs disponibles* ». Les autres professions sont à peine mieux loties que les médecins : les effectifs infirmiers, après avoir été relativement stables entre 2012 et 2021, ont connu une baisse de plus de 10 % sur l'année 2021-2022. Quant aux psychologues, les statistiques indiquent qu'en 2020-2021, un psychologue assurait la charge de

[1] *Michèle Peyron,* Pour sauver la PMI, agissons maintenant*, rapport au Premier ministre, 17 juin 2019.*
[2] *Igas et IGESR,* Rapport au Parlement sur le devenir de la médecine scolaire et sur la politique de santé scolaire*, juin 2022, p. 3.*
[3] *818,59 ETP occupés de médecins de l'éducation nationale sur 1 504,11 ETP autorisés.*
[4] *Rapport précité, p. 24 et annexe 5.*

12,6 écoles du premier degré en moyenne, soit 1 686 élèves par psychologue en moyenne[1]. Le déficit de recrutement est donc conséquent.

• **Dans ce contexte pour le moins alarmant, les Assises de la santé scolaire qui se sont clôturées le 14 mai 2025 ont été l'occasion d'annonces attendues mais finalement décevantes et sans engagement sur les moyens d'y parvenir**.

Partant du constat que la visite médicale de la sixième année n'est actuellement réalisée que pour 20 % des élèves environ, l'une des mesures annoncées consiste à **faire bénéficier 100 % des élèves d'une analyse personnalisée de leur situation de santé**. L'objectif gouvernemental semble d'autant plus ambitieux qu'aucun plan d'action n'a été posé par la ministre de l'Éducation nationale au soutien de cette annonce. La ministre Élisabeth Borne avait certes évoqué « *des mesures en faveur des métiers de la médecine scolaire, qui s'appliqueront dès 2026* » et une revalorisation des médecins pouvant aller jusqu'à 500 euros par mois. Las, le Gouvernement ne s'est finalement pas engagé sur une quelconque hausse des moyens, anticipant certainement la conflictualité de telles mesures avec les impératifs de rigueur budgétaire. L'attractivité des carrières attendra, de même que le renforcement d'effectifs aujourd'hui faméliques. Mais jusqu'à quand ?

Sur la santé mentale des élèves, affichée comme une priorité d'action, les rapporteurs regrettent des annonces nombreuses mais à faible impact :

- systématisation de protocoles dédiés à la santé mentale dans les écoles, les collèges et les lycées ;

- formation de personnels repères en santé mentale dans chaque circonscription pour le premier degré et dans chaque collège et lycée ;

- nomination de cent psychologues (un par département) conseillers techniques en santé mentale ;

- formation renforcée des personnels sociaux et de santé en faveur de la santé mentale[2].

En réalité, ces mesures de repérage et de prévention ne répondent pas à la gravité de l'enjeu. **Sans consolidation réelle des moyens de la santé scolaire ni réflexion sur une réorganisation de ses missions, il est vain d'espérer un redressement des indicateurs de la santé à l'école.**

Les rapporteurs saluent en revanche l'attention portée au renforcement des compétences psychosociales des élèves dans le cadre des enseignements disciplinaires, de la maternelle à la fin du collège.

---

[1] *L'Igas et l'Igesr précisent qu'il s'agit d'une moyenne théorique nationale ne tenant pas compte d'importantes disparités territoriales.*

[2] *Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche,* Santé scolaire, Agir pour les élèves au cœur de l'École, *dossier de presse, mai 2025.*

Par ailleurs, les rapporteurs se félicitent de **l'acquisition par les infirmiers de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur d'un statut de spécialité infirmière autonome, dont le « *rôle, principalement éducatif et préventif, s'inscrit dans la politique générale de l'Éducation nationale* *et dont les missions sont définies par leur cadre statutaire* »**[1]. Cette avancée, obtenue par le Sénat dans le cadre de la loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier, s'est accompagnée de la reconnaissance de la possibilité pour les infirmiers de pratique avancée (IPA) d'exercer au sein d'établissements scolaires[2]. Lors des travaux législatifs préparatoires, la Société française des infirmiers en santé scolaire (Sofiss) avait en effet souligné le paradoxe tenant à ce que la formation des IPA soit réalisée notamment au sein des établissements de l'éducation nationale, sans qu'elles puissent pourtant y exercer ensuite. Cette nouvelle modalité d'exercice constituera un soutien utile aux services de santé scolaire, même si elle ne résoudra pas les graves problèmes d'effectifs qui en minent le fonctionnement.

Recommandation n° 17 : Faire des services de PMI et de la santé scolaire des piliers de la prévention :

- définir un plan de soutien ambitieux à la PMI qui passe par une attractivité statutaire et financière renforcée et par la création d'un cadre commun pour les médecins salariés de la fonction publique ;

- déployer rapidement les mesures en faveur de l'attractivité des métiers de la santé scolaire (revaloriser la carrière des médecins, libérer du temps médical pour que 100 % des élèves puissent bénéficier d'une analyse personnalisée de leur situation de santé).

c) Reconnaître l'émergence de nouveaux acteurs au service de la prévention

• **L'adaptation des modèles de nos politiques de santé publique exige une pleine reconnaissance de nouveaux métiers de la prévention**.

L'émergence de nouveaux métiers de la prévention répond d'abord à des considérations pratiques : parce qu'elle est efficace dans les actions d'aller vers, la prévention doit pouvoir être relayée par des professionnels formés à aller au contact de publics qui peuvent être isolés, précaires ou peu désireux de se rendre dans les espaces institutionnels où sont implantés les services de santé. Convaincre de l'utilité des activités de prévention et faire progresser la littératie en santé par une communication directe en s'inscrivant dans un cadre de santé communautaire exigent des compétences propres, dont ne disposent pas nécessairement les professionnels de santé. Le renforcement des

[1] *Article L. 4311-4-1 du code de la santé publique.*
[2] *Article 7 de la loi n°2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier.*

méthodes d'intervention considérées comme probantes nécessite donc d'appuyer la reconnaissance de nouveaux métiers de la prévention.

Il y a plusieurs années déjà, le HSCP constatait qu'« *il exist[ait] à la fois une pénurie et une pléthore d'intervenants* » dans le champ des politiques de prévention. Au global, « ***les métiers de la prévention sont mal perçus, peu visibles, mal reconnus par les pouvoirs publics, notamment par les autorités sanitaires et par le public*** »[1]. Cette observation demeure pleinement d'actualité pour **les médiateurs de santé**.

• **Si leurs compétences sont mises à profit par l'État depuis près de 30 ans, les médiateurs en santé, acteurs clés de l'aller vers, pâtissent de l'absence de reconnaissance statutaire de leur profession**.

Entre 2000 et 2005, le ministère de la santé a financé un programme expérimental visant à former 150 médiateurs en santé publique sur cinq ans. L'intégration régulière de médiateurs en santé dans la mise en œuvre des politiques de santé publique portées par les services ministériels et déconcentrés de l'État remonte ainsi au début des années 2000.

Aujourd'hui, la loi reconnaît la médiation en santé mais pas la profession de médiateur. Tout au plus prévoit-elle que « *des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées. Ces référentiels définissent également le cadre dans lequel les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique. Ils sont élaborés par la Haute Autorité de santé* »[2].

La mission des médiateurs en santé réside essentiellement dans le fait de rendre les services de santé et de prévention plus accessibles aux populations qui en sont le plus éloignées. Ils œuvrent ainsi à la lutte contre les inégalités de santé, en adaptant la forme et le contenu de leurs interventions aux réalités sociales des publics qu'ils rencontrent. Grâce à un accompagnement de proximité ils créent un point de contact entre les personnes et le système de santé, contribuant à l'accès aux droits et à la santé. Ils sont « *des acteurs clés de l'aller vers, du ramener-vers, et de l'accompagnement, en complémentarité des professionnels de santé. Leur positionnement original, fondé sur la proximité, la confiance et la connaissance des réalités de terrain, en fait un levier stratégique pour éviter les ruptures de parcours et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé* »[3]. Les médiateurs agissent par ailleurs directement auprès des professionnels de santé, en les sensibilisant aux problématiques particulières de certains publics (obstacles culturels, linguistiques, administratifs, *etc.*).

---

[1] *HCSP,* Avis relatif à la place des offreurs de soins dans la prévention, *31 juillet 2018, p. 4.*
[2] *Article L. 1110-13 du code de la santé publique.*
[3] *Réponse de la DGS au questionnaire des rapporteurs.*

L'absence de reconnaissance statutaire des médiateurs en santé complexifie aujourd'hui le plein épanouissement de la profession et sa bonne intégration au système de santé, alors qu'elle représente un intérêt majeur pour l'accès à la prévention. En 2023, le nombre de médiateurs en santé était estimé entre 750 et 1 000 professionnels[1]. Le financement des postes existants repose souvent sur des dispositifs non pérennes et éclatés (appels à projets, expérimentations au titre de l'article 51, fonds d'intervention régional des ARS, crédits MIGAC pour les établissements de santé, financements des collectivités territoriales, *etc.*) qui ne permettent pas de sécuriser l'exercice de ces professionnels ni de capitaliser dans la durée sur les actions qu'ils construisent.

Souscrivant aux conclusions formulées par l'Igas[2], **les rapporteurs soutiennent la reconnaissance statutaire de la profession de médiateur en santé au niveau législatif. Cette consécration doit s'inscrire dans un processus de professionnalisation** impliquant une réflexion sur les conditions de formation et de diplomation des médiateurs en santé. Pour les professionnels en exercice, la voie de la validation des acquis de l'expérience permettrait de valoriser les compétences acquises sur le terrain.

Recommandation n° 18 : Reconnaître la profession de médiateur en santé en la dotant d'un statut de niveau législatif et déployer davantage de médiateurs dans les territoires pour développer les actions d'« aller vers ».

• En parallèle, si des emplois d'éducateurs en santé apparaissent au soutien du déploiement d'actions concourant à la prévention, ils rassemblent des profils très variés et les missions que ces professionnels sont susceptibles d'exercer ne sont pas suffisamment bordées.

Un premier référentiel de compétences a bien été arrêté en 2013 par le Comité consultatif national pour l'élaboration des programmes de formations en éducation pour la santé[3]. Toutefois, comme il l'indique, « *ce référentiel ne porte pas sur un « emploi/métier », comme il est d'usage dans un référentiel, mais sur une mission partagée par un vaste ensemble de métiers correspondant à des activités et prérogatives très variées* ». La DGS commente ainsi : « ***on parle plutôt d'acteurs de l'éducation pour la santé, qui peuvent être professionnels ou non, issus de secteurs variés (santé, social, éducation, associatif…)*** ». Les rapporteurs considèrent donc qu'il est aujourd'hui prioritaire de permettre à tous les acteurs de santé, et au premier chef aux professionnels de santé, de s'approprier le référentiel précité pour réinterroger leurs pratiques et développer les compétences utiles à une éducation à la santé de leurs les patients. Là réside l'enjeu principal.

[1] *Igas,* La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider*, juillet 2023.*
[2] Ibid.
[3] *Décret n° 2006-57 du 16 janvier 2006 relatif aux programmes de formation à l'éducation à la santé.*

• **À l'inverse, les rapporteurs s'inquiètent de ce que parmi les acteurs plus traditionnels, la profession des médecins inspecteurs de santé publique soit aujourd'hui particulièrement fragilisée.**

Les médecins inspecteurs de santé publique contribuent notamment « *à la mise en œuvre des politiques de prévention et de promotion de la santé, de prévention et de lutte contre les risques sociaux et environnementaux* »[1]. Leur corps, ancien et statutairement ancré dans la loi, connaît aujourd'hui un véritable effondrement démographique (*cf. infra*). Compte tenu des enjeux essentiels de prévention pour l'avenir des politiques de santé, préserver les effectifs de ce corps spécifiquement formé à l'animation de politiques de santé publique devrait constituer un objectif des autorités ministérielles.

• Enfin, les patients experts appartiennent aux nouveaux acteurs de la prévention en santé dont le rôle devrait être soutenu.

La notion de patients partenaires ou de patients experts a émergé il y a quelques années à la faveur d'un changement de conception quant à la place du patient dans les parcours de soins. Le patient n'est plus seulement le sujet de sa prise en charge, il en devient acteur et peut même agir au bénéfice d'autres patients. Au cœur de cette évolution, l'expérience du patient est à la fois reconnue et valorisée comme une expertise particulière et restituée à d'autres patients pour favoriser leur adhésion aux traitements, les responsabiliser dans la gestion de leur santé, ou simplement pour les accompagner dans leur quotidien par des conseils pratiques. Les patients eux-mêmes peuvent ainsi devenir des relais de prévention au sein de leur communauté.

III. RÉNOVER LA GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE PRÉVENTION : UN IMPÉRATIF D'EFFICIENCE ET DE SOUTENABILITÉ BUDGÉTAIRE

A. INSTAURER LES CONDITIONS D'UN PILOTAGE COLLECTIF ET UNIFIÉ AU NIVEAU NATIONAL

1. Inscrire un Ségur de la prévention à l'agenda politique

a) Identifier des priorités et soutenir la continuité d'action

(1) L'urgence de se doter d'une nouvelle stratégie nationale de santé structurée autour des enjeux de prévention, pour donner un cadre clair à l'action

La France se trouve aujourd'hui dans **une situation paradoxale** : alors même que l'ensemble des acteurs s'accorde sur la **nécessité de réorienter durablement notre système de santé vers la prévention**, le principal **document de pilotage stratégique censé fixer ce cap fait toujours défaut**.

[1] *Article R. 1421-14 du code de la santé publique.*

En contravention avec l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique, la **SNS** 2023-2033 n'a **toujours pas été publiée en 2026**, alors même que la précédente stratégie a **pris fin en 2022**.

Un projet de SNS 2023-2033 a bien été soumis à consultation publique entre septembre et octobre 2023. Il reposait sur les travaux préparatoires du HCSP et affichait une ambition importante : **faire de la prévention et de la promotion de la santé la première finalité de la politique sanitaire**, avec l'objectif de permettre à chacun de « *vivre plus longtemps en bonne santé par la prévention, la promotion de la santé et l'accompagnement à tous les âges de la vie* ».

Toutefois, comme le note la DGS, si le projet a « *été proposé aux gouvernements précédents* », il « ***n'a pas pu être publié*** »[1] à ce stade.

Cette absence de formalisation est particulièrement préoccupante. Elle entretient une **forme d'instabilité dans la conduite des politiques**, alors même que la **prévention suppose précisément de la continuité**, de la visibilité et des engagements durables. Elle participe à n'en pas douter **à la segmentation et à la fragmentation** des interventions, faute de **hiérarchisation explicite des priorités**. La Mutualité française indique à juste titre que les différents acteurs ont « ***besoin d'un contrat de confiance*** *avec les pouvoirs publics, comme la* ***stratégie nationale de santé****, pour que chacun trouve sa place* »[2].

La prévention ne peut se développer sans cap clair. Elle suppose des arbitrages explicites : **quelles priorités retenir** ? **Quels publics cibler** en premier lieu ? **Quelle articulation** entre prévention universelle et prévention ciblée ? **Quelle place** respective pour l'État, l'assurance maladie, les collectivités territoriales, les complémentaires santé et les acteurs associatifs ? **Quels indicateurs de résultats** ?

La **multiplication des plans thématiques** (Programme national nutrition santé 2026-2030, Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027, Programme national de lutte contre le tabac 2023-2027, Stratégie nationale santé sexuelle 2017-2030, santé mentale Grande cause nationale 2025 et 2026) **ne peut durablement se substituer à une véritable doctrine d'ensemble**.

Plus encore, l'absence de SNS **fragilise la crédibilité même du discours public sur la prévention**. Il est difficile d'affirmer que la prévention constitue une **priorité politique majeure** lorsque l'État n'a pas encore publié, trois ans après l'échéance prévue, la **stratégie nationale censée en faire un axe structurant** de l'action publique.

Les rapporteurs ne peuvent donc que rejoindre la Mutualité française lorsqu'elle juge « ***incompréhensible que la stratégie nationale de santé ne soit toujours pas publiée*** »[3].

---

[1] *Réponses écrites de la DGS au questionnaire des rapporteurs.*
[2] *Réponses écrites de la Mutualité française au questionnaire des rapporteurs.*
[3] *Réponses écrites de la Mutualité française au questionnaire des rapporteurs.*

La publication rapide d'une SNS structurée autour des enjeux de prévention apparaît donc comme une **nécessité politique autant qu'administrative**. Elle doit permettre de **sortir d'une logique d'empilement** pour construire une véritable politique publique de prévention, cohérente et lisible.

Pour cela, il est indispensable qu'elle permette de **dégager clairement des priorités d'action**, et qu'elle soit **assortie d'indicateurs précis** pour en tirer le bilan.

Recommandation n° 1 : Se doter rapidement d'une nouvelle Stratégie nationale de santé structurée autour des enjeux de prévention. La SNS devra mieux hiérarchiser les priorités d'action et définir des indicateurs précis et en nombre limité pour être évaluée de façon objective et régulière.

(2) Décliner cette stratégie nationale de santé dans une nouvelle grande loi de santé publique permettant de définir des orientations pluriannuelles

La publication de la SNS 2023-2033 **doit être le point de départ, et non l'aboutissement, d'une refondation plus ambitieuse** de la politique en matière de prévention, marquée par une **nouvelle grande loi de santé publique**.

Une stratégie, aussi ambitieuse soit-elle, ne saurait placer la prévention au rang de priorité politique sans s'accompagner **d'évolutions législatives permettant de décliner les orientations, d'assurer leur suivi et de clarifier la gouvernance de la prévention, en définissant plus nettement les responsabilités respectives des différents acteurs**[1].

Le recours à une loi répondrait, en outre, à une **exigence démocratique de redevabilité et donc, de responsabilité gouvernementale**. La prévention en santé, qui nous concerne tous, **ne saurait reposer uniquement sur des circulaires ou des feuilles de route ministérielles**. Elle suppose un **débat parlementaire régulier sur les objectifs poursuivis, les résultats obtenus et les moyens engagés**. En cela, une **grande loi de santé publique constituerait aussi un outil de transparence** et de responsabilité.

Cette loi, que les rapporteurs appellent de leurs vœux, pourrait suivre le **modèle de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique**[2] ; une **véritable loi-cadre, qui fixait cent objectifs de santé publique, structurait l'action autour des 28 priorités identifiées**, organisait l'évaluation des résultats et donnait une cohérence d'ensemble à la politique sanitaire nationale.

[1] Cf. infra.
[2] *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.*

Depuis lors, les réformes successives ont souvent **privilégié l'organisation du système de soins, la gouvernance hospitalière ou les mécanismes de financement**, sans qu'une grande loi d'orientation en santé publique ne vienne réellement refonder la place de la prévention, même si la **loi de modernisation de notre système de santé** de 2016[1] a introduit **plusieurs avancées importantes**, notamment la création de Santé publique France et l'inscription de la SNS dans le code de la santé publique.

Recommandation n° 2 : Se doter d'une grande loi de santé publique plaçant au cœur de ses ambitions la prévention et permettant de définir des orientations pluriannuelles.

b) Définir un modèle de financement adapté

(1) Pour les porteurs de projets : privilégier une logique d'investissement durable

Comme le présent rapport l'a démontré *supra*, la structuration du financement des initiatives en matière de prévention autour **d'appels à projets** fait face à des **limites théoriques, éprouvées très concrètement par les différents porteurs de projets**.

Court-termisme de l'approche, **charge administrative** liée au remplissage de multiples appels à projets souvent annuels auprès de différents financeurs, **incertitude sur les potentialités d'évolution** des actions menées et **crainte de perdre le financement** : autant de **freins, liés au recours aux appels à projets, qui inhibent les énergies et les initiatives**.

Comme le note Addictions France, « *l'absence de financement structurel dédié à la prévention (promotion de la santé), encore trop souvent dépendante des appels à projets,* ***fragilise son efficacité*** »[2].

Cela doit nous conduire à « ***questionner la pérennité et donc le modèle financier de la prévention*** »[3], selon France Assos santé.

Pour ce faire, **il appartient aux financeurs de modifier leur approche pour substituer aux appels à projets de court terme des modalités de financement plus durables**, lesquelles peuvent revêtir des formes variables.

Le financement de la prévention pourrait d'abord **reposer plus largement sur des appels à projets pourvus de financements pluriannuels**, afin de permettre aux porteurs de projets de **mieux ancrer les actions qu'ils défendent**, surtout lorsque celles-ci **supposent des changements de comportements ou une implantation de terrain particulière**.

---

[1] *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.*
[2] *Réponses écrites d'Addictions France au questionnaire des rapporteurs.*
[3] *Réponses écrites de France Assos santé au questionnaire des rapporteurs.*

Il serait également opportun d'**envisager de nouvelles modalités de financement** adaptées aux actions qui, **sans plus présenter de caractère innovant, ont démontré leur pertinence**. Le modèle actuel mène trop souvent à ce que des **actions efficaces et implantées soient mises à l'arrêt, faute de financement pour les poursuivre**. Les rapporteurs rejoignent pleinement la recommandation d'Addictions France, qui réclame de « ***financer dans la durée (hors de procédures d'appel à projets) les programmes de prévention qui ont fait la preuve de leur efficacité (programmes dits probants)*** »[1].

Enfin, on pourrait imaginer que des **dotations spécifiques** soient **attribuées à certaines catégories d'acteurs** impliqués au premier plan dans les initiatives en matière de prévention. Tel est, du moins, le souhait de certains établissements de santé ; la FHF défendant « *la pérennisation des financements,* via *des* ***dotations spécifiques****, permettant aux établissements de s'inscrire dans une démarche de prévention à long terme* » et précisant que « *ce soutien pourrait* ***accompagner la création de directions ou pôles dédiés à la santé publique et à la prévention****, à l'image de ce qui a été mis en place au CHU d'Angers* »[2].

Pour ce qui concerne le **cas spécifique des projets portés par des collectivités territoriales**, souvent assumés sur leur budget propre, l'ARS Bourgogne-Franche-Comté cite l'exemple des CLS pour défendre que « *le* ***co-financement par l'État est un réel facteur de mobilisation*** »[3]. Les rapporteurs, qui s'émeuvent du **manque de soutien matériel et financier que reçoivent les collectivités au titre des initiatives vertueuses et souvent innovantes qu'elles défendent en matière de prévention, ne peuvent qu'abonder en ce sens**.

Recommandation n° 10 : Privilégier une logique d'investissement durable à une logique d'appel à projets et résister à la dispersion de l'action.

(2) Pour les professionnels de santé : développer les financements au parcours et revaloriser les actes de prévention

Les auditions ont permis de dégager le constat de **l'inadéquation du mode de financement** des professionnels libéraux et des établissements de santé, qui repose largement sur la rémunération à l'acte ou à l'activité, avec **l'accélération du développement des interventions préventives**. Parmi d'autres, France Assos santé considère ainsi que « *la T2A est un frein à la prévention* »[4].

Pour accélérer le virage préventif, il n'est donc **pas possible de faire l'économie d'une réflexion sur le niveau et les modalités de valorisation** des différentes interventions réalisées en ville ou en établissement.

---

[1] *Réponses écrites d'Addictions France au questionnaire des rapporteurs.*
[2] *Réponses écrites de la FHF au questionnaire des rapporteurs.*
[3] *Réponses écrites de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté au questionnaire des rapporteurs.*
[4] *Réponses écrites de France Assos santé au questionnaire des rapporteurs.*

Celle-ci **se heurte aujourd'hui à une triple fragilité** : de nombreuses actions de prévention sont **invisibilisées dans les nomenclatures existantes**, d'autres ne sont **pas adaptées à une tarification à l'activité**, tandis que celles qui le sont **apparaissent structurellement sous-valorisées**.

• D'abord, les auditions ont mis en lumière les **lacunes des nomenclatures existantes** pour **identifier, et donc *a fortiori* valoriser**, certaines actions de prévention. La FHF déplore ainsi que les interventions effectuées par les établissements de santé en matière de prévention soient « ***peu prises en compte dans le financement des établissements*** » et propose « *la **création d'une nomenclature spécifique** permettant la reconnaissance et la valorisation du temps passé auprès du patient dans le cadre d'actions de prévention* ».

La question se pose avec la **même acuité en ville** : Avec Santé, qui représente les **maisons de santé pluriprofessionnelles**, appelle ainsi à « *instaurer une **tarification spécifique pour la prévention**, tenant compte du **temps, de la pluridisciplinarité et des effets à long terme*** »[1].

La meilleure prise en compte des actions de prévention doit également s'accompagner du **développement de modes de valorisation plus adaptés à leur nature particulière**, reposant sur des primes pour la réalisation d'actions de prévention déterminées ou sur le développement de logiques forfaitaires.

En ville, **le chemin a déjà été entamé**, notamment avec la récente instauration du forfait médecin traitant[2]. Les rapporteurs saluent ces évolutions qu'elles perçoivent comme **de premières étapes**. « *Des dispositifs incitatifs, comme des **primes pour des actions de prévention** réalisées* »[3] sont en effet des **pistes d'évolution prometteuses** pour renforcer l'engagement des professionnels de santé dans la prévention, à en croire le Cnom. Il importe désormais **d'amplifier ce mouvement**, en l'ouvrant ou en le développant pour **d'autres professionnels de santé** que les **médecins traitants**.

Si ces derniers occupent **une place centrale** dans la sensibilisation des patients aux actes de prévention, ils ne sauraient être les seuls acteurs de cette transformation. Certaines **spécialités médicales**, comme les **cardiologues**, les **gynécologues**, les **endocrinologues, les pédiatres ou les dermatologues**, ont également un rôle déterminant à jouer en la matière, et **leur modèle de rémunération doit évoluer** pour mieux valoriser l'implication des praticiens dans la prévention.

Au-delà des spécialités médicales, une politique holistique en matière de prévention **ne saurait être conduite sans le renfort de plusieurs auxiliaires médicaux** – pensons notamment aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes. Il conviendrait ainsi, dans les futures négociations conventionnelles avec les différentes professions de santé impliquées dans la politique de prévention, de **développer des dispositifs d'intéressement**

---

[1] *Réponses écrites d'Avec Santé au questionnaire des rapporteurs.*

[2] Cf. supra.

[3] *Réponses écrites du Cnom au questionnaire des rapporteurs.*

en fonction des actions vertueuses pour la santé réalisées par les patients et entrant dans leur champ de compétences.

• Une **réflexion plus globale** doit par ailleurs être conduite quant à **la forme que prend la rémunération de la prévention**. Une évolution vers une **logique forfaitaire, en ville comme en établissement**, est réclamée par les acteurs et **doit être poursuivie**.

Unicancer défend ainsi « *la **création d'un forfait global** permettant de financer des activités contribuant à la **prévention et au bien-être des patients atteints de cancer** en favorisant une logique qualitative fondée sur une approche holistique de la prise en charge* »[1], tandis qu'Avec Santé réclame « *des **nouvelles formes de financement** (comme des forfaits ou d'autres dispositifs adaptés) […] pour soutenir efficacement les actions de prévention* »[2], lesquelles devront s'attacher à **rémunérer plus adéquatement les interventions collectives**.

Les rapporteurs **partagent pleinement ces constats**, en particulier en **établissement** et dans les **structures d'exercice coordonné en ville**. En effet, une logique de financement forfaitaire correspond mieux à la nature des interventions préventives, souvent continues, pluridisciplinaires et difficilement réductibles à une succession d'actes isolés. Contrairement au paiement à l'acte, qui fragmente et sous-valorise le temps consacré à l'accompagnement, **le forfait permet de financer globalement un ensemble d'actions inscrites dans la durée**.

À cet égard, les rapporteurs ont favorablement accueilli la mise en œuvre d'une expérimentation d'un **dispositif collectif de rémunération forfaitaire, substitutif au paiement à l'acte** dans les **maisons de santé** et les cabinets de groupe volontaires. Déployée à compter du 1er janvier 2026, cette expérimentation conduite par la Cnam permet à **toute équipe pluriprofessionnelle composée d'au moins trois médecins généralistes** ayant une patientèle médecin traitant supérieure à la médiane[3] **et un infirmier** de percevoir un **paiement à la capitation en lieu et place du paiement à l'acte pour l'activité de médecine générale**. La rémunération est déterminée **en fonction des caractéristiques des patients** (sexe, âge, ALD, C2S) et **d'un taux de fidélisation**[4], et est **modulée selon les spécificités du territoire** (consommation de soins moyenne, accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes). Elle peut être versée **soit à chaque médecin** à concurrence de sa patientèle médecin traitant, **soit à la structure d'exercice**. Cette expérimentation, dont **les effets en matière de prévention sont prometteurs**, doit être **évaluée, en vue de sa généralisation**, à compter du 1er juillet 2027.

---

[1] *Réponses écrites d'Unicancer au questionnaire des rapporteurs.*

[2] *Réponses écrites d'Avec Santé au questionnaire des rapporteurs.*

[3] *Soit 920 patients.*

[4] *Correspondant à la part des soins de médecine générale réalisés au sein de l'équipe expérimentatrice par les patients en patientèle médecin traitant.*

La logique forfaitaire favorise en outre une **approche qualitative**, en permettant aux professionnels d'adapter plus finement leurs interventions aux besoins réels des patients, y compris sous des formes collectives ou non techniques.

Le développement d'une **approche forfaitaire** devra toutefois s'accompagner d'une **certaine vigilance au regard du risque de financiarisation** qu'il fait courir. Le récent rapport de la commission sur le sujet avait en effet mis en avant que « *le réseau Ipso Santé et le groupe Ramsay ont ouvert ces dernières années plusieurs centres de santé, appuyant leur développement sur des financements à la capitation ou forfaitaires* »[1].

Recommandation n° 11 : Dans les établissements de santé et dans les structures d'exercice coordonné en ville, mettre en place des financements forfaitaires au parcours valorisant des filières de prévention personnalisées en fonction des besoins des patients.

• Enfin, alors même que la prévention est érigée en priorité politique de premier ordre, les rapporteurs ne peuvent que constater **l'insuffisance de la rémunération offerte aux professionnels** au titre des différents actes de prévention reconnus par la nomenclature.

De celle-ci découle un **manque d'attractivité des actes préventifs** pour les professionnels de santé, qui sont **financièrement désincités** à s'impliquer sur le sujet.

Les **bilans de prévention aux âges clés de la vie** illustrent de manière particulièrement frappante le **décalage entre l'ambition affichée en matière de prévention et les moyens réellement mobilisés**. Ceux-ci sont **valorisés à hauteur de 30 euros**, soit le niveau d'une **consultation chez le médecin généraliste** et moins que celui de certains autres spécialistes comme les gynécologues ou les cardiologues, **bien que le bilan s'opère sur une durée allant de 30 à 45 minutes**, soit deux à trois fois plus que la durée d'une consultation ordinaire. Il en découle, pour les médecins, une **rémunération horaire deux, trois, voire quatre fois moins élevée** que celle à laquelle ils auraient pu prétendre pour une activité curative.

Les rapporteurs jugent cette situation **incompréhensible**, et **orthogonale aux objectifs politiques fixés**. Il conviendrait, au contraire, d'accompagner les professionnels de santé dans le virage préventif en **valorisant les actes de prévention *a minima* à hauteur des actes curatifs** nécessitant le même investissement.

[1] *Mme Corinne Imbert, MM. Bernard Jomier et Olivier Henno,* Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ?, *rapport d'information n° 776 (2023-2024), 25 septembre 2024.*

Les rapporteurs souscrivent donc pleinement à la demande du Cnom d'« ***augmenter les tarifs des consultations et actes de prévention*** *dans la rémunération des professionnels de santé* », afin de mieux prendre en compte la complexité et la spécificité de ces interventions.

Recommandation n° 12 : Valoriser les actes de prévention de façon suffisamment incitative dans la nomenclature générale des actes et des procédures pour soutenir leur mise en œuvre.

(3) Pour les assurés : sortir de l'illisibilité et consacrer un principe de « reste à charge perçu zéro »

• Comme développé *supra*, de nombreuses actions de prévention reposent sur une **logique de prise en charge intégrale par l'assurance maladie**, parfois associée à une dispense d'avance de frais, afin de **supprimer toute barrière financière à l'accès à ces interventions**. Il s'agit, sur le principe, d'une **optique vertueuse afin de tendre vers l'universalité** de l'accessibilité à la prévention dans la population.

Cette logique **demeure toutefois inaboutie pour plusieurs raisons** :

- d'une part, car **il n'existe pas de doctrine de prise en charge établie ni pour l'ensemble des actions de prévention**, ni même par catégorie d'actes de prévention ou par degré d'injonction à les réaliser ;

- d'autre part, parce que **la seule suppression faciale du ticket modérateur sur un acte n'induit pas d'absence de reste à charge pour le patient en raison de l'application de la franchise, de la participation forfaitaire ou d'autres tickets modérateurs** – sur l'injection des vaccins par exemple y compris lorsque le vaccin lui-même est intégralement pris en charge.

Faute d'harmonisation des conditions de prise en charge et de doctrine globale sur la solvabilisation des dépenses de prévention encourues, la mission s'est attachée à **dresser le constat de l'illisibilité de la politique de prise en charge pour les assurés**.

À rebours de l'objectif fixé de toucher un public aussi large que possible, cette illisibilité cause un **risque majeur de renoncement** à réaliser des actions de prévention **de peur de subir des restes à charge**, particulièrement chez les **populations les plus précaires**.

• D'une part, les rapporteurs jugent **incompréhensible que les participations forfaitaires et les franchises s'appliquent sur les actes de prévention** et suscitent, même en cas d'exonération de ticket modérateur, un reste à charge pour les patients.

D'abord, parce que **l'impossibilité pour une complémentaire santé de solvabiliser ces contributions** dans le cadre d'un contrat responsable[1] produit un **effet paradoxal**, en **instaurant un reste à charge**, même modeste, **sur des actes dont la réalisation est encouragée par les pouvoirs publics**. Le **signal est particulièrement contradictoire** pour les actes bénéficiant **par ailleurs d'une prise en charge intégrale** par l'assurance maladie du fait de l'exonération de ticket modérateur dont elles font l'objet.

En outre, **l'objectif poursuivi par ces contributions semble antinomique avec la nature même des actes de prévention**.

Ces prélèvements sur le remboursement opéré par l'assurance maladie ont, faut-il le rappeler, été introduits en 2004[2] et en 2008[3] pour « **responsabiliser** » **les patients dans leur consommation de soins**. L'objectif assigné était alors de **décourager le recours aux actes non pertinents ou superflus** en laissant à la charge du patient un montant perçu comme symbolique pour chaque recours au système de santé hors hospitalisation. **Cette visée originelle reste encore aujourd'hui d'actualité** : la ministre de la santé a d'ailleurs entendu renommer « *forfaits de responsabilité* » ces contributions dans le débat public, alors qu'elle **ambitionnait d'en doubler le montant** dans le cadre de l'examen du dernier PLFSS.

Appliquer ces contributions aux actes relevant de la prévention, alors même que ces derniers relèvent par essence d'une démarche individuelle et collective de responsabilité sanitaire, a donc tout d'une incongruité.

Une telle application revient à **dénaturer la finalité des participations forfaitaires et franchises** et à **décourager tout recours au système de santé**, y compris lorsque celui-ci est promu par les pouvoirs publics.

Il conviendrait, dès lors, de **sanctuariser les actes identifiés comme relevant de la prévention** en les **excluant explicitement du champ des franchises et participations forfaitaires**, afin de lever toute entrave, même symbolique, à l'engagement des patients dans une logique pleinement responsable de prévention.

Recommandation n° 15 : Exonérer de franchise ou de participation forfaitaire l'ensemble des actes, produits et prestations identifiés comme relevant de la prévention.

[1] *Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.*
[2] *Pour les participations forfaitaires, loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.*
[3] *Pour les franchises, article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.*

• D'autre part, la **suppression du ticket modérateur**, coûteuse pour l'assurance maladie, apparaît aujourd'hui comme un **outil particulièrement inefficient pour susciter l'adhésion du public**. Les rapporteurs ne peuvent que partager le constat, tout en litote, du groupe mutualiste Vyv : « *force est de constater que* ***la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire n'est pas synonyme d'atteinte de 100 % de la population*** »[1].

Si l'absence de reste à charge pour les assurés constitue une **condition nécessaire pour maximiser la mobilisation** autour des actions de prévention au sein de la population, elle n'est donc **pas une condition suffisante** dans la mesure où son efficacité est **conditionnée à sa bonne compréhension** par les assurés.

En résumé, l'universalisation de la prévention et l'engagement des assurés supposent un « **reste à charge perçu zéro** » sur l'ensemble des interventions préventives, **quelle qu'en soit la nature**, de sorte qu'il soit parfaitement clair pour ces derniers que leur vaccination recommandée, leur dépistage proposé ou leur rendez-vous de prévention **ne suscitera aucun coût**.

Pour parvenir à cet objectif, **deux solutions sont envisageables**.

‣ La plus simple serait de doter la politique de prévention d'une **doctrine claire de prise en charge, fondée sur une exonération généralisée de ticket modérateur**. Cela reviendrait donc à **concentrer le financement des actions de prévention autour de l'AMO**.

Cette solution aurait toutefois un **coût non négligeable pour l'assurance maladie**, ce qui – dans la situation financière que nous connaissons – **ne saurait être sans effet sur l'ambition des politiques menées**. *A contrario*, notre système de prise en charge à deux étages constitue un **levier à mobiliser pour approfondir les dispositifs existants et pour développer d'autres actions ambitieuses** sur la base de constats partagés. L'ADF regrette ainsi que les pouvoirs publics « *n'investissent pas plus pour la santé,* ***quitte à organiser un tour de table avec les assureurs et les complémentaires*** *pour trouver de nouvelles sources de financement* ».

[1] *Réponses écrites du groupe Vyv au questionnaire des rapporteurs.*

La refonte du dispositif « M'T Dents », un exemple des opportunités offertes par le partage du financement entre AMO et AMC

Le passage, pour le dispositif de prévention bucco-dentaire chez les jeunes « M'T Dents », d'un **régime de prise en charge intégrale par l'assurance maladie à un régime de cofinancement entre assurances maladie obligatoire et complémentaire**, en LFSS pour 2025, a conduit à **revaloriser son ambition** : autrefois triennaux, les examens bucco-dentaires de prévention peuvent désormais être réalisés sur une **base annuelle**, bien plus proche des **réflexes à inculquer dès le plus jeune âge pour prévenir la détérioration de la santé bucco-dentaire** de la population.

Cette réforme a, du reste, **largement été saluée par les complémentaires santé** : Aéma groupe estime ainsi qu'elle constitue « *un excellent exemple de décision coconstruite au bénéfice des patients et de l'amélioration durable de la santé bucco-dentaire* »[1].

Elle repose, en outre, sur le **présupposé** – simpliste aux yeux des rapporteurs – selon lequel **l'illisibilité du système et les risques qui en découlent sont principalement ou entièrement imputables à la multiplicité des payeurs**.

‣ Les rapporteurs ont donc souhaité **approfondir une autre piste**, fondée sur le **maintien d'une intervention parfois partagée entre assurances maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC)**, et sur **l'internalisation de la complexité du système de prise en charge** et la définition d'une doctrine de financement « **reste à charge perçu zéro** » pour **l'ensemble des actions de prévention**.

L'enjeu est de **garantir au patient** qu'il n'aura jamais à **financer par ses propres moyens une action de prévention à laquelle il est éligible, quelle que soit la nature de l'action de prévention ou des financeurs**.

La récente refonte du dispositif de prévention bucco-dentaire chez les jeunes, « M'T Dents », constitue un **exemple emblématique du modèle que les rapporteurs appellent à généraliser** pour l'ensemble des actions de prévention reposant sur un financement conjoint entre AMO et AMC.

M'T Dents repose, depuis avril 2025, sur un cofinancement intégral entre l'assurance maladie obligatoire et la complémentaire santé du jeune, la première assurant 60 % de la prise en charge, et la seconde 40 %. Le patient n'a donc, après participation de l'AMO et de l'AMC, **aucun frais restant à sa charge au titre de son examen**.

[1] *Réponses écrites d'Aéma Groupe au questionnaire des rapporteurs.*

Il est particulièrement remarquable que l'accord trouvé sur les modalités de financement prévoie, **pour les seuls assurés n'ayant pas de couverture complémentaire santé en cours de validité**, **une prise en charge dérogatoire intégrale par l'assurance maladie**, de telle manière que la **partition entre les payeurs reste compatible**, pour tous les assurés, avec une **absence de reste à charge**.

En outre, le **tiers payant s'applique obligatoirement sur les frais encourus, tant pour la part prise en charge par l'assurance maladie que pour celle assumée par la complémentaire santé**, de sorte que le partage des financeurs n'emporte aucune répercussion pour l'assuré, qui n'a aucune avance de frais à réaliser.

Ce modèle semble donc **particulièrement vertueux** : tout en garantissant une **prise en charge intégrale et sans avance de frais** pour l'ensemble des assurés, quel que soit leur statut, il répond aux demandes des complémentaires santé d'être **davantage associées au financement de la prévention** et permet de **renforcer l'envergure des actions conduites** à coût constant pour l'assurance maladie.

Les rapporteurs **appellent donc à le généraliser**, ce qui suppose que l'ensemble des actions de prévention :

- soient systématiquement prises en charge intégralement :

- soit par l'assurance maladie obligatoire et par la complémentaire santé de l'assuré ;
- soit par l'assurance maladie obligatoire seule, lorsque les complémentaires santé ne participent pas à la mise en œuvre du programme ou lorsque le patient n'a pas de complémentaire santé ;

- fassent systématiquement l'objet d'une dispense d'avance de frais, sur la part obligatoire comme, le cas échéant, sur la part complémentaire.

Pour aboutir à un « reste à charge perçu zéro », il n'est donc **nul besoin d'une doctrine de financement uniforme**, laquelle ne serait d'ailleurs au demeurant **pas nécessairement adaptée au découpage des interventions entre AMO et AMC**.

La **prise en charge intégrale par l'assurance maladie** de certaines actions de prévention **pourrait donc perdurer**, tandis qu'un travail de **coopération devrait être engagé entre l'assurance maladie et les complémentaires santé** pour garantir l'application du « reste à charge perçu zéro » sur les autres actions. Le principal enjeu serait **d'identifier les actions concernées et de garantir l'application obligatoire du tiers payant sur la part complémentaire**, étant donné que la prise en charge intégrale du ticket modérateur est déjà prévue pour **l'ensemble des interventions dans le cadre, très majoritaire, du contrat solidaire et responsable**[1].

[1] *Articles L. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.*

• Le succès de cette approche est toutefois **conditionné à deux principaux critères :**

- la lisibilité pour les assurés, ce qui suppose à la fois **son application généralisée et un effort de communication** des pouvoirs publics et des complémentaires santé pour ancrer l'idée qu'aucune intervention de prévention ne pourra susciter de reste à charge ou nécessiter d'avance de frais ;

- la loyauté vis-à-vis des complémentaires santé, dont le **rôle ne doit pas être invisibilisé**. Ce critère est d'autant plus important que l'expérience du 100 % santé, qui repose également sur un cofinancement avec l'AMC, a **laissé un goût amer à de nombreuses mutuelles**. À ce titre, Aéma groupe estime que « *l'expérience du 100 % santé […] a permis de constater que le message des pouvoirs publics manquait parfois de clarté sur le rôle de chacun et nombre de nos concitoyens pensent ainsi que les soins et dispositifs 100 % Santé sont 100 % remboursés par la seule sécurité sociale* »[1].

Recommandation n° 14 : Généraliser, pour tous les dispositifs de prévention, la prise en charge sans reste à charge ni avance de frais lorsque la prestation est financée conjointement par l'assurance maladie et les complémentaires santé.

• Dans la même veine, **certaines interventions jouant un rôle déterminant en matière de prévention** mais **peu ou pas remboursées par l'assurance maladie** pourraient également garnir les paniers de soins des complémentaires santé.

L'inscription de l'APA dans les **garanties obligatoires du contrat responsable et solidaire** présenterait, par exemple, un intérêt majeur en matière d'accès effectif des patients à une thérapeutique aujourd'hui insuffisamment diffusée.

En effet, comme le note France Assos santé, « *si la prescription de l'APA pour les personnes en ALD a été introduite en 2016,* ***elle demeure peu appliquée, avec plusieurs freins à dépasser****, notamment l'hétérogénéité et la méconnaissance de l'offre sur les territoires, ainsi que la* ***question de la prise en charge financière dans le droit commun pour les personnes concernées*** »[2].

Compte tenu de **l'étroitesse des cadres dans lesquels l'APA peut être prise en charge par l'assurance maladie**, les complémentaires santé jouent – déjà aujourd'hui – un **rôle structurant dans sa solvabilisation** pour les assurés. Le groupe Vyv affirme ainsi que ses « ***mutuelles ont développé des prises en charge APA dans leurs garanties*** »[3].

[1] *Réponses écrites d'Aéma groupe au questionnaire des rapporteurs.*
[2] *Réponses écrites de France Assos santé au questionnaire des rapporteurs.*
[3] *Réponses écrites du groupe Vyv au questionnaire des rapporteurs.*

Recommandation n° 29 : Intégrer la prise en charge de l'activité physique adaptée dans les garanties obligatoires du contrat responsable et solidaire.

2. Construire une gouvernance nationale intégrée et durable

a) Organiser une « coalition des opérateurs de prévention » chargée de définir les orientations prioritaires et les modalités de déclinaison opérationnelle de la politique de prévention

(1) Face aux limites de la gouvernance actuelle de la politique de prévention, un changement de cap est nécessaire

Il ressort de l'ensemble des développements du rapport que le système français de prévention en santé **se caractérise par une apparente contradiction** : il repose sur une **multiplicité d'acteurs volontaires et engagés**, mais **dont l'action demeure insuffisamment coordonnée et, de ce fait, largement sous-exploitée**.

Cette diversité constitue en théorie **une richesse**, tant les acteurs – assurance maladie, complémentaires santé, collectivités territoriales, professionnels de santé, associations, entreprises – disposent de **leviers d'intervention spécifiques et complémentaires**. En pratique, elle se traduit encore trop souvent par une **juxtaposition d'initiatives, sans cohérence d'ensemble ni pilotage partagé**. De l'aveu même de la DGS, « *plusieurs défis demeurent, notamment* ***en ce qui concerne la visibilité et la lisibilité des actions [et] la coordination entre les différents acteurs*** ».

Cette situation tient d'abord à une **gouvernance historiquement centralisée et descendante**, dans laquelle les orientations sont définies au niveau national par l'État et l'assurance maladie, sans associer les autres acteurs, puis déclinées de manière uniforme, sans adaptation suffisante aux réalités de terrain. Elle entraîne un **manque de coordination entre les acteurs**, qui se traduit par des actions **insuffisamment ciblées, dispersées et parfois même redondantes**. Par ailleurs, cette gouvernance ne permet pas une **prise en compte suffisante des retours d'expérience des acteurs de terrain**.

Surtout, cette organisation **limite l'apport réel de la diversité des acteurs**, notamment en ce qui concerne la gestion du dernier kilomètre – malgré les progrès réalisés par l'assurance maladie en la matière[1]. L'exemple du programme « M'T dents », marqué par un taux de recours perfectible, illustre ces difficultés : l'envoi d'un courrier d'invitation ne garantit pas la réalisation effective de l'opération de prévention, en particulier dans les territoires confrontés à une offre de soins dentaires insuffisante.

[1] Cf. supra.

L'apport potentiel des complémentaires santé dans la gestion du dernier kilomètre : l'exemple de Covéa

Covéa met en œuvre des « ***campagnes de communication sélectives*** »[1] visant **les assurés qui n'ont pas fait l'objet de soins dentaires** depuis un certain temps ou qui **n'ont pas réalisé de bilan auditif ou ophtalmologique** récemment, avec des **messages ciblés selon l'âge de l'assuré et sa localisation géographique**.

Dans ces campagnes, Covéa se fait **également le relais des dispositifs de prévention existants et disponibles**.

Au total, les rapporteurs souscrivent aux propos de l'ARS Bretagne : la politique de prévention « ***manque cruellement d'une gouvernance institutionnelle à la hauteur des enjeux*** »[2].

• Les rapporteurs en concluent qu'il est nécessaire de refonder la gouvernance de la politique de prévention **autour de six nouveaux piliers structurants** :

- une **gouvernance ouverte aux principaux acteurs de la prévention**, notamment les collectivités territoriales, les complémentaires santé et les professionnels de santé ;

- une **approche hiérarchisée autour de grandes priorités** définies en co-construction avec les parties à la gouvernance ;

- une **approche partenariale**, fondée sur la confiance et la complémentarité entre les acteurs ;

- une **approche ascendante**, valorisant les retours de terrain et les expérimentations concluantes des différents acteurs ;

- une **approche par spécialisation**, permettant d'utiliser au mieux les spécificités de chaque acteur et de faire obstacle à la redondance des actions ;

- une **approche centrée sur la gestion du dernier kilomètre**, afin d'amener activement le plus grand nombre à s'inscrire dans un parcours de prévention.

[1] *Réponses écrites de Covéa au questionnaire des rapporteurs.*
[2] *Réponses écrites de l'ARS Bretagne au questionnaire des rapporteurs.*

Le dernier kilomètre : la clé de voûte négligée de la politique de prévention

Les politiques de prévention en santé conduites en France pèchent souvent par **le défaut d'accompagnement des assurés** dans le **passage de l'intention à l'action**, une étape pourtant cruciale pour porter à la hausse les taux de recours aux actions proposées.

À la différence des soins curatifs, qui **répondent à une demande immédiate suscitée par la survenue d'un symptôme ou d'un risque** perçu comme imminent, les actions de prévention reposent sur une **démarche volontaire, anticipatrice et, par nature, différée dans ses bénéfices**. Elles supposent de la part des assurés un **investissement en temps** et, parfois, en argent, **sans contrepartie immédiate tangible**, alors que les comportements individuels sont le plus souvent guidés par une **préférence pour le présent**.

Dans ces conditions, **l'efficacité d'un dispositif de prévention, son utilité perçue et la clarté de ses modalités de prise en charge ne peuvent suffire à garantir l'adhésion des assurés**. Celle-ci reste subordonnée à la capacité des acteurs à **organiser un accompagnement actif et personnalisé** des publics visés vers les actions de prévention.

Cet accompagnement est d'autant plus décisif lorsque des **facteurs extérieurs contribuent à limiter la propension des assurés à s'inscrire dans un parcours de prévention – défaut de disponibilité des professionnels** de santé, **éloignement** entre les lieux de vie et les espaces de prévention, **situation socioéconomique** des assurés…

Ainsi, le « dernier kilomètre », sous-investi dans les politiques nationales conduites **faute notamment de capacité à assumer une telle mission**, apparaît aux rapporteurs comme **l'une des principales priorités pour renforcer la participation des assurés aux actions de prévention**.

(2) La proposition des rapporteurs : une coalition des opérateurs de prévention chargée du pilotage et de la déclinaison opérationnelle de la politique de prévention

Pour **donner corps à la nouvelle gouvernance** des politiques nationales de prévention que les rapporteurs appellent de leur vœu, il est préconisé de constituer une « **coalition des opérateurs de prévention** » **rassemblant ses principaux acteurs** : l'assurance maladie, l'administration centrale, **mais aussi les complémentaires santé, des représentants des collectivités territoriales et des représentants des professionnels de santé**. Il semble également pertinent aux rapporteurs de préconiser d'associer à cette coalition la **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et différentes caisses de retraite obligatoires et complémentaires**, afin de tenir compte du rôle que celles-ci ont à jouer dans la prévention de la perte d'autonomie et du vieillissement.

La coalition des opérateurs de prévention se verrait assigner un triple rôle de pilotage, de déclinaison opérationnelle et d'évaluation des politiques menées.

• La première mission de cette coalition serait de **participer au pilotage des politiques de prévention**. Assistée par la HAS et d'autres autorités scientifiques, la coalition serait chargée de **coconstruire les priorités nationales en matière de prévention** et les **principaux programmes nationaux y concourant**. L'évolution proposée permettrait une **conception partagée et ascendante des orientations**, tout en préservant **l'attribution du pouvoir décisionnel final à l'État**, chargé d'entériner les préconisations. Elle garantirait également que les acteurs soient associés, dans une logique partenariale, **à l'élaboration des actions à mener et à la définition de leur mode de financement**. Il convient, pour assurer une collaboration efficace, **d'éviter de reproduire l'expérience du 100 % santé**, financé à une hauteur significative par les complémentaires santé, mais dont les modalités leur ont été imposées.

• La coalition des opérateurs de prévention serait, en outre, chargée de **concevoir les modalités de déclinaison opérationnelle des priorités identifiées**, en **décroisant les périmètres d'intervention**, en raisonnant selon une **approche partenariale** et en faisant de la **réflexion sur la gestion du dernier kilomètre une priorité**.

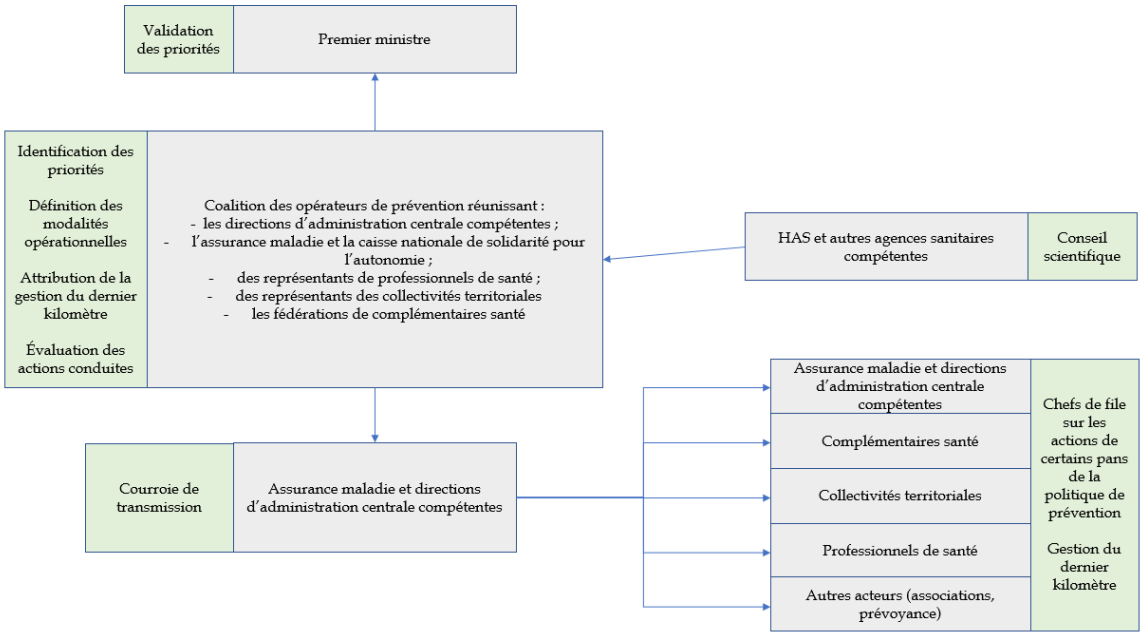
Cette logique, visant à **éviter la superposition et la dispersion des actions, permettrait de consacrer un acteur « chef de file »** pour chaque pan de la politique de prévention, déterminé **en fonction des spécificités de chaque catégorie d'acteurs**. L'acteur-chef de file serait également chargé de **l'application des modalités déterminées pour améliorer la gestion du dernier kilomètre**.

À titre d'exemple, les complémentaires santé, particulièrement investies dans le **financement des soins dentaires**, pourraient par exemple être désignées chef de file sur les **actions de prévention bucco-dentaire**, ainsi que sur la **politique de prévention en milieu professionnel**. Les collectivités territoriales, qui gèrent des centres de vaccination ou de santé sexuelle, pourraient quant à elles **coordonner les actions conduites sur ces deux champs**.

La Cnam et la DGS seraient **chargées de la gestion opérationnelle du dispositif, dans un rôle de courroie de transmission entre la coalition des opérateurs et les acteurs-chefs de file sur le terrain**. Elles assureraient la **coordination entre les différents champs** de la politique de prévention.

• Enfin, la coalition des opérateurs serait chargée **d'un rôle d'évaluation *in itinere* et *ex post* des politiques de prévention menées**. Une telle évaluation fait aujourd'hui cruellement défaut à la politique de prévention et est **source d'inefficience**. L'appréciation des mesures de prévention concernerait à la fois **le champ et l'efficacité des actions déployées et leurs modalités de mise en œuvre concrètes**, sur la base des retours de terrain et des bonnes pratiques remontées par chacun des acteurs. L'objectif est de permettre une **gestion plus dynamique des actions menées**, tenant davantage compte des expériences concluantes de chacun des acteurs.

Fonctionnement schématique de la gouvernance proposée par les rapporteurs



Source *: Commission des affaires sociales du Sénat*

Cette instance **pourrait prendre la forme d'un espace de dialogue structuré et institutionnalisé**, se réunissant **à intervalles réguliers** et qui s'appuierait, pour assurer son secrétariat, sur **des agents de l'administration centrale**. **Il ne s'agit donc pas là de créer une agence ou un comité**.

• La coalition des opérateurs de prévention serait **rattachée directement au Premier ministre, dans un double objectif de priorisation et de transversalité**.

Un **rattachement au ministre de la santé ne serait certes pas dépourvu de sens**, mais la prévention en santé, **loin de se limiter à ce seul portefeuille**, fait **intervenir de nombreux autres ministères** – éducation nationale, environnement, agriculture ou industrie, pour ne citer qu'eux. Par conséquent, le **rattachement au Premier ministre** présente l'avantage de s'inscrire à **une échelle plus transversale**, plus compatible avec **l'approche « *Une seule santé* » défendue par les rapporteurs** tout le long de ce rapport.

Compte tenu de l'importance décisive que revêtent les enjeux de prévention pour la pérennité de notre système de santé, les rapporteurs estiment en outre **le rattachement au Premier ministre pertinent afin de faire bénéficier la coalition d'un niveau de portage politique à la hauteur des ambitions**.

Recommandation n° 3 : Se doter d'une coalition des opérateurs de prévention, directement rattachée au Premier ministre, réunissant l'État, l'assurance maladie, les complémentaires santé, les représentants des collectivités territoriales et des professionnels de santé et pouvant être ouverte à d'autres acteurs pour des sujets spécifiques.

Cette coalition serait chargée :

- de piloter la mise en œuvre des politiques de prévention à l'échelle nationale ;

- de définir les conditions de leur déclinaison opérationnelle pour assurer la gestion du dernier kilomètre avec l'ensemble des acteurs compétents ;

- d'évaluer les politiques de prévention conduites.

b) Faire des complémentaires santé de véritables partenaires des politiques de prévention

Au-delà des réformes à conduire sur la gouvernance et la déclinaison opérationnelle de la politique de prévention, les complémentaires santé **font face à des obstacles réglementaires et législatifs spécifiques** obérant leur faculté d'action **malgré leur volontarisme** pour prendre le virage préventif. Il convient donc d'agir pour les lever.

(1) Le volontarisme des complémentaires santé, aujourd'hui freiné par un manque de reconnaissance symbolique et des obstacles techniques à surmonter

• Les auditions conduites ont démontré le **volontarisme certain** des organismes complémentaires d'assurance maladie pour **investir plus et mieux en faveur de la prévention en santé**.

Ce constat est partagé à la fois par les **fédérations de complémentaires santé et par les complémentaires elles-mêmes**.

France Assureurs, qui représente les assurances, revendique ainsi de vouloir jouer un « ***rôle plus fort*** »[1] dans la politique de prévention, tandis que la Mutualité française défend que « ***la prévention des risques et de la sinistralité est une composante native du métier d'assureur, quel que soit le champ assuré*** »[2].

Groupama assure quant à elle souhaiter « ***jouer un rôle plus important en matière de prévention*** »[3] qu'elle ne le peut aujourd'hui, un constat partagé par le groupe Vyv ou encore par Malakoff Humanis.

[1] *Réponses écrites de France Assureurs au questionnaire des rapporteurs.*
[2] *Réponses écrites de la Mutualité française au questionnaire des rapporteurs.*
[3] *Réponses écrites de Groupama au questionnaire des rapporteurs.*

• **Ce volontarisme se heurte toutefois à des obstacles**, nécessitant de l'avis de toutes les complémentaires auditionnées « ***de faire évoluer la législation*** »[1].

Compte tenu **tant de la valeur ajoutée que peuvent apporter les complémentaires santé à la politique de prévention** du fait de leur proximité avec les adhérents que **des marges de manœuvre financières que leur implication accrue** pourrait générer au service du développement de programmes plus ambitieux, les rapporteurs estiment qu'il serait **dommageable de ne pas lever ces freins**.

‣ D'abord, **la loi ne reconnaît pas de mission de prévention à l'ensemble des complémentaires santé**, mais seulement aux mutuelles régies par le code de la mutualité[2]. Les institutions de prévoyance[3] et les assurances se trouvent ainsi **dépourvues de base légale claire** pour agir en prévention, ce qui constitue, selon elles, une **difficulté pratique majeure**.

Ces deux catégories de complémentaires santé s'allient donc aujourd'hui pour **réclamer l'inscription dans la loi de leur mission de prévention**.

France Assureurs défend ainsi que le **premier levier à activer** pour libérer l'investissement des assureurs en matière de prévention est « *de* ***faire reconnaître par la loi les missions de [l'ensemble des] Ocam en matière de prévention*** »[4]. Malakoff Humanis, qui gère la plus grosse institution de prévoyance sur le marché français, estime quant à elle que « ***l'absence de reconnaissance de notre mission de prévention est la principale cause racine de notre limitation à agir*** », y voyant là la cause de « *collaborations réduites avec les pouvoirs publics* »[5].

Une **telle différence de traitement apparaît par ailleurs discutable**, alors même que le **mouvement d'harmonisation des législations** encadrant les différentes catégories de complémentaires santé[6] a conduit à **lisser les différences d'intervention** qui pouvaient exister entre elles. Plus que sur toute autre prestation, la **prévention devrait faire l'objet d'un traitement unifié** entre les trois catégories de complémentaires santé, **pour garantir l'équité entre les assurés et l'homogénéité de leur accès à la prévention**.

Les assureurs et les institutions de prévoyance cherchent d'ailleurs autant que les mutuelles à développer des interventions de prévention auprès de leurs assurés, comme l'ont démontré les exemples jalonnant ce rapport.

---

[1] *Réponses écrites du groupe Vyv au questionnaire des rapporteurs.*
[2] *Article L. 111-1 du code de la mutualité.*
[3] *Article L. 931-1 du code de la sécurité sociale.*
[4] *Réponses écrites de France Assureurs au questionnaire des rapporteurs.*
[5] *Réponses écrites de Malakoff Humanis au questionnaire des rapporteurs.*
[6] *Voir notamment la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite loi Évin et le cadre du contrat solidaire et responsable.*

Afin de « ***passer d'une logique de suspicion à une logique de coopération**, avec une vraie reconnaissance de [la] légitimité* »[1] des complémentaires santé à investir le champ de la prévention, les rapporteurs préconisent donc de **reconnaître, dans la loi, une mission de prévention à l'ensemble des catégories de complémentaires santé**, et non plus seulement aux mutuelles.

‣ L'absence de reconnaissance d'une mission de prévention à l'ensemble des acteurs de la complémentaire santé se double, en outre, **d'obstacles techniques qui désincitent ces organismes** à accentuer leurs efforts en faveur de la prévention.

Les complémentaires santé évoquent, d'une part, un phénomène de « ***double fiscalité*** »[2] sur les programmes de prévention opérés par des prestataires. Celles-ci déplorent, par là, le fait que les contrats de complémentaire santé soient **assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et qu'en sus de cela, les ateliers ou campagnes de prévention se voient frappés par la taxe sur la valeur ajoutée**.

Les rapporteurs ne souscrivent cependant pas à l'analyse selon laquelle **un tel cumul d'impositions** serait constitutif **d'une double imposition**. En effet, la taxe de solidarité additionnelle **frappe les primes versées par les assurés au titre de leur contrat de complémentaire santé**, tandis que la **taxe sur la valeur ajoutée s'applique aux biens et services** : les deux impositions n'ont donc **ni le même fait générateur, ni ne portent sur la même base, ni ne visent le même type d'opération**.

En revanche, **la catégorisation de certaines dépenses de prévention comme relevant des frais de gestion**, déplorée par l'ensemble des complémentaires santé auditionnées, apparaît bien constituer « *un frein […] à investir dans la prévention* »[3] pour ces organismes, d'autant plus regrettable qu'il est **provoqué par un défaut d'adaptation et de précision des normes comptables** en vigueur.

La Mutualité française alerte ainsi sur un « *point d'attention majeur* » allant « *à rebours du parti-pris de nos membres d'investir dans la prévention au bénéfice des adhérents* »[4].

En effet, un arrêté[5] **définit les prestations comme « *les versements effectués et provisionnés par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties entrant dans la catégorie « frais de soins »* ».** Si les prestations en nature, comme la **solvabilisation du ticket modérateur sur les actions de**

[1] *Réponses écrites du CTip au questionnaire des rapporteurs.*
[2] *Réponses écrites de France Assureurs au questionnaire des rapporteurs.*
[3] *Réponses écrites d'Aéma groupe au questionnaire des rapporteurs.*
[4] *Réponses écrites de la Mutualité française au questionnaire des rapporteurs.*
[5] *Article 1er de l'arrêté du 6 mai 2020 précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire des informations relatives aux frais de gestion au titre des garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.*

prévention, sont bien catégorisées en tant que prestations, tel n'est pas le cas des **dépenses effectuées au titre de campagnes ou d'actions de sensibilisation**.

À défaut, ces dernières sont donc affectées au poste « ***autres charges techniques nettes*** », qui alimentent les **frais de gestion** des complémentaires santé.

Les quatre catégories au sein des frais de gestion

Les frais de gestion « *correspondent aux frais de gestion des sinistres, aux frais d'acquisition, aux frais d'administration et autres charges techniques nettes affectés aux garanties* »[1].

• **Les frais de gestion des sinistres** (en moyenne 4 % des cotisations versées en 2022) correspondent aux frais liés au **traitement des dossiers sinistres** (instruction des dossiers, mise en règlement). Ils incluent également les **commissions versées au titre de la gestion des sinistres et les frais de contentieux** attenant aux remboursements.

• Les **frais d'administration** (en moyenne 7 % des cotisations versées en 2022) sont liés à la **gestion courante des contrats et au recouvrement des cotisations**. Ils incluent « *les **commissions d'apérition, de gestion et d'encaissement**, les frais de service chargés de la surveillance du portefeuille de contrats, de la réassurance et du contentieux lié aux cotisations* »[2].

• Les **frais d'acquisition** (en moyenne 8 % des cotisations versées en 2022) sont les frais engagés pour **faire souscrire de nouveaux contrats aux clients**. Ils incluent « *les **commissions d'acquisition, les frais de réseaux commerciaux et des services chargés de l'établissement des contrats**, de la publicité, du marketing, ou exposés à leur profit* »[3].

• Les **autres charges techniques nettes** correspondent aux postes de dépenses **ne relevant ni de prestations, ni d'un des trois autres postes des frais de gestion.** S'y trouvent **notamment les dépenses de prévention non directement rattachables à l'exécution du contrat d'assurance santé**.

***Source** : Mission d'information d'après le rapport d'information n° 770 (2023-2024) de Mme Marie-Claire Carrère-Gée et M. Iacovelli au nom de la mission d'information sur le thème :* « Complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français »

Une telle catégorisation **désincite les complémentaires santé à investir davantage en faveur de la prévention**, dans un contexte où celles-ci sont **particulièrement scrutées** – et « ***régulièrement critiqué[es]*** »[4] – pour **leurs frais de gestion**, par exemple jugés « *scandaleusement élevés* »[5] par l'UFC – Que choisir.

---

[11] *Arrêté du 6 mai 2020 précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire des informations relatives aux frais de gestion au titre des garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.*

[2] *Drees,* Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

[3] *Drees,* Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

[4] *Réponses écrites de la Mutualité française au questionnaire des rapporteurs.*

[5] *Site de l'UFC-Que choisir, « Des frais de gestion scandaleusement élevés », 23 janvier 2024.*

Il convient dans ce cadre de rappeler que les complémentaires santé sont tenues **de communiquer annuellement à leurs assurés le montant et la composition de leurs frais de gestion**[1], dans le cadre très dominant du contrat responsable[2].

De manière **contrintuitive**, un **engagement fort d'une complémentaire santé en faveur de la prévention**, loin de constituer un **avantage comparatif**, induit, à tort, l'idée d'une **gestion peu avisée et dispendieuse** de l'organisme en question pour ses adhérents.

Par conséquent, il n'est pas faux de dire que la classification de certaines dépenses de prévention comme des frais de gestion « ***fausse incidemment le débat public sur les frais de gestion des opérateurs complémentaires d'assurance maladie*** »[3].

Il apparaît donc nécessaire de **faire procéder à une évolution du référentiel comptable** en vigueur et d'introduire, à côté des frais de gestion et des prestations, une catégorie « ***dépenses de prévention hors prestations en nature*** ».

Une telle évolution **visibiliserait l'effort des complémentaires santé en faveur de la prévention**, ce qui les inciterait à accroître leur engagement en la matière.

En outre, elle **faciliterait grandement la quantification des montants investis par les complémentaires santé en faveur de la prévention**. Le groupe Vyv note très justement que « *le simple fait de comptabiliser certaines dépenses de prévention en frais de gestion, en respect des normes comptables, rend* de facto ***impossible de les identifier comme telles*** », rendant la **consolidation des dépenses de prévention** des complémentaires santé particulièrement lacunaire[4].

Recommandation n° 19 : Reconnaître les Ocam comme des acteurs de prévention à part entière et revenir sur la catégorisation comme frais de gestion de certaines de leurs dépenses en faveur de la prévention.

(2) L'exploitation de données de santé à des fins de prévention : un gisement d'efficience inexploité, qu'il nous appartient d'expérimenter pas à pas

• À mesure que les p**olitiques de prévention s'orientent vers des approches plus ciblées, personnalisées et coordonnées**, la donnée de santé apparaît comme un **levier stratégique de premier ordre**, de l'avis de l'ensemble des acteurs du système de santé.

---

[1] *Article 10 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.*
[2] *Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.*
[3] *Réponses écrites de la Mutualité française au questionnaire des rapporteurs.*
[4] Cf. supra.

Dans ce contexte, les complémentaires santé déplorent les **faibles marges de manœuvre dont elles disposent pour mobiliser les données** afin de **renforcer la portée et l'efficacité des actions** qu'elles déploient en faveur de la prévention.

Groupama juge, à ce titre, que « *l'accès aux données pour la **construction et pour la personnalisation des programmes de prévention** est […] essentiel pour maximiser l'impact des actions de prévention* »[1].

Les auditions conduites par les rapporteurs ont mis en évidence les **contraintes significatives qui encadrent aujourd'hui l'accès et l'utilisation à des fins préventives des données de santé par les complémentaires**. La loi ne leur offre en effet **que des possibilités de mobilisation des données de santé très limitées**, tant pour ce qui concerne les données personnelles que les données anonymisées du SNDS.

‣ D'une part, **l'accès des mutuelles aux données de santé personnelles s'opère dans un cadre restrictif**.

Outre que les mutuelles ne bénéficient **d'aucune transmission de données de santé personnelles** par l'assurance maladie obligatoire, le **cadre légal ne leur permet pas clairement de traiter à des fins de prévention** les données qu'elles collectent.

Si les complémentaires santé « *peuvent **utiliser les données de remboursement qu'elles reçoivent** pour par exemple inciter leurs assurés à réaliser un acte de prévention* »[2] selon France Assureurs, la Mutualité française se montre moins catégorique et affirme que « ***la réutilisation des données de remboursement par les mutuelles à des fins de prévention n'est pas autorisée à ce jour*** »[3] de manière suffisamment univoque.

En tout état de cause, les **données de remboursement des complémentaires santé**, essentiellement fondées sur des **codes de regroupement**, ne leur permettent pas **d'identifier les pathologies des assurés pour leur proposer des parcours de prévention ciblés**.

Il demeure toutefois loisible aux complémentaires santé de **recueillir et de traiter des données de santé en cas d'accord explicite de l'assuré**, selon l'audition de la délégation du numérique en santé. Cette dernière a par exemple indiqué qu'il était possible, sur proposition de la complémentaire et après accord de l'assuré, de **lier les données de Mon Espace santé à une application tierce**.

Dans la même veine, France Assureurs défend que, pour contourner la méconnaissance des pathologies de leurs adhérents, les complémentaires santé sont fondées à envoyer « ***un questionnaire à leurs assurés en soulignant***

[1] *Réponses écrites de Groupama au questionnaire des rapporteurs.*
[2] *Réponses écrites de France Assureurs au questionnaire des rapporteurs*
[3] *Réponses écrites de la Mutualité française au questionnaire des rapporteurs.*

la confidentialité des données, le traitement par un service médical dédié, et l'étanchéité complète avec toute autre activité »[1].

La mobilisation de données personnelles suppose donc, en pratique, le **recueil préalable du consentement des assurés**, selon des modalités **souvent lourdes et peu propices à un déploiement opérationnel à grande échelle**. De là, cette démarche reposant « *sur la libre participation des assurés fait* ***perdre en efficacité et ciblage****, ceux ayant le plus besoin de prévention n'étant que rarement ceux qui répondent spontanément* »[2].

‣ D'autre part, **l'accès des complémentaires aux données médico-administratives pseudonymisées** consignées dans le **SNDS** leur est **théoriquement garanti**, mais se heurte dans la pratique à des **obstacles substantiels**.

Le système national des données de santé (SNDS)

Créé en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé[3] en remplacement d'un précédent système, le **SNDS**[4] **agrège des données de l'assurance maladie, des hôpitaux, de l'Inserm, de la CNSA et de certains organismes complémentaires**.

Sous réserve d'une autorisation en ce sens de la Cnil, il met ces données **à disposition de toute personne physique ou morale, publique ou privée, avec ou sans but lucratif, conduisant des études, recherches ou évaluations présentant un caractère d'intérêt public**[5] et contribuant à une des finalités suivantes[6] :

- **l'information sur la santé ainsi que sur l'offre de soins**, la prise en charge médico-sociale et leur qualité ;

- **la définition, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé** et de protection sociale ;

- **la connaissance des dépenses de santé**, des dépenses d'assurance maladie et des dépenses médico-sociales ;

- **l'information des professionnels**, des structures et des établissements de santé ou médico-sociaux sur leur activité ;

- **la surveillance, la veille et la sécurité sanitaires** ;

- **la recherche, les études, l'évaluation et l'innovation** dans les domaines de la santé et de la prise en charge médico-sociale.

[1] *Réponses écrites de France Assureurs au questionnaire des rapporteurs.*
[2] *Réponses écrites de France Assureurs au questionnaire des rapporteurs.*
[3] *Article 193 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.*
[4] *Article L. 1461-1 du code de la santé publique.*
[5] *Article L. 1461-3 du code de la santé publique.*
[6] *Article L. 1461-1 du code de la santé publique.*

A contrario, la loi fixe **deux finalités prohibées à l'usage du SNDS**[1] :

- la **promotion de produits de santé** en direction des professionnels ou établissements de santé ;

- **l'exclusion des garanties des contrats d'assurance** et la modification des primes d'assurance d'un individu ou groupe d'individus présentant un même risque.

Le SNDS représente un f**lux annuel de plus d'un milliard de feuilles de soins**, 11 millions de séjours hospitaliers et 500 millions d'actes, pour un volume de **450 téraoctets de données**.

Surtout, la loi prohibe toute utilisation de ces données pour **exclure des garanties des contrats d'assurance ou modifier le régime de primes d'assurance** d'un individu ou d'un groupe d'individus.

Aux termes de l'article L. 1461-3[2] du code de la santé publique, **il revient à l'assureur de démontrer qu'il est insusceptible de mobiliser ces données pour poursuivre un tel objectif**. Apporter une telle preuve s'avère, dans les faits, **particulièrement complexe** : France assureurs regrette ainsi que « *ce point n'[ait] **jamais été éclairci par les pouvoirs publics**, de sorte que les assureurs n'ont jamais **pu faire la preuve de ce non-usage** et sont pénalisés dans l'accès au SNDS* »[3].

Par conséquent, les **complémentaires santé sont contraintes de recourir à un laboratoire de recherche ou à un bureau d'études** pour réaliser le traitement des données[4], **alourdissant et renchérissant** ainsi les études.

• Pour les complémentaires santé, le défaut d'accès aux données de santé à des fins de prévention constitue tout à la fois **un frein à l'investissement dans la prévention**, et un **point de fuite pour l'efficience et la cohérence des politiques conduites**.

L'accès aux données personnelles permettrait, selon les complémentaires santé, de produire des **offres préventives plus efficientes** et **valorisant davantage leur proximité à leurs adhérents** parce que « *mieux ciblées* »[5]. La personnalisation des messages, programmes et actions proposées pourrait ainsi **aller au-delà des seules variables que peuvent connaître les complémentaires santé** : l'âge et le sexe. Pour la Mutualité française, le faible accès des complémentaires santé aux données personnelles « ***contraint le spectre d'action des mutuelles essentiellement sur de la prévention primaire**, là où **la proximité qu'elles entretiennent avec leurs adhérents est un levier majeur d'efficacité des actions de prévention secondaire voire tertiaire*** ».

---

[1] *Article L. 1461-1 du code de la santé publique.*
[2] *1° du II de l'article L. 1461-3 du code de la santé publique.*
[3] *Réponses écrites de France assureurs au questionnaire des rapporteurs.*
[4] *2° du II de l'article L. 1461-3 du code de la santé publique.*
[5] *Réponses écrites d'Aéma groupe au questionnaire des rapporteurs.*

Outre la question du ciblage, la restriction de l'accès aux données personnelles fait également courir aux complémentaires santé le risque de **proposer des actions non pertinentes**, parce **qu'inadaptées à la situation de l'assuré ou redondantes avec des actions déjà proposées** par l'assurance maladie obligatoire.

Le groupe Vyv donne **deux exemples éloquents de situations** qu'il convient absolument d'éviter afin de **garantir la crédibilité** de la politique de prévention : les « ***relances des adhérents à jour de leur dépistage****/vaccination* » et les propositions telles qu'une « ***mammographie à une femme ayant subi une double mastectomie*** *ou [un] DOCCR*[1] *à un adhérent ayant subi une colectomie* »[2].

Les rapporteurs se montrent **particulièrement sensibles aux répercussions sur l'adhésion des assurés de telles propositions manifestement inadaptées à leur situation**, qui sapent la confiance dans le système préventif dans son ensemble.

L'usage des données anonymisées n'est pas moins utile aux démarches préventives. Comme le note France assureurs, « *l'accès au SNDS, base* ***extrêmement riche*** *et nationale de l'assurance maladie, complétée depuis plusieurs années de bases thématiques, permet de pouvoir* ***construire des programmes de prévention en s'appuyant sur les comportements observés des Français*** *et des pratiques des professionnels de santé, de façon totalement anonymisée.* ***Pour l'élaboration d'un programme et son ciblage, c'est une démarche qui apporte énormément*** »[3].

• Étendre la possibilité laissée aux complémentaires santé de réaliser des traitements de données de santé à des fins préventives n'est toutefois **pas dépourvu de risques**. Il convient donc de **faire preuve d'une grande prudence et d'une certaine humilité sur le sujet**.

‣ L'élargissement du droit d'accès des organismes complémentaires d'assurance maladie aux données de santé appelle, en premier lieu, un **examen attentif du risque de détournement de ces informations à des fins commerciales**. Par leur nature même, les données de santé présentent pour elles une **valeur stratégique considérable** : elles permettent **d'affiner la connaissance des assurés** et, partant, **d'orienter les stratégies de développement des organismes**. Un tel accès, s'il était insuffisamment encadré, pourrait ainsi favoriser l'émergence de pratiques commerciales fondées sur une exploitation plus fine, sinon plus intrusive, des profils individuels.

Pour mesurer précisément l'ampleur de ce risque, il convient toutefois de **rappeler l'existence d'un cadre juridique** « *strict, qui a servi de* ***base éthique*** *dans l'exercice de l'activité des complémentaires santé* »[4]. Ce cadre a institué, de longue date, **des garanties destinées à prévenir toute dérive** en matière de

---

[1] *Dépistage organisé du cancer colorectal.*
[2] *Réponses écrites du groupe Vyv au questionnaire des rapporteurs.*
[3] *Réponses écrites de France Assureurs au questionnaire des rapporteurs.*
[4] *Réponses écrites de Covéa au questionnaire des rapporteurs.*

sélection des assurés ou de tarification des contrats en fonction de l'état de santé.

La loi Évin[1] du 31 décembre 1989 a **fixé les premiers jalons** de l'encadrement de la sélection des assurés par les complémentaires en fonction de leur état de santé. Son article 2 restreint considérablement cette possibilité en leur **prohibant d'exclure du champ de leur couverture une pathologie ou une affection ouvrant droit au service des prestations en nature de l'assurance maladie** obligatoire.

Le cadre du contrat solidaire[2], pratiquement hégémonique puisqu'il représente 96,5 % du marché, va plus loin en **proscrivant la subordination de la conclusion d'un contrat de complémentaire santé au remplissage d'un questionnaire de santé**.

Les **possibilités de pratiquer une tarification différenciée** entre les assurés en fonction de leur état de santé s'avèrent, elles aussi, rigoureusement **encadrées par le droit en vigueur**.

Pour les mutuelles, la **tarification à l'état de santé est proscrite en dehors de la tarification à l'âge** : l'article L. 110-2 du code de la mutualité dispose en effet que celles-ci « *ne peuvent moduler le montant des cotisations qu'en fonction du revenu ou de la durée d'appartenance à la mutuelle ou du régime de sécurité sociale d'affiliation ou du lieu de résidence ou du nombre d'ayants droit* ***ou de l'âge des membres participants*** **»**.

L'article 6 de la loi Évin précitée, **applicable à toutes les catégories de complémentaires santé**, fait **interdiction aux Ocam d'augmenter les cotisations d'un assuré en raison de l'évolution de son état de santé** postérieurement à l'adhésion.

À nouveau, le régime des contrats solidaires[3] est venu **compléter les dispositions de la loi Évin** en interdisant **toute modulation tarifaire fondée sur l'état de santé**.

Ainsi conçu, ce **corpus normatif forme un rempart contre les usages les plus manifestement discriminatoires** des données de santé.

Pour autant, le **risque de détournement ne saurait être regardé comme neutralisé** ; il tend plutôt à **se déplacer vers des pratiques plus diffuses**, situées aux confins du cadre légal. L'exploitation des données pourrait, par exemple, nourrir des **stratégies de segmentation fines**, permettant **d'orienter les actions commerciales vers des publics jugés moins exposés au risque**, ou de concevoir des **garanties ajustées** de manière à **produire, de façon indirecte, des effets de sélection**.

---

[1] *Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.*
[2] *Article L. 862-4 du code de la sécurité sociale.*
[3] *Article L. 862-4 du code de la sécurité sociale.*

Ces mécanismes, **difficiles à appréhender par le droit positif** en raison de leur caractère médiat, constituent, en réalité, le **principal point de vigilance** en matière de détournement à des fins commerciales.

‣ En second lieu, l'élargissement de l'accès aux données de santé soulève des **enjeux majeurs au regard de la protection de la vie privée**. Parce qu'elles touchent à **l'intimité des individus**, ces données requièrent un **degré de protection particulièrement élevé**. L'accroissement du nombre d'acteurs susceptibles d'y accéder emporte mécaniquement une **augmentation des risques de divulgation** ou de **réutilisation non conforme**.

Les rapporteurs rappellent, à cet égard, qu'une **cyberattaque touchant deux sociétés chargées du tiers payant** sur la part complémentaire a provoqué une **fuite de données sensibles de 33 millions d'assurés en 2024**.

‣ Au-delà de ces considérations, le **risque est également d'ordre sociétal**. La perspective d'un accès élargi des organismes complémentaires à des informations sensibles est **susceptible de nourrir des réticences, voire une forme de défiance de la part des assurés**. Une telle évolution pourrait **altérer la relation de confiance indispensable** au bon fonctionnement du système de protection sociale. Elle pourrait, en outre, conduire certains individus à **restreindre la communication de leurs données**, voire à **modifier leurs comportements de recours aux soins**, par crainte d'une utilisation ultérieure par leur organisme assureur — **au détriment, potentiellement, des objectifs de santé publique**.

Ce constat doit néanmoins être **nuancé au regard des exigences posées par le cadre juridique applicable** en matière de protection des données personnelles. Le règlement général sur la protection des données (**RGPD**) impose en effet des **principes stricts de finalité, de minimisation, de proportionnalité et de sécurité**, assortis de mécanismes de contrôle et de sanctions dissuasifs. Les données de santé y bénéficient, de surcroît, d'un **régime de protection renforcé**, leur traitement n'étant admis que dans des hypothèses limitativement énumérées et sous des conditions strictement encadrées.

• Sans méconnaître les risques associés, les rapporteurs estiment que l'ouverture progressive du traitement de données de santé à des fins préventives aux complémentaires santé est susceptible de faire passer un cap à la politique de prévention, tout en soulignant qu'elle ne saurait intervenir sans garanties suffisantes.

‣ Une telle évolution présenterait en effet des **effets bénéfiques croisés pour l'ensemble des acteurs**. Un accès encadré aux données de santé permettrait **à l'assurance maladie de mieux diffuser et cibler ses politiques de prévention** en s'appuyant sur le **relais opérationnel et la proximité des complémentaires à leurs adhérents**. **Pour les complémentaires santé**, il s'agirait d'un **levier d'efficience**, en leur permettant de **personnaliser leurs actions et d'éviter les redondances pour renforcer leur légitimité**. Les **assurés**

bénéficieraient quant à eux d'une **prévention plus pertinente**, mieux coordonnée et moins intrusive, car **fondée sur leur situation réelle plutôt que sur des approches standardisées**.

Preuve de l'intérêt de cette approche, les rapporteurs notent des **signes d'ouverture sur d'autres champs d'action** où la coordination entre l'assurance maladie et les complémentaires santé constitue un **gisement d'efficience**. Le Gouvernement s'est notamment attaché à présenter, avec **l'article 5 de la loi relative à la lutte contre les fraudes sociales** et fiscales, un **dispositif construit avec les Ocam** et **conférant un cadre légal aux échanges de données** pour la lutte contre la fraude, sous conditions.

▸ Une **réflexion approfondie doit ainsi être engagée sur les conditions d'un partage plus effectif**, mais strictement encadré, des données entre assurance maladie obligatoire et complémentaires santé.

Sur **ce sujet particulièrement sensible**, il convient de **laisser le temps au lien de confiance de se former entre les différents acteurs**. Une **ouverture trop rapide, trop brutale est donc à proscrire**, tant au regard des risques de dérives qu'elle emporterait que parce qu'il est primordial de conserver un niveau élevé de confiance des assurés dans l'usage de leurs données.

Les rapporteurs recommandent donc d'expérimenter, dans un premier temps, l'exploitation par les complémentaires santé de **données personnelles non sensibles à des fins exclusives de prévention ciblée**, et non personnalisées.

Un **tel partage devrait être limité à des finalités clairement définies par le législateur**, **exclusivement orientées vers la prévention**, et être assorti de **mécanismes robustes de gouvernance, de sécurisation et de contrôle**. Il devrait, en tout état de cause, **maintenir explicitement l'exclusion de tout usage à des fins tarifaires** ou de sélection des risques et conférer aux pouvoirs publics les moyens de **vérifier la bonne application de la loi**.

Tout élargissement ultérieur du champ ou de la sensibilité des données accessibles aux complémentaires santé devrait **résulter d'un bilan détaillé et fondé sur des constats partagés**.

Les rapporteurs recommandent également de **clarifier les modalités d'accès des complémentaires santé aux données pseudonymisées du SNDS**, aujourd'hui insuffisamment effectives. En ce sens, ils estimeraient **judicieux d'alléger, pour les seuls traitements de données destinés à la conception ou à l'évaluation de programmes de prévention, la charge de la preuve du non-usage prohibé** des données du SNDS pour les complémentaires santé.

Recommandation n° 20 : Faire évoluer les conditions d'accès des complémentaires santé aux données de santé à des fins de prévention :

- expérimenter l'exploitation par les complémentaires santé de données personnelles non sensibles à des fins exclusives de prévention ciblée, dans un cadre assorti de mécanismes robustes de gouvernance, de sécurisation et de contrôle ;

- sans revenir sur l'affectation aux complémentaires santé de la charge de la preuve du non-usage prohibé, clarifier et, pour les seuls traitements de données destinés à la conception ou à l'évaluation de programmes de prévention, alléger les modalités selon lesquelles les complémentaires santé peuvent démontrer que leur usage des données de santé du SNDS s'inscrit dans les modalités autorisées par la loi.

(3) La nécessité, en contrepartie, d'un engagement ferme des complémentaires santé pour investir davantage en faveur de la prévention

• La reconnaissance par la loi d'une mission de prévention à l'ensemble des complémentaires santé, l'arrêt de la catégorisation de certaines dépenses de prévention comme des frais de gestion et les évolutions proposées en matière d'accès aux données à des fins de prévention doivent toutes **concourir à lever les obstacles s'opposant à une mobilisation renforcée** des complémentaires santé en faveur de la prévention.

Un tel élargissement de leurs capacités d'intervention n'a toutefois de sens que s'il se **traduit concrètement par un effort renforcé en direction d'actions de prévention**.

Dans cette perspective, il apparaît **opportun de lier directement l'extension des marges de manœuvre accordées aux complémentaires santé à un engagement mesurable en matière d'investissement**. Cet engagement doit être conçu comme le **prolongement logique des nouvelles responsabilités qui leur seraient reconnues**. Il s'agit de s'inscrire dans une logique de responsabilité et de réciprocité, en garantissant que les évolutions normatives produisent des effets tangibles.

Il est dès lors proposé de **fixer un objectif d'affectation minimale d'une part des primes collectées au financement d'actions de prévention**, dont le niveau pourrait, à terme, **atteindre 2 %**. Ce seuil apparaît à la fois **suffisamment significatif pour induire un changement d'échelle** dans les politiques de prévention portées par les complémentaires, et **suffisamment proportionné pour demeurer compatible avec leurs équilibres économiques**.

L'objectif est **de généraliser et d'accroître l'ambition des fonds dits du « haut degré de solidarité »**, constitués dans le cadre de certains régimes collectifs de protection sociale complémentaire recommandés par les branches professionnelles.

Le haut degré de solidarité : un dispositif garantissant le financement de l'action sociale et de la prévention

La **possibilité pour une branche** professionnelle de **recommander un organisme assureur aux entreprises** qui lui sont rattachées est subordonnée à **l'institution de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité**[1].

Pour présenter un degré élevé de solidarité, l'organisme assureur doit **proposer des prestations à caractère non directement contributif**, qu'il s'agisse[2] :

- de la **prise en charge des cotisations de certains salariés économiquement fragiles –** en contrats à durée déterminée courts ou dont la cotisation représenterait au moins 10 % de la rémunération brute[3] ;

- du **financement d'actions de prévention** concernant les risques professionnels ou des objectifs de la politique de santé ;

- du **financement de prestations d'action sociale**, à titre individuel ou collectif.

Pour relever du degré élevé de solidarité, la part des cotisations affectées à ces trois finalités doit **atteindre au minimum 2 %**[4]. Les actions financées sont définies **au niveau de chaque branche**, en fonction des besoins des salariés.

• Les rapporteurs précisent qu'il n'est **pas question d'imposer un niveau uniforme et immédiat**, mais de définir une **trajectoire crédible permettant une montée en puissance progressive** des investissements consacrés à la prévention. À cet égard, la **détermination précise du *quantum* applicable**, ainsi que le **calendrier de cette montée en charge**, devront être **définis en lien étroit avec l'ensemble des organismes complémentaires**. Une telle démarche est indispensable pour tenir compte de la diversité des situations, assurer la soutenabilité de l'effort demandé et **garantir l'adhésion** des acteurs concernés.

Elles notent également qu'une telle évolution est **subordonnée à la mise en œuvre de l'évolution proposée des référentiels comptables**, seule à même de permettre une **objectivation suffisante des dépenses de prévention** consenties par les complémentaires santé.

Recommandation n° 13 : Instaurer, à terme, une part minimale de 2 % des primes de complémentaire santé affectée à des actions de prévention dans le cadre du contrat responsable.

[1] *Article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.*
[2] *Article R. 912-2 du code de la sécurité sociale.*
[3] *Article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale.*
[4] *Article R. 912-1 du code de la sécurité sociale.*

B. RENFORCER L'ANCRAGE TERRITORIAL DES POLITIQUES DE PRÉVENTION

1. Consolider la gouvernance territoriale des politiques de prévention

a) Soutenir l'action des collectivités locales et approfondir la dynamique des CLS

• Les ARS sont un acteur de la territorialisation des politiques de santé. Elles ont notamment pour mission de mettre en œuvre, au niveau régional, la politique de santé définie au niveau national et de réguler l'offre régionale de santé pour « ***répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux*** »[1].

À ce titre, elles veillent, **pour le compte de l'État**, « *à ce que la répartition territoriale de l'offre de prévention* […] *permette de satisfaire les besoins de santé de la population* », « *à la qualité des interventions en matière de prévention* », ainsi qu'à assurer « *l'accès à la prévention* […] *aux personnes en situation de précarité ou d'exclusion* »[2]. Les ARS disposent pour ce faire d'un outil règlementaire de planification et de programmation qu'est le projet régional de santé (PRS), arrêté par le directeur de l'agence en cohérence avec la SNS, révisé tous les cinq ans. Le PRS décline les orientations de la politique nationale de santé et s'inscrit dans le cadre des LFSS qui déterminent notamment le montant de l'Ondam et, en son sein, le budget alloué au FIR[3].

Aux termes de l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, le PRS se compose :

- d'un cadre d'orientation stratégique (COS), qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ;

- d'un schéma régional de santé (SRS), établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels ;

- d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Le SRS définit notamment les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et de second recours et fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, par activité de soins et par équipement matériel lourd, ainsi que les créations et suppressions d'activités, les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé[4].

---

[1] *Article L. 1431-2 du code de la santé publique.*
[2] Ibid.
[3] *L'article L. 1432-6 du code de la santé publique précise l'ensemble des ressources des ARS.*
[4] *Article L. 1434-3 du code de la santé publique.*

Le PRAPS détermine quant à lui, pour une durée de cinq ans, les actions prioritaires à conduire pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins sur le territoire, avec une attention particulière portée aux publics en situation de vulnérabilité sociale. Le PRAPS identifie notamment les moyens à mobiliser, les résultats attendus, le calendrier de mise en œuvre et les modalités de son suivi et de son évaluation[1].

Plusieurs outils sont ainsi à la disposition des ARS pour organiser et réguler l'offre de santé et de prévention dans leurs territoires de compétences. Néanmoins, le rôle des ARS et les outils qui leur sont confiés reflètent encore une territorialisation de la santé au sens de planification descendante à une échelle relativement vaste, la région, qui ne permet pas toujours d'organiser une réponse de proximité. Parce que les ARS sont essentiellement destinées à décliner en région une politique définie à l'échelle nationale, la territorialisation de leur action repose « *sur une tension constitutive. Elle vise à adapter la politique de santé aux besoins locaux, mais elle demeure largement pilotée par l'État et ses agences. Elle reconnaît les territoires, mais les traite souvent comme des lieux d'application de stratégies régionales ou nationales. Elle associe les collectivités, les professionnels et les usagers, mais sans leur confier la maîtrise des principaux leviers : démographie médicale, financement de l'assurance maladie, autorisations hospitalières, tarification, formation initiale des professionnels de santé* »[2].

- La coordination de l'action des ARS avec celle des collectivités territoriales, constitue un facteur déterminant de l'efficacité des politiques santé et de prévention conduites à l'échelle locale. **Or, cette coordination est très inégale selon les territoires et source de disparités**.

D'une part, la loi prévoit que les collectivités territoriales et leurs groupements contribuent, dans le champ de leurs compétences respectives, « *à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* »[3]. D'autre part, les **collectivités territoriales** disposent de **compétences sanitaires propres** leur permettant de mener des politiques autonomes sur leur territoire, à l'appui de financement divers, pouvant parfois donner lieu à un millefeuille d'actions peu lisibles, enchevêtrées et non coordonnées.

Les maires des **communes** disposent de **la capacité à agir en matière de santé** au titre de leur **pouvoir de police**, qui leur confère le soin de « *prévenir, par des précautions convenables, et de faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux […], les maladies épidémiques ou contagieuses ou encore les épizooties* »[4].

---

[1] *Article R. 1434-11 du code de la santé publique.*
[2] *Sénat, rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation, relatif à la réforme des agences régionales de santé, mai 2026.*
[3] *Article L. 1110-1& du code de la santé publique.*
[4] *Article L. 2212-2 du code général des collectivités territoriales.*

Le **service communal d'hygiène et de santé** peut à ce titre édicter des mesures de vaccination, ce qui fut souvent le cas lors de la crise du covid-19. Plus largement, les services de santé dépendant des communes participent à la mise en œuvre de la politique vaccinale[1], de même que les services des conseils départementaux. Les communes ou leurs groupements peuvent également exercer des compétences dans le champ sanitaire par délégation des départements, dans le cadre d'une convention précisant les conditions de mise en œuvre de cette compétence pour le compte du département[2].

Les **départements**, qui sont compétents en matière d'**action sociale et médico-sociale**, peuvent également gérer des centres de vaccination et mettre en œuvre des actions de prévention par l'intermédiaire des services de PMI.

Enfin, le **conseil régional** « *peut définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé* ». Il élabore et met en œuvre les actions régionales correspondantes et informe le représentant de l'État dans la région ainsi que le directeur général de l'ARS du contenu et des moyens qu'il y consacre[3].

Ce pouvoir s'inscrit aussi dans le cadre de ses attributions, définies à l'article L. 4221-1 du code général des collectivités territoriales, qui lui confère compétence pour « *promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région* ». Dans les faits, la promotion du développement sanitaire de la région s'effectue essentiellement par le biais d'actions de prévention et d'information. Le conseil régional peut également attribuer des aides aux fins de financement de structures participant à la permanence de l'offre de soins, ce qui a été le cas lors de la crise du covid-19.

• Comme le souligne la Cour des comptes[4], **l'échelle régionale n'est pas la plus opportune** pour agir en matière de santé dans la mesure où elle rend l'animation complexe et ne permet pas un ciblage efficace des populations les plus fragiles. **Le département constitue l'échelle privilégiée** pour la mise en œuvre des instances de coordination et de décision impliquant l'ensemble des acteurs de terrain.

La lutte contre certains facteurs d'inégalités sociales et environnementales justifie en effet une **action ciblée au plus près des besoins.** Tel est l'objet des contrats locaux de santé, qui visent à **corriger les inégalités sociales et territoriales de santé**, dans le respect des objectifs fixés par le projet régional de santé.

---

[1] *Article L. 3111-1 du code de la santé publique.*
[2] *Article L. 1111-8 du code général des collectivités territoriales.*
[3] *Article L. 1424-1 du code général des collectivités territoriales.*
[4] *Cour des comptes, La politique de prévention en santé, novembre 2021.*

Le contrat local de santé (CLS)

Le contrat local de santé apparaît comme l'instrument privilégié de la consolidation du partenariat local de santé. Il est un outil indispensable à la mise en œuvre des priorités en matière de santé et de prévention fixées par les ARS.

Il est signé entre les collectivités territoriales et les ARS, auxquels peuvent être associés les préfets, les services de l'État (éducation nationale pour la promotion de la santé et la prévention en milieu scolaire), les professionnels et acteurs de santé (centres hospitaliers, communautés professionnelles territoriales de santé), les organismes de sécurité sociale (Caisse primaire d'assurance maladie, caisse de la mutualité sociale agricole) ainsi que les associations.

Le contrat local de santé intègre une vision à 360 degrés des politiques de santé sur un territoire donné (promotion de la santé, prévention, santé environnement, offre de soins ambulatoires, offre de soins hospitaliers, accompagnement médico-social …).

La première étape de contractualisation consiste en l'établissement d'un diagnostic territorial de santé, aux fins d'identifier au mieux les besoins d'une population et les actions de prévention à mener. Les ARS et les collectivités identifient ainsi des actions de prévention qu'elles financent conjointement, mutualisant leurs moyens. Afin d'assurer la cohérence de cette politique dans la durée, les CLS définissent un programme d'action pluriannuel, des indicateurs de suivi ainsi qu'une évaluation conjointe des résultats obtenus[1].

Le spectre d'action des CLS en matière de promotion de la santé et de prévention est particulièrement large : les actions peuvent ainsi porter sur les maladies chroniques, la vaccination, les dépistages organisés, la santé bucco-dentaire, la nutrition, le sport santé, les addictions, la santé sexuelle, ou encore la santé mentale.

Ses instances de gouvernance sont composées des signataires du contrat, des partenaires et des porteurs d'actions, qui composent son comité de pilotage, mais également des élus locaux, des institutions, des associations et des professionnels associés, ainsi que des représentants des usagers. Le financement du CLS est assuré par le fonds régional d'intervention (FIR), dans le cadre notamment des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

• Les ARS interrogées par les rapporteurs indiquent toutes avoir développé des partenariats renforcés dans le cadre de CLS et saluent leur efficacité.

L'ARS de La Réunion a ainsi signé vingt contrats locaux de santé, et quatre autres sont en cours d'élaboration pour couvrir les vingt-quatre communes de l'île et 100 % de la population. Ces CLS portent sur les priorités définies dans le PRS relatives aux addictions, à la santé mentale et sexuelle, à la nutrition, aux maladies chroniques, ainsi qu'aux personnes âgées et handicapées particulièrement vulnérables. L'ARS de La Réunion relève toutefois l'hétérogénéité des profils et compétences des coordonnateurs des

[1] *Ces données sont issues du questionnaire adressé par les rapporteures à l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté.*

CLS et appelle à une uniformisation, notamment par le biais d'une formation dispensée par l'EHESP[1].

L'ARS de Bretagne développe quant à elle un contrat territorial de santé par EPCI (établissement public de coopération intercommunale), structure administrative regroupant des communes dont la population est inférieure à 50 000 habitants[2]. Elle relève que tous ses CLS contiennent au moins une action relative à l'environnement, et que 90 % des actions mises en œuvre au titre de sa mission de prévention en santé environnementale ont été financées dans le cadre des CLS en 2024, à l'instar de sa politique d'aide à l'élaboration des diagnostics locaux de santé-environnement, ou de l'appel à projets « éduquer à et dans la nature » qui couvre quarante établissements scolaires.

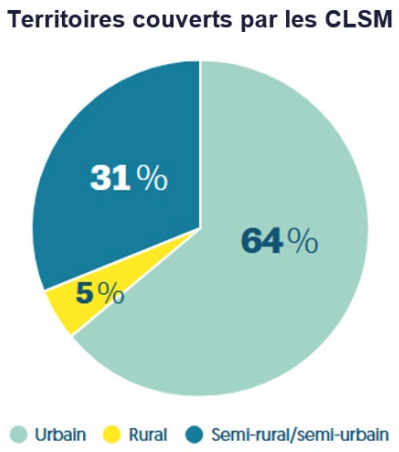
L'ARS de Provence-Alpes-Côte d'Azur, dont le territoire est marqué par un taux d'obésité important – 11 % dans les Bouches du Rhône, jusqu'à 18,9 % dans certains quartiers très pauvres de Marseille –, a construit un dispositif d'accès à une alimentation saine, d'éducation nutritionnelle, de mobilité active et d'activité physique dans le cadre de ses CLS[3].

Les rapporteurs appellent à approfondir encore davantage la dynamique des CLS et à renforcer leur animation notamment en zones rurales.

• Les collectivités locales développent d'autres formes de partenariats, à l'instar des **conseils locaux de santé mentale** (CLSM)[4] dont le modèle s'inspire de celui des CLS dans le champ de la santé mentale. Les CLSM sont déployés dans le cadre des **projets territoriaux de santé mentale** (PTSM), au nombre de cent quatre[5] et qui couvrent l'intégralité du territoire. Les PTSM définissent des projets stratégiques à cinq ans pour porter des politiques de prévention en matière de santé mentale. Ils visent principalement à améliorer les conditions du repérage précoce des troubles psychiques, à l'élaboration d'un diagnostic et à l'accès aux soins[6]. Ils sont pour la grande majorité développés à l'**échelle départementale** et ont vocation à apporter des réponses aux populations à risques que sont les enfants, les adolescents, les personnes âgées et en situation de handicap, les personnes isolées, celles placées sous main de justice, en situation de précarité ou encore nécessitant un accompagnement à la parentalité.

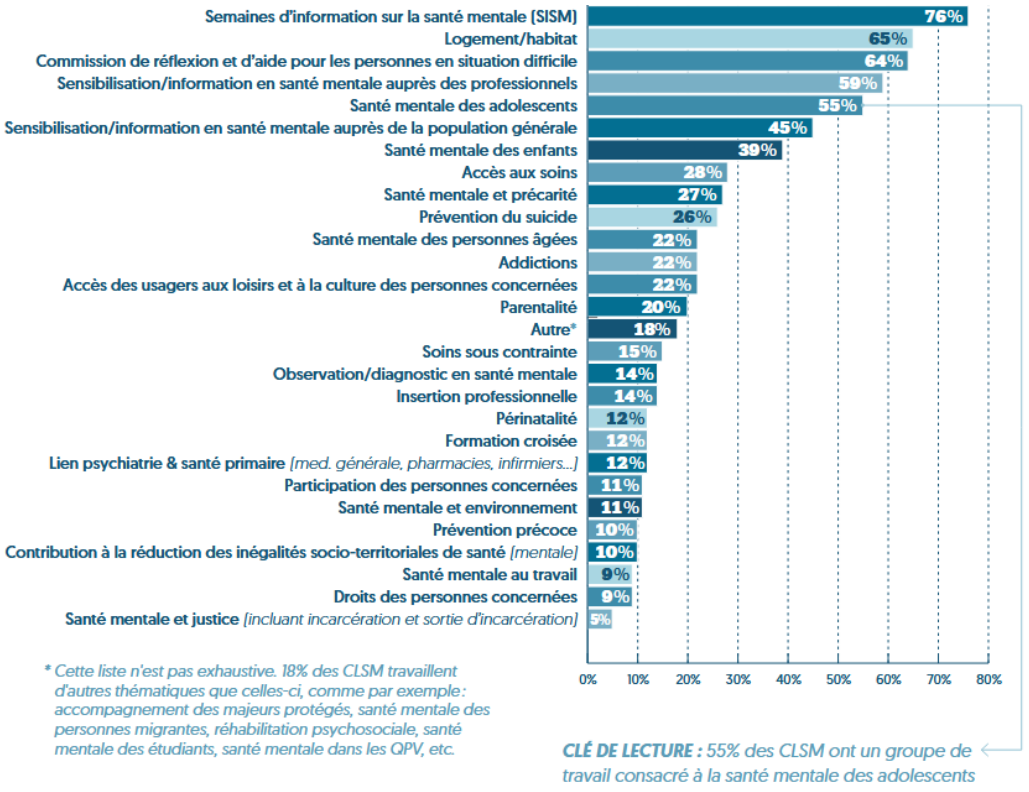
---

[1] Ces données sont issues du questionnaire adressé par les rapporteures à l'ARS de la Réunion.
[2] Ces données sont issues du questionnaire adressé par les rapporteures à l'ARS de Bretagne.
[3] Questionnaire adressé par les rapporteures à l'ARS de Provence-Alpes-Côte d'Azur.
[4] Ne pas confondre avec les contrats locaux de santé, qui peuvent également contenir des actions relatives à la santé mentale.
[5] Synthèse du 3ème Tour de France des PTSM, p. 3 :
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_tour_de_france_ptsm.pdf
[6] Article R. 3224-5 du code de la santé publique.



Le CLSM est ainsi une **instance de coordination, de co-construction et d'animation d'actions de prévention** qui vise à développer une politique de santé mentale concertée. Selon l'ARS de Bretagne, cette instance, fondée sur la mobilisation d'acteurs de la santé mentale ancrés localement (élus, psychiatres, usagers, aidants et professionnels du territoire), relève avant tout d'un **choix politique d'élus locaux désireux de faire évoluer les représentations de la psychiatrie et de la santé mentale**[1].

Thématiques de travail des CLSM en 2022



***Source** : Centre national de ressources et d'appui aux conseils locaux de santé mentale*[2]

[1] *Questionnaire adressé par les rapporteures à l'ARS de Bretagne.*
[2] État des lieux national sur le fonctionnement des CLSM, *édition 2023.*

La mise en œuvre de la politique de prévention en santé mentale pourrait toutefois être améliorée par une **clarification du rôle des différents dispositifs territoriaux**. Ce constat a été notamment dressé par le troisième Tour de France des PTSM, réalisé en 2024 par le délégué ministériel à la santé et à la psychiatrie, le professeur Franck Bellivier, qui a relevé **la « *floraison de cadres et de dispositifs de coordination et de concertation territoriale en santé ainsi que dans le champ médico-social* » (CSL, CLSM, CPTS, CTS, DAC, Communautés 360…), déplorant une articulation insuffisante entre eux**. Si les CLSM et le CLS ont été identifiés comme des outils privilégiés pour agir en proximité sur les déterminants de santé, certaines difficultés méthodologiques ont été relevées dans la mise en œuvre des PTSM.

Ces difficultés tiendraient, d'une part, à l'imprécision des textes sur le niveau de granularité des PTSM et d'autre part, à des confusions sémantiques entre projet et contrat, ainsi qu'entre santé mentale et psychiatrie.[1] Certains angles morts de la politique territoriale de santé mentale sont également relevés, tels que l'insuffisance des actions portant sur les déterminants sociaux de la santé mentale (violences subies, précarité, isolement), le déficit d'actions en direction des publics les plus vulnérables, ou encore l'inclusion sociale et citoyenne des personnes souffrant d'un trouble psychiatrique diagnostiqué[2]. Le rôle des coordonnateurs locaux des PTSM est également mis en avant, défini comme central mais encore fragile : « *La complexité et la lourdeur de la fonction, le manque de clarification de son rôle, le défaut de légitimité, l'isolement ressenti et une trop grande hétérogénéité du cadre d'emploi et de rémunération expliquent largement les difficultés constatées.* »[3]

Certains axes d'amélioration des CLSM ont également été proposés par l'ARS de Bourgogne Franche-Comté, qui compte quinze CLSM sur son territoire. Celle-ci appelle à clarifier l'articulation entre les CLSM, les CLS et les PTSM pour garantir la cohérence de leur périmètre d'action et éviter les doublons. Elle souligne également la nécessité d'œuvrer au renforcement de la coordination des CLSM, parfois assurée sans ETP dédié, ainsi qu'au soutien de l'implication des usagers comme des aidants[4].

---

[1] *Synthèse du 3ème Tour de France des PTSM :* https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_tour_de_france_ptsm.pdf
[2] Ibid.
[3] Ibid.
[4] *Questionnaire adressé par les rapporteurs à l'ARS de Bourgogne Franche-Comté.*

b) Faire de la prévention une priorité d'action des ARS

• Le chevauchement des compétences sanitaires des collectivités territoriales, source de difficultés dans l'animation territoriale des politiques de prévention a justifié un **recentrage récent des leviers organisationnels de certaines de ces politiques entre les mains des ARS. C'est le cas de la santé sexuelle** (dépistage et diagnostic des IST[1]), **la lutte contre la tuberculose[2] et la vaccination**. La loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 renforce ainsi le pilotage des centres de vaccination par les ARS à compter du 1er janvier 2027, et en harmonise leur financement sur l'ensemble du territoire[3]. Les collectivités territoriales volontaires pourront continuer à assurer la gestion des centres de vaccination après avoir été habilitées à cette fin par l'ARS compétente.

Ce recentrage aux fins de simplification témoigne d'une volonté d'asseoir le rôle des ARS comme acteur central de la coordination et de la mise en œuvre de la politique de prévention au niveau territorial.

Or, les rapporteurs constatent d'une part que les ARS **ne disposent pas nécessairement des moyens humains suffisants pour définir et mettre en œuvre de façon optimale les projets régionaux de santé**, ni pour intervenir **sur l'ensemble des enjeux de prévention**.

• D'une part, les ARS sont dotées d'importantes **missions de contrôle en matière de sécurité sanitaire qu'elles ne parviennent pas toujours à assumer pleinement.**

Au premier rang de ces missions figure celle du contrôle de la qualité des eaux destinées à la consommation humaine et des eaux minérales naturelles. Or, comme cela a récemment été mis en lumière lors du scandale du recours par Nestlé à un processus de microfiltration dérogatoire sur ses eaux minérales Hépar et Perrier, les ARS ne disposent pas des effectifs suffisants pour effectuer un contrôle suffisant de la qualité des eaux conditionnées.

---

[1] Les CeGIDD, habilités par les ARS, ont remplacé en 2016 les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST).

[2] Les centres de lutte antituberculeux ont été créés par la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

[3] Le financement des centres de vaccination sera désormais assuré par le fonds d'intervention régional (FIR), alors que les centres de vaccination actuellement gérés par des départements ou communes étaient financés soit par la dotation générale de décentralisation (DGD), soit par la dotation globale de fonctionnement (DGF), et conventionnés avec les ARS.

La gestion par l'ARS Grand Est du scandale des eaux minérales naturelles filtrées par Nestlé

Les ARS sont chargées d'une mission de contrôle des captages et réseaux de distribution d'eau potable, ainsi que des eaux de loisirs (piscines, plans d'eau aménagés, eaux thermales).

La commission d'enquête sénatoriale présidée par Laurent Burgoa et rapportée par Alexandre Ouizille sur les pratiques des industriels de l'eau en bouteille[1], a notamment entendu Virginie Cayré, directrice générale de l'ARS Grand Est du 2 septembre 2020 au 15 juin 2024. Celle-ci est à l'origine d'un signalement à la justice émis au titre de l'article 40 du code de procédure pénale après que l'ARS eût découvert, lors d'un contrôle des sites d'eau minérale naturelle Hépar, Contrex et Vittel, que Nestlé Waters utilisait des filtres non autorisés sur ses eaux minérales naturelles, assimilés à de la désinfection (filtres à charbon actif, traitements ultraviolets, microfiltration à 0,2 micron), Nestlé Waters ne rapportant pas la preuve que ces traitements n'affectaient pas la sécurité alimentaire ni la composition de l'eau.

Comme l'a indiqué Mme Cayré devant les sénateurs[2], l'ARS Grand Est dispose d'une centaine d'agents seulement spécialisés en santé-environnement qui sont chargés, en sus du contrôle de la qualité des eaux, de la lutte contre l'habitat indigne et insalubre, de l'urbanisme favorable à la santé ou encore de la prévention des nuisances environnementales (moustiques tigres, chenilles processionnaires, tiques, ambroisie). Cette diversité de thématiques d'intervention limite nécessairement le temps d'investissement consacré à chacune de ces missions.

Par ailleurs, le contrôle sanitaire de la qualité de l'eau fait intervenir de nombreux acteurs dont les compétences ne sont pas parfaitement délimitées, ce qui complexifie la marge d'intervention des ARS. Le préfet délivre les autorisations de captage et les arrêtés d'exploitation arrêtant des volumes maximaux de prélèvement autorisés. L'autorité désignée pour effectuer le contrôle du respect du niveau maximal de prélèvement autorisé n'est pas apparue clairement au rapporteur de la commission d'enquête, qui a émis l'hypothèse[3] que cette compétence pourrait relever des ARS. La direction départementale des territoires et de la mer (DDT) est également chargée de contrôler les prélèvements d'eau.

[1] *La commission d'enquête portait sur les pratiques des industriels de l'eau en bouteille et les responsabilités des pouvoirs publics dans les défaillances du contrôle de leurs activités et la gestion des risques économiques, patrimoniaux, fiscaux, écologiques et sanitaires associés.*

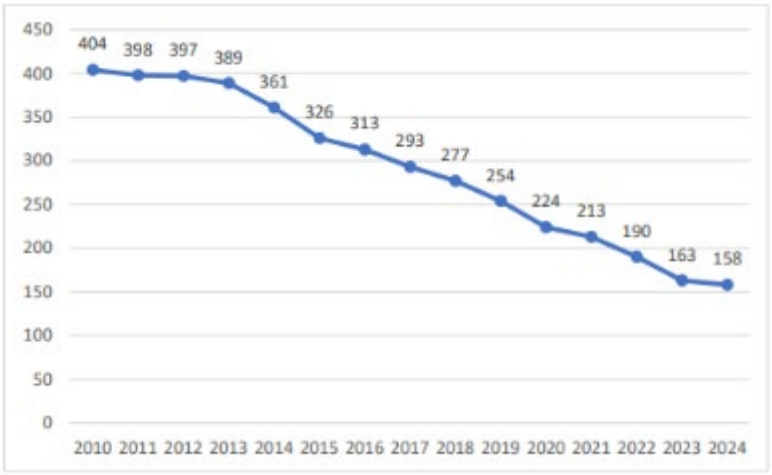
[2] Eaux minérales naturelles : préserver la pureté, *rapport 628 (2024-2025) de M. Alexandre Ouizille au nom de la commission d'enquête sur les eaux minérales naturelles, tome 2, p. 332.*

[3] Eaux minérales naturelles : préserver la pureté, *rapport rapport 628 (2024-2025) de M. Alexandre Ouizille au nom de la commission d'enquête sur les eaux minérales naturelles, Tome 1, mai 2025.*

• D'autre part, les ARS pâtissent depuis une quinzaine d'années de la **baisse significative des effectifs de médecins inspecteurs de santé publique**, dont **82 % de ceux affectés en administration exercent dans les ARS**[1]. Ces médecins participent à la conception, à la mise en œuvre, à l'exécution ainsi qu'à l'évaluation de la politique de santé publique, dont ils assurent le contrôle au sein des ARS[2]. Ils jouent un rôle fondamental dans l'élaboration et le suivi des PRS et assurent des missions permanentes et temporaires d'inspection.

Or les effectifs de médecins inspecteurs de santé publique se réduisent drastiquement : **ils s'établissaient en 2010 à 404, en 2021 à 213, et en 2024 à 158, ce qui représente une baisse de plus de 60 % en l'espace de 14 ans**. La moyenne d'âge du corps est actuellement **de 59 ans**, et les postes proposés, qui se raréfient (quatre postes sur le concours externe et cinq postes sur le concours interne en 2022), ne sont pas tous pourvus (il n'y a eu aucune inscription au concours interne de 2022 et seuls deux des quatre postes du concours externe ont été attribués)[3].

Évolution des effectifs de médecins inspecteurs de santé publique



***Source** : RenoiRH, requête Sésame au 18/03/2024, Présentation du corps des médecins inspecteurs de santé publique dispensée en avril 2024 par le secrétariat général des ministères sociaux*

[1] *Ces données sont issues d'une présentation du corps des médecins inspecteurs de santé publique dispensée en avril 2024 par le secrétariat général des ministères sociaux dans le cadre d'une mission de recrutement.*

[2] *Article R. 1421-14 du code de la santé publique. Tel est notamment le cas des médecins inspecteurs de santé publique chargés de programmes de santé publique, qui assurent l'évaluation de la qualité des diagnostics territoriaux de santé publique ainsi que l'évaluation et le suivi des plans et schémas régionaux de santé, ou encore des médecins inspecteurs de santé publique affectés à des postes de conseiller expert en santé publique et environnementale qui ont pour principale mission d'analyser l'exposition aux risques toxicologiques ou épidémiologiques.*

[3] *Présentation du corps des médecins inspecteurs de santé publique dispensée en avril 2024 par le secrétariat général des ministères sociaux dans le cadre d'une mission de recrutement.*

Ce manque d'attractivité s'explique par plusieurs facteurs que sont une **rémunération peu attractive**[1] par rapport à celles proposées dans d'autres structures susceptibles de les accueillir (établissements de santé publics, services de l'assurance maladie, organisations internationales), ainsi qu'une rigidité du statut qui, couplée au **cloisonnement entre les différents secteurs d'activités, constitue un frein aux mobilités**. Pour pallier cette pénurie, les médecins inspecteurs de santé publique auprès des ARS sont souvent remplacés par des contractuels.

Les rapporteurs soutiennent le renforcement des moyens humains et matériels à la disposition des ARS afin de leur permettre d'exercer plus efficacement l'ensemble de leurs missions relatives à la prévention.

2. Promouvoir une action décloisonnée et articulée avec le soin

a) Développer une approche « Une seule santé » dans les territoires pour agir sur les déterminants de santé

• Le concept **« *One Health* » *ou* « *Une seule santé* »** a été défini en 2021 par un groupe de travail associant l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), le programme des Nations unies pour l'environnement (PNUE), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation mondiale de la Santé animale (OMSA) comme « ***une approche intégrée et fédératrice qui vise à équilibrer et optimiser durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes.***

[Cette approche] reconnaît que la santé des humains, des animaux domestiques et sauvages, des plantes et de l'environnement au sens large est étroitement liée et interdépendante.

[Elle] mobilise de multiples secteurs, disciplines et communautés à différents niveaux de la société pour travailler ensemble afin d'améliorer le bien-être et de lutter contre les menaces pour la santé et les écosystèmes, tout en répondant au besoin collectif d'eau, d'énergie et d'air propres, d'aliments sains et nutritifs, en prenant des mesures contre le changement climatique et en contribuant au développement durable ».

Historiquement centrée sur les zoonoses[2]**, l'approche « *Une seule santé* » s'est progressivement imposée depuis les années 2000**, parallèlement à la prise de conscience des **connexions entre la dégradation de l'environnement par la pollution**, **la déforestation accrue et l'urbanisation au niveau mondial, l'accroissement démographique et la particulière vulnérabilité de la population aux aléas climatiques, renforcés par le réchauffement climatique**. Le quatrième plan national santé environnement (PNSE), publié en mai 2021, prévoit que « *la*

[1] *La grille indiciaire des médecins inspecteurs de santé publique, qui fait partie des plus favorables de celles des corps spécifiques santé-sociaux avec celle des pharmaciens inspecteurs de santé publique, a toutefois fait l'objet d'une revalorisation pour leur permettre d'accéder à la classe exceptionnelle (HED).*

[2] *Maladies dont le pathogène – bactérie, virus ou parasite – peut être transmis de l'animal à l'humain et inversement.*

France s'engage dans une approche intégrée et unifiée de la santé publique, animale et environnementale, autour du concept « Une seule santé » ».

• La transversalité des compétences des collectivités territoriales constitue un atout pour mettre en œuvre une approche « *Une seule santé* » au niveau local. Elle permet de bâtir un *continuum* de prévention efficace fondé sur la complémentarité de différentes politiques publiques, de l'urbanisme au logement, des transports à la restauration scolaire. Cette capacité à agir en transversalité est un levier essentiel de la **lutte contre un ensemble de facteurs de risque comportementaux et environnementaux, déterminants dans la prévalence des pathologies chroniques que sont les cancers, le diabète, les maladies cardio-vasculaires ou encore respiratoires**.

L'étendue du champ de compétences des collectivités territoriales peut donc être mise au service d'une politique de prévention et de promotion de la santé au cœur des territoires :

- les **communes** exercent ainsi des compétences en matière d'urbanisme, d'environnement, de gestion des écoles du premier degré (maternelles et élémentaires) ;

- les **départements** sont compétents en matière d'action sociale et sont, à ce titre, notamment en charge de la petite enfance avec le service de PMI, de la prise en charge des personnes âgées et handicapées, ainsi que de la gestion des collèges et des infrastructures routières et portuaires ;

- les **régions** disposent quant à elles d'une compétence en matière d'aménagement du territoire et de transport non urbain et se voient confier la gestion des lycées.

• **L'accompagnement des jeunes parents et la promotion de la santé des enfants** constitue un premier levier d'action à la main des communes. La loi du 18 décembre 2023 pour le plein emploi a en effet créé le service public de la petite enfance et confié le rôle d'autorité organisatrice de ce service aux communes. Depuis le 1er mars 2025, les communes de plus de 10 000 habitants sont ainsi tenues d'établir un schéma pluriannuel de maintien et de développement de l'offre d'accueil du jeune enfant et, depuis 2026, d'organiser des relais petite enfance. Toutes les communes de plus de 3 500 habitants sont par ailleurs tenues :

- de recenser les besoins des enfants de moins de trois ans et de leurs familles ainsi que des modes d'accueil disponibles sur le territoire ;

- d'informer et d'accompagner les familles ayant au moins un enfant de moins de trois ans et les futurs parents ;

- de planifier, de façon pluriannuelle, l'offre d'accueil nécessaire à la couverture des besoins ;

- de soutenir la qualité des modes d'accueil.

L'accompagnement à la santé périnatale et à la parentalité à travers les maisons des 1 000 premiers jours.

La politique des 1 000 premiers jours de l'enfant – du quatrième mois de grossesse aux deux ans de l'enfant –, lancée en 2019 par le président de la République Emmanuel Macron et suivie par le comité interministériel à l'enfance, définit des orientations pour un accompagnement à la santé périnatale et à la parentalité.

Un rapport remis en septembre 2020 par une commission présidée par le psychiatre Boris Cyrulnik a établi diverses recommandations, qui se sont notamment traduites par le déploiement de maisons des 1 000 premiers jours, dont les missions s'articulent avec celles des services de PMI. Un référentiel national[1] définit notamment l'offre que doit proposer chaque maison des 1 000 premiers jours, qui comprend des activités de promotion de la santé périnatale et du jeune enfant, des activités de soutien à la parentalité, d'information, d'orientation et de socialisation.

Ces maisons, actuellement au nombre d'une centaine[2], peuvent être gérées par différents types de structures : associations, collectivités territoriales, établissements de santé, services de PMI ou gestionnaires de structures disposant d'une autorisation *ad hoc* (tels que des établissements d'accueil du jeune enfant, des établissements sociaux ou médico-sociaux). Elles mobilisent des professionnels de la périnatalité et de la petite enfance (sages-femmes, psychologues, éducateurs spécialisés) et coordonnent l'action de nombreux acteurs locaux (ARS, caisses d'allocations familiales, l'Union départementale des associations familiales, maternités).

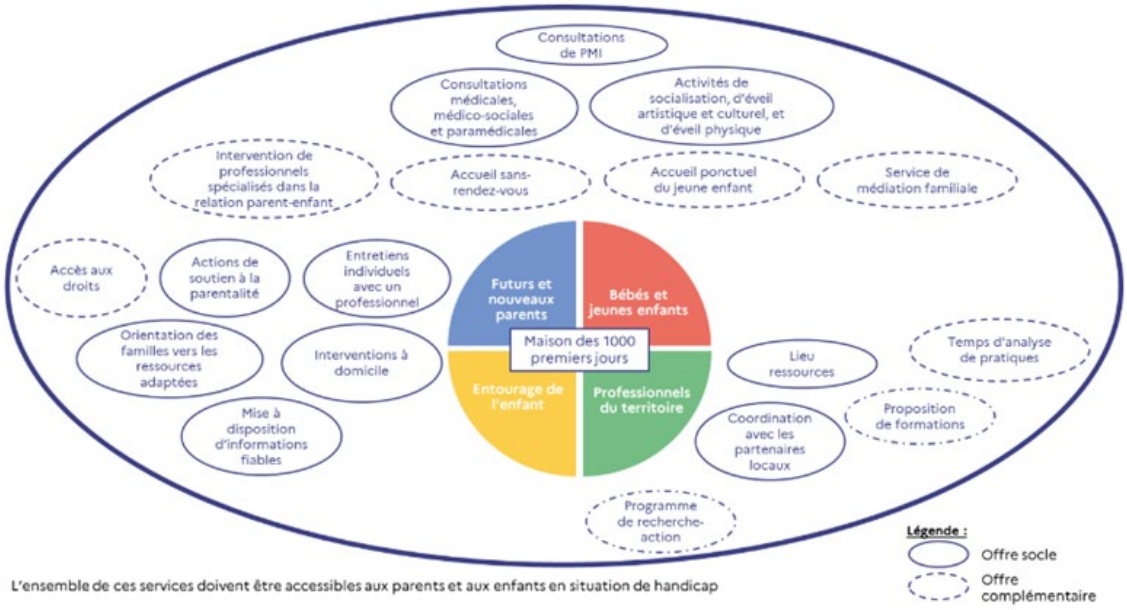
L'ARS de Provence-Alpes-Côte d'Azur a ainsi mis en place un comité de pilotage qui se réunit de manière trimestrielle autour de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Dreets), de la Mutualité sociale agricole (MSA), de l'assurance maladie, et du dispositif spécifique régional (DSR) de périnatalité dans le cadre de la politique des 1 000 premiers jours. Ce comité a pour objectif de décloisonner les approches sociales, médico-sociales et sanitaires, afin d'améliorer le parcours des femmes enceintes en situation de précarité. Cette initiative s'inscrit par ailleurs dans le cadre du PRAPS arrêté par l'ARS, qui vise à renforcer l'accompagnement gynécologique et obstétrique des femmes en situation de précarité[3].

[1] *Référentiel national « Maisons des 1000 premiers jours » diffusé par le Gouvernement : https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2026-01/Referentiel-Maisons-1000-premiers-jours.pdf*

[2] *Selon les données du ministère de la santé et des solidarités : https://solidarites.gouv.fr/les-maisons-des-1000-premiers-jours*

[3] *Ces données sont issues du questionnaire adressé par les rapporteures à l'ARS de Provence-Alpes-Côte d'Azur.*

L'offre de service des maisons des 1 000 premiers jours



***Source** : Référentiel national « Maisons des 1 000 premiers jours »*

De même, la restauration scolaire constitue un vecteur pour encourager un changement des habitudes alimentaires, en s'appuyant sur l'approche comportementale dite du « *nudge* »[1] (« *coup de pouce* » en anglais) qui tend à inciter les individus à faire le meilleur choix, par exemple en mettant en avant des produits sains et issus de l'agriculture biologique. La **restauration scolaire**, service public facultatif dont la mise en œuvre ne saurait s'analyser comme une obligation[2], garantit toutefois un droit à l'inscription à la cantine dont disposent les familles d'enfants scolarisés[3].

Quant à la gestion du **bâti scolaire,** dont les communes ont la charge, elle constitue un défi de taille dans un contexte de réchauffement climatique qui favorise la multiplication de vagues de chaleur et le développement de l'asthme d'origine allergique, particulièrement chez les enfants. Le bâti scolaire représente en effet plus de **51 000 bâtiments qui représentent 140 millions de mètres carrés et constituent 45 % du patrimoine des collectivités territoriales**

[1] *Richard Thaler et Cass Sunstein,* Nudge : la méthode douce pour inspirer la bonne décision, *éd. Pocket.*

[2] *CE, 5 octobre 1984, commissaire de la République de l'Ariège pour le service public de restauration scolaire assuré par les communes et CE, 24 juin 2019, n° 409659 pour ce même service assuré par les départements. Le juge administratif n'a pas eu à se prononcer sur le service public de restauration scolaire dans les lycées, assuré par la région, qui serait, par analogie, lui aussi facultatif.*

[3] *Article L. 131-13 du code de l'éducation. Le Conseil d'État a néanmoins jugé que ces dispositions ne faisaient pas obstacle à la possibilité, pour une collectivité, de refuser d'y admettre un élève lorsque la capacité maximale d'accueil de ce service public était atteinte (CE, 22 mars 2021, n° 429361).*

en surface[1]. La rénovation de ce bâti représente un axe majeur des plans de santé environnement déclinés par les communes, à l'instar de la ville de Paris, qui a lancé des recherches de plomb dans les matériaux de 1 100 crèches et écoles maternelles et élémentaires, avec l'objectif à terme de supprimer les sources de plomb et, dans l'immédiat, l'engagement de supprimer les sources de plomb accessibles lorsqu'elles sont détectées. La lutte contre le réchauffement climatique justifie également la création de cours en oasis végétalisées et arborées, afin de créer des îlots de fraîcheur pour les enfants[2]. Plusieurs municipalités se sont engagées dans la végétalisation des cours d'école, à l'instar de la ville Clermont-Ferrand, d'Asnières-sur-Seine ou de Lille, qui a végétalisé l'ensemble de ses soixante-dix-neuf cours d'école.

Les pouvoirs de police du maire en matière d'hygiène et de salubrité publique lui confèrent également compétence pour **lutter contre l'habitat** insalubre. Toutefois, la rénovation du parc locatif privé reste complexe. Des **signalements peuvent être effectués auprès de la mairie.** Le **directeur du service communal d'hygiène et de santé peut constater les situations d'insalubrité qui lui sont signalées, de même que le directeur de l'agence régionale de santé**. En cas de danger avéré et imminent, le préfet dispose du pouvoir d'ordonner au propriétaire de mettre en œuvre les mesures nécessaires pour faire cesser ce danger dans un délai qu'il fixe, ou saisir le président du tribunal judiciaire en référé afin de voir ordonnée la démolition du bien.

Enfin, les collectivités territoriales peuvent également mettre en œuvre des **politiques d'amélioration de la qualité de l'air** à travers **l'aménagement de la voirie pour les mobilités douces**, en créant des pistes cyclables, en réduisant la circulation des voitures à proximité des écoles, ainsi qu'en développant l'offre de transports en commun pour réduire la pollution. De nombreuses villes développent ainsi des parkings gratuits à leur périphérie afin d'inciter les usagers à privilégier les transports en commun. Les rapporteurs appellent au **renforcement de ces initiatives**, le transport automobile étant responsable de plus de la moitié des émissions nationales de dioxyde d'azote[3].

Ces approches transversales sont souvent déclinées à travers des **plans régionaux santé environnement,** co-pilotés par les ARS, les préfectures de région ainsi que les conseils régionaux.

---

[1] *Ces chiffres sont issus de l'Essentiel du rapport d'information n° 800 (2022-2023) de Mme Nadège Havet, déposé le 28 juin 2023.*

[2] *Synthèse du plan parisien santé environnement, p 16 :* https://cdn.paris.fr/paris/2025/03/06/plansanteenvironnement_synthese_correction_21-02-25-yzrw.pdf

[3] *Cour des comptes,* La santé respiratoire, un enjeu de « santé environnement » insuffisamment pris en considération 2017-2022, *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat de mai 2024, p. 26.*

L'approche « Une seule santé » en milieu rural : l'exemple des partenariats entre les communes et les exploitants agricoles destinés à préserver la pureté de la ressource en eau

Certaines communes bénéficiaires de rendements économiques importants issus de l'exploitation de leur environnement ont mis en place des partenariats destinés à préserver leurs ressources naturelles. Tel est l'objectif du partenariat l'Apieme (Association pour la protection de l'impluvium de l'eau minérale naturelle Évian), qui regroupe la société Évian (Danone) ainsi que 13 communes situées sur l'impluvium. Ce territoire de 35 km2 délimite la surface sur laquelle les eaux de pluie infiltrent la nappe phréatique ainsi que la zone d'émergence où se situent les captages d'eau minérale naturelle d'Évian.

Dans les communes limitrophes de Vittel et dans les zones forestières alentour, les pouvoirs publics promeuvent une agriculture régénératrice, caractérisée par une politique « zéro pesticide ». En contrepartie, une filiale de Nestlé Vosges accompagne les agriculteurs en mettant gratuitement à leur disposition des terres ainsi que du matériel d'exploitation1.

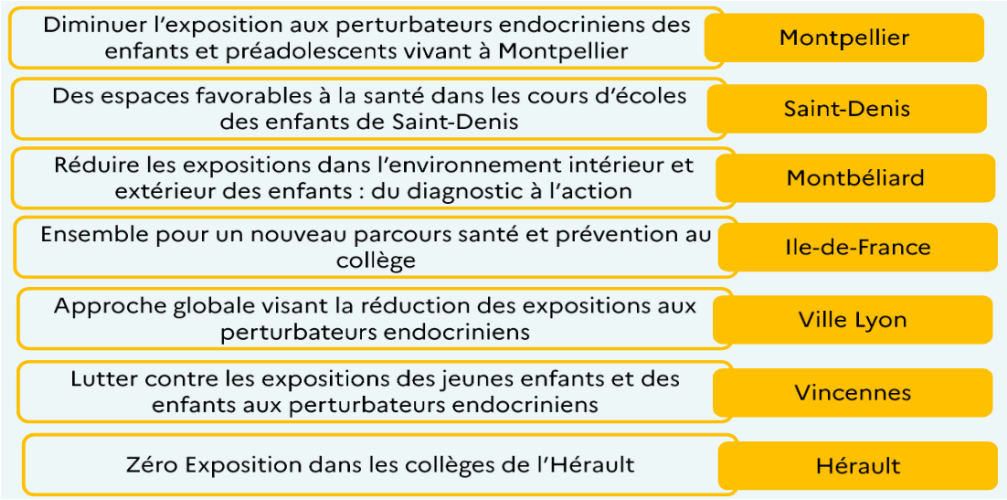
Le club des collectivités territoriales porté par l'INCa : un soutien à l'approche « *Une seule santé* » en faveur de la prévention des cancers

Le club « Collectivités et prévention des cancers », créé par l'INCa, a été conçu comme un programme d'accompagnement opérationnel des collectivités territoriales pour soutenir l'émergence d'initiatives locales en faveur de la promotion de la santé. Les collectivités ont en effet une capacité à agir sur des déterminants essentiels de santé, en créant des environnements favorables et en luttant contre l'exposition quotidienne à certains facteurs de risque. Ce club vise ainsi à « *fédérer les acteurs locaux qui souhaitent agir pour la promotion de la santé et la prévention des cancers afin de constituer un réseau d'échange de bonnes pratiques entre et avec les collectivités* ».

Concrètement, le club permet de partager et de capitaliser sur les bonnes pratiques locales, d'accompagner les collectivités désireuses par une expertise dédiée, de constituer un centre de ressources et de soutenir la prise de conscience des élus locaux concernant les enjeux de promotion de la santé et de prévention. Le club finance également un appel à projets « plan zéro exposition » qui soutient et finance les projets visant à réduire les expositions des enfants et des jeunes aux facteurs de risque évitables de cancer. Le club permet également d'informer les collectivités sur les avancées de la recherche et leur fournit les ressources documentaires adéquates afin de poursuivre leurs actions de terrain.

[1] *Rapport 628 (2024-2025) de M. Alexandre Ouizille au nom de la commission d'enquête sur les Eaux minérales naturelles, Tome 1, p. 172.*

Exemples de projets financés dans le cadre de l'édition 2023 de l'appel à projets « plan zéro-exposition »



***Source** : INCa*

Les rapporteurs encouragent l'appropriation **de l'approche « *Une seule santé* »** par les collectivités pour soutenir des politiques globales de prévention et de lutte contre les facteurs de risque des pathologies évitables.

Recommandation n° 5 : Promouvoir une approche « *Une seule santé* » au plus près des besoins des territoires et des usagers et en faire un marqueur de l'action des collectivités territoriales.

b) Construire des parcours de prévention territorialisés articulés avec les parcours de soins

- Au-delà des initiatives coordonnées des acteurs de terrain que sont les ARS et les collectivités, le renforcement de la mise en œuvre de la prévention sur le territoire impose une **meilleure articulation des actions de prévention avec les parcours de soins, pour réussir à construire un continuum articulé prévention-soins**.

Or, dans le contexte précédemment décrit de dégradation de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, la construction de ce continuum nécessite de renforcer l'exercice coordonné des professionnels de santé et de bâtir de véritables parcours de prévention dans les territoires, connectés aux parcours de soins.

Conscient de cette nécessité, le législateur a favorisé depuis une quinzaine d'années, sous l'impulsion du Gouvernement, le regroupement de professionnels de santé au sein de **structures d'exercice coordonné**, notamment dans les zones les moins dotées en professionnels de santé.

L'exercice coordonné permet aux professionnels de renforcer l'articulation de leur action grâce à la pluriprofessionnalité des structures, d'améliorer l'orientation des patients dans des parcours structurés et de lutter contre les ruptures de parcours**.** Parce qu'il permet de partager les charges de gestion d'une structure et mutualise les compétences, l'exercice coordonné est aujourd'hui fortement plébiscité par les professionnels de santé, comme en atteste le succès de diverses structures, en particulier des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé[1].

En favorisant la coopération entre différents professionnels de santé et donc, le partage d'informations et des données du dossier du patient, les structures d'exercice coordonné permettent une prise en charge globale des patients et un meilleur repérage des facteurs de risque. Cette coordination facilite la mise en œuvre d'actions de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé, tout en assurant un suivi plus régulier des personnes les plus vulnérables. Elles contribuent ainsi à renforcer la prévention primaire et secondaire, à améliorer l'accès aux actions de santé publique et à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.

• La première structure de regroupement de professionnels de santé concerne principalement l'exercice libéral. Il s'agit des **maisons de santé**, qui désignent des structures dotées de la personnalité morale au sein desquelles exercent des **professionnels médicaux, des auxiliaires médicaux et des pharmaciens**. Créées par la LFSS pour 2008, 2 251 maisons de santé pluriprofessionnelles étaient dénombrées au 1er février 2026. Le Gouvernement s'est fixé l'objectif d'atteindre 4 000 structures ouvertes d'ici à 2027.

Une enquête récente évalue l'impact concret d'une prise en charge coordonnée du patient au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles : ainsi, en matière de prévention, alors que 43 % des Français estiment ne pas être suffisamment accompagnés dans leur suivi, 69 % de ceux ayant déjà bénéficié d'une prise en charge coordonnée se déclarent mieux accompagnés[2].

• Les **centres de santé** constituent une autre catégorie de structure d'exercice coordonné, régie par les articles L. 6323-1 et suivants du Code de la santé publique. À la différence des cabinets libéraux ou des maisons de santé pluriprofessionnelles, ils peuvent être gérés par des organismes à but non lucratif, en particulier des associations, des mutuelles et des caisses d'assurance maladie, des collectivités territoriales (départements, communes ou groupements de communes), des établissements publics de santé ou des gestionnaires d'établissements privés de santé. Ils emploient directement les professionnels de santé qui y exercent sous statut salarié et sont tenus

[1] *D'autres structures d'exercice coordonné existent, comme les équipes de soins primaires. Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires sont quant à elles une forme juridique dans laquelle peut prendre corps une structure d'exercice coordonné, par exemple une maison de santé.*

[2] *Étude Ifop pour l'association AVECsanté,* Parcours de soins : les Français ne veulent plus d'un parcours du combattant*, février 2026.*

d'élaborer un projet de santé soumis à l'agrément de l'ARS. Ce modèle organisationnel vise à garantir l'accessibilité financière des soins, notamment par la pratique du tiers payant et l'absence de dépassements d'honoraires dans la plupart des structures.

Au-delà de leur mission de soins de premier recours, les centres de santé occupent une place croissante dans les politiques de prévention. Le législateur leur reconnaît explicitement la possibilité de développer des actions de santé publique, d'éducation à la santé et de prévention, en cohérence avec les priorités définies par les ARS. Leur organisation pluridisciplinaire favorise le repérage précoce des facteurs de risque et la mise en œuvre d'interventions coordonnées auprès des populations les plus exposées aux inégalités sociales et territoriales de santé. Les centres de santé apparaissent ainsi comme des acteurs privilégiés du déploiement de campagnes de dépistage, de vaccination ou de promotion des comportements favorables à la santé.

L'intérêt des centres de santé en matière de prévention réside également dans leur capacité à articuler prise en charge médicale, accompagnement social et actions collectives. En regroupant différentes professions de santé au sein d'une même structure et en assurant un suivi régulier des patients, ils permettent d'inscrire les démarches préventives dans la durée. Cette approche est particulièrement pertinente face à la progression des maladies chroniques, dont la maîtrise repose largement sur la prévention primaire et secondaire. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et les tensions croissantes sur l'offre de soins, les centres de santé constituent ainsi un levier important pour renforcer une politique de santé davantage orientée vers l'anticipation des risques et le maintien du capital santé de la population. Plus de 2 500 centres de santé sont aujourd'hui dénombrés, dont 582 centres pluriprofessionnels.

• Enfin, créées en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé[1], les **communautés professionnelles territoriales de santé** (CPTS) constituent une structure de coopération plus large, car elles visent **à articuler l'action des professionnels de santé dans un territoire**. Conçues comme un outil souple de coordination des soins ambulatoires[2], les CPTS ne sont pas par elles-mêmes des effecteurs de soin. Elles sont composées *a minima* **de professionnels de santé éventuellement regroupés en équipes de soins**

[1] *Article 65 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.*
[2] *Article L. 1434-12 du code de la santé publique.*

primaires[1], d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours[2], d'acteurs médico-sociaux et sociaux, dont des professionnels de la santé scolaire et des services de prévention et de santé au travail. Chaque CPTS **définit un projet de santé qui concourt à la réalisation des objectifs du PRS et qui doit être transmis à l'ARS**. Le projet de santé précise le territoire d'action de la CPTS. Il est réputé valide sauf si le directeur général de l'ARS s'y oppose dans un délai de deux mois suivant sa transmission[3].

En vertu de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS signé le 20 juin 2019, les CPTS peuvent bénéficier d'un **accompagnement et d'un financement de l'assurance maladie.** Les CPTS peuvent exercer les six missions listées ci-dessous, les quatre premières ayant un caractère obligatoire[4] :

- l'amélioration de l'accès aux soins comprenant l'accès à un médecin traitant, la prise en charge de soins non programmés et le développement de la télésanté ;

- l'organisation des parcours de soins entre plusieurs professionnels de santé ;

- le développement d'actions territoriales de prévention ;

- la participation à la réponse aux crises sanitaires graves ;

- le développement de la qualité et de la pertinence des soins ;

- l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire.

Parmi les actions de prévention menées par les CPTS, figurent le développement de **dispositifs « *d'aller vers* »** tels que le médicobus et les services d'accès aux soins, ainsi que des actions de dépistage telles que l'expérimentation Icope évoquée *supra*.

---

[1] *L'équipe de soins primaires est définie à l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique comme une équipe de professionnels de santé constituée autour de médecins généralistes de premier recours, regroupés au sein d'un centre de santé ou d'une maison de santé, et qui assurent des activités de soin de premier recours déclinées au sein d'un projet de santé ayant pour objet une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.*

[2] *Les soins de premier recours comprennent la prévention, le dépistage, le diagnostic et le suivi des patients, la dispensation et l'administration de médicaments ainsi que le conseil pharmaceutique, l'orientation dans le système de soins et médico-social ainsi que l'éducation pour la santé. Ils sont définis à l'article L. 1411-11 du code de la santé publique. Les soins de deuxième recours, codifiés à l'article L. 1411-12 du code de la santé publique, s'entendent des soins qui ne sont pas couverts par l'offre de premier recours.*

[3] *Une telle opposition doit nécessairement se fonder sur l'absence de respect des objectifs du projet régional de santé ou sur la délimitation du territoire d'action de la CPTS.*

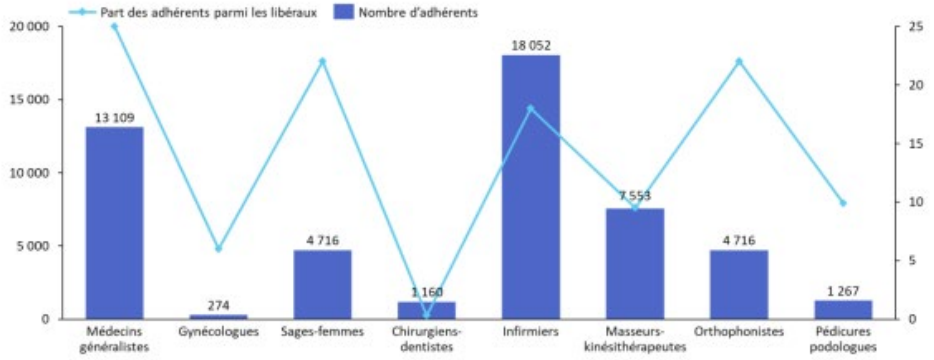
[4] *Article 5 de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS de 2019.*

Cette formule de coopération, soutenue par les pouvoirs publics, a très fortement progressé ces dernières années, passant d'une vingtaine en 2018 à plus de 800 en mai 2025. 90 % de la population est actuellement couverte par une CPTS, l'objectif étant de parvenir à une couverture intégrale d'ici à fin 2026.

L'action des CPTS en matière d'accès aux soins, d'organisation des parcours et de prévention est globalement saluée par les acteurs. Toutefois, les sénateurs Corinne Imbert et Bernard Jomier, dans un rapport récent consacré aux CPTS pour la Mecss du Sénat[1], soulignent les résultats inégaux de ces structures sur le terrain, « *jugées trop administrées et peu lisibles* », que les professionnels de santé auraient du mal à s'approprier. Les rapporteurs de cette mission ont également regretté l'absence d'outil de pilotage et d'analyse de la dépense relative aux CPTS, compte tenu des financements qui leur sont dédiés et de la **grande liberté dont elles jouissent dans l'utilisation des fonds qui leurs sont octroyés**. À cet égard, ils ont notamment constaté que les dépenses réelles de fonctionnement des CPTS étaient « *quasi systématiquement supérieures aux enveloppes allouées dans le cadre de l'*[accord conventionnel] », **et que les enveloppes de missions relatives à la prévention** et à l'accompagnement des professionnels pouvaient **être sous-dimensionnées, mettant à mal la réalisation d'actions d'aller vers**[2].

Enfin, **la répartition des professionnels libéraux adhérant aux CPTS est inégale selon les professions**, ce qui ne favorise pas l'homogénéité de l'offre de soins, ni *a fortiori* celle des actions de prévention, sur le territoire.

Nombre et proportion des professionnels libéraux adhérant aux CPTS, par profession



***Source** : Mecss du Sénat, d'après les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie*

[1] *Rapport n° 32 (2025-2026) de Mme Corinne Imbert et de M. Bernard Jomier, fait au nom de mission d'évaluation des comptes de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales, 15 octobre 2025, p. 38.*
[2] *Ces données proviennent des Résultats de la Grande Enquête des CPTS, publiés en mars 2025 par la Fédération des communautés professionnelles territoriales de santé (FCPTS), et sont issues des données des 165 CPTS ayant répondu à l'enquête. Elles ont été reprises dans le Rapport n° 32 (2025-2026) de Mme Corinne Imbert et de M. Bernard Jomier, fait au nom de mission d'évaluation des comptes de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales, 15 octobre 2025, p. 32.*

• Enfin, dans le cadre de la LFSS pour 2026, le Gouvernement a soutenu la création de Maisons « France Santé ».

S'inspirant du réseau de maisons France Services[1], le Gouvernement a en effet inauguré dès le mois d'octobre 2025, sans même attendre l'adoption de la LFSS, la création d'un **réseau de Maisons France Santé,** financé par l'État et l'assurance maladie. Les structures labellisées sont censées garantir à chaque Français la possibilité de bénéficier d'une **solution de santé en moins de 30 minutes et d'un rendez-vous médical sous 48 heures**. Une première structure dans la Sarthe a été labellisée en octobre 2025. Le Gouvernement se fixe pour objectif d'atteindre 2 000 structures labellisées mi-2026. Le financement de cette labellisation est provisionné à hauteur de **130 millions d'euros en 2026**[2].

Le réseau a vocation à regrouper des structures de soins déjà existantes, c'est-à-dire des MSP, des centres de santé, des cabinets médicaux, des établissements de santé assurant des soins primaires, dont des hôpitaux de proximité, ou toute structure garantissant un accès aux soins de proximité, telle que les officines équipées de télécabines ou les médico-bus. Les structures peuvent bénéficier du label France Santé si elles répondent aux conditions suivantes : assurer des **consultations sans dépassements d'honoraires** et proposer des **rendez-vous dans les 48 heures** si l'état du patient le nécessite ; être ouvertes au moins cinq jours par semaine ; garantir la présence d'un infirmier en leur sein ou à proximité. Elles doivent également participer au service d'accès aux soins (SAS), soit le service d'orientation au sein du parcours de soins accessible appelant le 15 et qui donne accès à distance aux personnes dont le médecin traitant n'est pas disponible à un professionnel de santé qui pourra lui dispenser un conseil médical ou l'orienter vers une consultation non programmée.

La commission des affaires sociales du Sénat s'était **opposée à la labellisation des Maisons France Santé** dans le cadre de l'examen du PLFSS pour 2026, considérant que cette labellisation relevait davantage de l'affichage politique que d'une préoccupation sincère pour le développement de l'accès aux soins, et qu'elle ne contribuerait pas à un meilleur maillage de l'offre de soins dans les territoires. D'ailleurs, alors même que le Gouvernement décidait d'allouer 130 millions d'euros au projet de réseau Maisons France Santé, il rechignait à s'engager sur les conditions de poursuite de l'expérimentation des SECPa (*cf. infra*), à laquelle 14 millions d'euros étaient dédiés en 2025.

[1] *Ce réseau, qui compte plus de 2 750 maisons et 150 bus mobiles, vise à garantir à chaque Français un service public de proximité en moins de vingt minutes.*

[2] *Ministère de la santé,* Rubrique Réseau France santé : proximité de l'accès aux soins.

Les structures d'exercice coordonné participatives (SECPa)

L'expérimentation des SECPa, menée dans le cadre défini par l'article 51 de la LFSS pour 2018, a été initiée en 2021. Elle visait à doter **des centres et maisons de santé dits « participatifs »** d'un financement pérenne et soutenable pour soutenir leur développement. **Six structures ont intégré la première phase d'expérimentation en 2021[1], puis vingt autres en 2022**.

Les centres et maisons de santé pluriprofessionnels dits participatifs doivent délivrer des **soins de premier recours** et, à titre optionnel, de second recours, assurés de façon prépondérante par des **médecins généralistes pratiquant le tiers payant et les tarifs opposables**, ayant facturé au moins un acte de médecine générale à 1 000 patients au moins au cours de l'année précédente.

Afin d'assurer en priorité l'implantation des SECPa auprès des populations les plus vulnérables, les structures sélectionnées dans le cadre de l'expérimentation étaient prioritairement localisées au sein ou à proximité de **quartiers prioritaires de la politique de ville (QPV)**, ou dans des communes recensant **un taux de pauvreté élevé**. Les SECPa doivent mettre en œuvre une activité sociale, médico-sociale ou administrative exercée par des personnels d'accueil ou des travailleurs sociaux et des médiateurs en santé, ainsi qu'une activité de soutien psychologique réalisée par un psychologue. Le développement de leur activité s'appuie sur des démarches d'aller vers ainsi que sur la mise en réseau d'acteurs dans les territoires.

Toutefois, au début de l'année 2026, **le ministère de la santé a suscité l'inquiétude des acteurs de terrain quant à la pérennité de cette expérimentation** et des structures financées, en raison d'un **refus d'engagement sur les financements à dédier à sa poursuite**. Un arrêté du 18 avril 2025 avait en effet ouvert une période transitoire d'une durée de 12 mois, jusqu'au 30 avril 2026, au terme de laquelle un cadre et un modèle de financement pérennes devaient être définis en vue de la généralisation de l'expérimentation. En séance publique au Sénat, la ministre de la santé a d'abord confirmé le 14 avril que le financement des 26 structures en exercice serait sécurisé pour l'année 2026, avant d'indiquer qu'« *Au-delà de 2026, la pérennisation [des SECPa] devra passer par une mesure législative fixant un cadre juridique et financier à long terme* ». Les prochains mois devraient donc permettre de définir un modèle de financement pérenne pour soutenir l'activité de ces structures qui œuvrent à l'accès aux soins auprès des publics les plus précaires et vulnérables, en s'appuyant sur un bilan concret de l'expérimentation conduite.

• En contribuant à l'accès aux soins dans les territoires, l'exercice coordonné permet de construire des **parcours de prévention et de soins coordonnés et pluridisciplinaires**. Dans ce cadre, la pleine implication du patient doit être recherchée et valorisée, en particulier en s'appuyant sur le recours à l'éducation thérapeutique, modèle d'intervention largement éprouvé et dont les bénéfices sont documentés par de nombreuses études.

[1] *Arrêté du 9 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « structures d'exercice coordonné participatives ».*

L'éducation thérapeutique vise à « *rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie* »[1]. Il s'agit d'« *aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* »[2]. **Partant du principe que le patient ne passe que quelques heures par an dans un environnement médical, l'éducation thérapeutique revêt un intérêt majeur en autonomisant les patients souffrant de maladies chroniques** telles que le diabète, l'asthme[3], la BPCO, l'hypertension artérielle ou l'insuffisance cardiaque, dont la prise en charge suppose un changement des habitudes de vie. À cet égard, en 2023, l'OMS a publié un nouveau guide à l'intention des décideurs, des professionnels de santé et des organismes d'enseignement et de formation pour soutenir un déploiement plus large de l'éducation thérapeutique dans les stratégies de prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques non transmissibles. L'OMS préconise notamment de rendre obligatoire la formation à l'éducation thérapeutique du patient pour les professionnels de santé, y compris dans les programmes des premières années de formation du personnel infirmier et des médecins.

En France, si l'éducation thérapeutique bénéficie d'une reconnaissance législative et est bien intégrée dans la prise en charge de certaines pathologies, en particulier le diabète ou l'asthme, son développement se heurte encore à plusieurs obstacles, dont son caractère très hospitalo-centré et ses modalités de financement, éclatées et non pérennes.

Compte tenu de la forte progression de la prévalence de ces pathologies, les rapporteurs soulignent la nécessité d'encourager le recours à l'éducation thérapeutique en particulier en ambulatoire. Les structures d'exercice coordonné, du fait de la diversité des compétences qu'elles regroupent, constituent un espace privilégié pour développer cette thérapeutique. Plus largement, **elles appellent à une meilleure articulation des parcours de prévention territorialisés avec des parcours de soins ambulatoires**.

Recommandation n° 25 : Favoriser le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans les structures d'exercice coordonné, et accompagner les professionnels de santé à l'ETP par la formation.

[1] *Article L. 1161-1 du code de la santé publique.*
[2] *HAS,* Éducation thérapeutique du patient, Recommandations, *juin 2007.*
[3] *L'asthme d'origine allergique, qui concerne 4 millions de Français, est en augmentation sous l'effet du réchauffement climatique et de la pollution, deux phénomènes qui favorisent la production de pollen.*

TRAVAUX EN COMMISSION

I. AUDITIONS

M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie

(12 mars 2025)

M. Philippe Mouiller, président. – Nous avons lancé une mission d'information sur la prévention. L'objectif est de dresser un état des lieux de ses acteurs, la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) étant le principal d'entre eux. Nous savons que ce secteur regroupe un très grand nombre d'intervenants, notamment les organismes complémentaires d'assurance maladie et les collectivités territoriales. D'importantes questions se posent : celle des moyens, mais aussi celle de la stratégie et de la coordination de cette stratégie.

Il nous semblait important de vous écouter en commission plénière, Monsieur Fatôme, en tant que directeur général de la Cnam, sur votre action, mais également sur la coordination des actions mises en œuvre et sur la façon d'accentuer le virage de la prévention.

Les rapporteures de notre mission d'information sont Marie-Do Aeschlimann, Marion Canalès et Nadia Sollogoub.

M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie. – Merci de me donner l'occasion de parler de ce sujet majeur qu'est la prévention. Je suis venu avec plusieurs exemplaires d'un document que nous avons publié à l'automne dernier, qui est notre plaidoyer sur la prévention et qui explique nos actions. Je suis accompagné du Dr Catherine Grenier, directrice des assurés, en charge des politiques de prévention.

La prévention est un axe essentiel de l'action de l'assurance maladie. Depuis la convention d'objectifs et de gestion (COG) qui nous unit à l'État et qui fixe nos priorités, elle fait partie des six objectifs stratégiques de l'assurance maladie, ce qui n'était pas le cas auparavant.

Je commencerai par une présentation de l'état de santé des Français. J'expliquerai ensuite pourquoi l'assurance maladie est un opérateur important de la prévention, dans le cadre d'une politique de santé publique définie par l'État, même si nous sommes force de proposition. J'illustrerai nos priorités. Enfin, j'esquisserai des pistes de réflexion.

Aujourd'hui en France, l'espérance de vie continue à augmenter, même si le rythme de cette progression ralentit. Nous nous situons à un niveau nettement plus élevé que la moyenne des pays européens. Cette espérance de vie progresse aussi sans incapacité à 65 ans.

Pour construire une politique de prévention, il faut se demander quels sont les problèmes auxquels nous faisons face. Nous avons tout de même un système de santé performant, avec un accès aux soins relativement facile, mais aussi des habitudes de vie qui expliquent les performances françaises. Toutefois, la situation française est marquée par de fortes inégalités en santé sur les territoires, notamment au regard de certains facteurs de risque tels que l'alcool, le tabac et l'alimentation.

Notre pays a des niveaux de tabagisme élevés, voire très élevés, au-delà de la moyenne des pays européens. La diminution de la prévalence du tabagisme en France a été stoppée par le covid. Depuis, on enregistre une nette progression du taux de tabagisme des femmes, même s'il reste inférieur à celui des hommes. Malgré l'ampleur des politiques menées, nous restons à 25 % de tabagisme quotidien, contre 15 % en Allemagne. Le tabac est un *serial killer* qui entraîne plus de 60 000 décès par an.

La comparaison est un peu moins défavorable à la France en matière d'alcool, dont la consommation diminue régulièrement. Nous restons néanmoins dans le premier tiers des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). C'est aussi un enjeu de santé publique. La consommation d'alcool entraîne des pathologies, sans parler de son coût social qui est majeur.

La nutrition est considérée par les scientifiques comme l'un des tout premiers facteurs de risque en termes de perte d'années de vie en bonne santé. Pas moins de 50 % de la population adulte est en surpoids, avec 17 % des adultes et 5 % des enfants qui sont obèses. Nous sommes plutôt meilleurs que nos voisins européens mais la prévalence de l'obésité et du surpoids progresse. Le surpoids pose des problèmes de maladies cardiovasculaires et de diabète, notamment.

Ces facteurs de risque ont des conséquences sur la mortalité : 160 000 décès par an sont dus au cancer en France ; 20 millions d'assurés ont un risque cardiovasculaire augmenté ; d'autres souffrent d'hypertension artérielle ou de diabète.

Sur ces différents indicateurs, les gradients sociaux sont importants. On connaît les différences d'espérance de vie selon les catégories socioprofessionnelles. Il y a aussi des différences marquées en termes d'inégalités dans la prévention et la promotion de la santé.

Des travaux récents de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) tentent de quantifier notre effort de prévention. On dit souvent qu'il est insuffisant. Les derniers travaux de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et de l'Irdes

consolident tout de même des dépenses de prévention institutionnelles et non institutionnelles autour de 16 milliards d'euros, ce qui n'est pas complètement négligeable.

Nous sommes à la disposition des pouvoirs publics pour mettre tous nos moyens au service de la prévention. Nous avons la chance de pouvoir entrer en contact avec les assurés par des canaux extrêmement diversifiés. Quelque 45 millions de personnes ont un compte Ameli (assurance maladie en ligne) et 18 millions de personnes, soit plus d'un quart des assurés, ont ouvert leur compte « Mon espace santé ». Nous savons leur adresser des messages individuels. Nous menons des campagnes d'information et de communication sur le bon usage du système de santé et participerons à la campagne sur la santé mentale dans les prochaines semaines. Nous avons repris en 2024 les invitations au dépistage organisé des cancers.

Notre action auprès des assurés est protéiforme : de la campagne nationale au dernier kilomètre, du mail au SMS, en passant par les appels téléphoniques. Nous avons la chance de compter 100 caisses primaires d'assurance maladie implantées sur le territoire et 80 centres d'examen de santé. Avec les collectivités territoriales, les agences régionales de santé (ARS), les associations, les professionnels de santé, nous avons donc la capacité de déployer des programmes de prévention au niveau local.

Nous négocions, dans un cadre conventionnel, avec les professionnels de santé. C'est l'occasion de défendre la prévention. Je vous en donne deux exemples.

Le premier : avec les médecins, nous avons transformé en profondeur le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), qui, à partir de 2026, seront remplacés par un forfait médecin traitant individualisé sur des items de prévention. Le médecin saura si son patient âgé est vacciné ou non contre la grippe, et il sera rémunéré si ce patient l'est. C'est une simplification majeure.

Le deuxième : nous menons des discussions avec les sage-femmes, acteurs majeurs de prévention autour de la santé de la femme et du nourrisson. Nous avons décidé de mettre en place un forfait de santé publique qui accompagnera leurs efforts de prévention. Nous savons que les taux de vaccination des femmes enceintes contre la grippe restent, en France, extrêmement bas.

Avec le ministère de la santé, nous mettons en place des innovations au service de la prévention, notamment des expérimentations relevant de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018, dans les domaines des addictions, de l'activité physique adaptée, de l'obésité, entre autres. Parce que ce sont des expérimentations portées par des professionnels de santé, l'assurance maladie les accompagne.

Nous avons essayé, à compter de la signature de la COG et de 2023, d'articuler un certain nombre de priorités. Nous les avons définies en quatre axes : les taux de dépistage organisé des cancers ; la couverture vaccinale de la population ; la santé de l'enfant ; le déploiement des bilans de prévention aux âges clés de la vie, défendu par le ministère de la santé et dont l'assurance maladie est un opérateur majeur. J'ajoute que nous avons construit une feuille de route au début de cette année autour des maladies cardiovasculaires. Nous élargissons la focale du programme Sophia pour prévenir et accompagner les patients à risque cardiovasculaire.

Nous avons repris toute la mécanique d'invitation aux dépistages organisés des cancers, qui était auparavant gérée par les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC). Nous avons ajouté une action d'« aller vers » puisque nous avons mis en place sept plateaux d'appels sortants, comme lors du covid. Nous avons embauché plus de 120 personnes pour émettre plus de 3 millions d'appels dont 700 000 aboutis en 2024, engendrant 256 000 rendez-vous et des kits récupérés en pharmacie. L'« aller vers » se consolide. Ainsi, nous investissons pour l'avenir.

Nous participons aux campagnes de vaccination contre la grippe et à celle contre les infections à HPV, avec l'Éducation nationale. Nous devons aller plus loin, même si, sur la vaccination contre la grippe, nous sommes un peu au-delà de la moyenne européenne, avec un peu plus de 50 % de la population cible vaccinée contre 20 % à 25 % en Allemagne.

La prévention chez les enfants est majeure. Nous avons signé avec les dentistes un nouveau programme très ambitieux, Génération sans carie. Tous les ans, un bilan de prévention sera réalisé chez les 3-24 ans, qui sera bien rémunéré pour les pharmaciens et entièrement financé par l'AMO et l'AMC : c'est le 100 % prévention, comme il y a le 100 % santé, en tiers payant intégral. Il démarrera progressivement à partir du 1er avril. Si nous parvenons à atteindre nos objectifs, ces bilans de prévention dentaire seront la clé de l'amélioration de la santé dentaire de nos assurés. Moins de caries quand on est jeune, c'est moins de prothèses ensuite, donc une meilleure santé et, accessoirement, des dépenses réduites. Nous appliquons aussi une logique d'« aller vers » en nous rendant dans les classes des quartiers défavorisés, où les enjeux sont prioritaires.

Nous développons également le programme Mission : retrouve ton cap, issu d'une expérimentation relevant de l'article 51. Près de 500 structures sont référencées, principalement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), qui proposent une prise en charge intégrée aux enfants ou adolescents à risque ou déjà entrés dans l'obésité. Cela démarre trop doucement, avec près de 4 000 forfaits remboursés. On peut aller plus loin.

Enfin, nous mettons en place des programmes de détection renforcée des troubles du langage, de la vision et du rachis, avec les orthophonistes et les kinésithérapeutes à l'école, en collaboration avec l'Éducation nationale.

J'en viens à la feuille de route sur les maladies cardiovasculaires. Nous avons la certitude que c'est un enjeu crucial dont il faut améliorer le dépistage. On découvre trop souvent une phase avancée de la maladie chez des patients diabétiques. Cela engendre des hospitalisations trop fréquentes et mal préparées. Nous avons formulé des propositions pour mieux sensibiliser les professionnels de santé à la nécessité de dépister le diabète. Nous avons également déployé depuis deux ans un programme sur l'insuffisance cardiaque.

Quelles sont nos perspectives ? L'assurance maladie souhaite aller plus loin sur des sujets sur lesquels nous sommes historiquement peu présents : l'environnement et l'alimentation. Nous sommes d'ardents défenseurs du Nutriscore, outil extrêmement intéressant pour accompagner les assurés. C'est un point sur lequel nous voulons davantage investir pour accompagner la prévention de l'obésité.

Quelque 18 millions d'assurés ont un espace santé numérique. Nous devons davantage utiliser cet outil en faveur de la prévention. Nous devons adresser des messages de prévention, en fonction de l'âge et du sexe. C'est un enjeu d'accompagnement et d'autonomisation.

Nous devons aussi aller plus loin dans les partenariats avec les complémentaires santé et les entreprises. Historiquement, nous faisons d'abord de la communication individuelle auprès des assurés, ou *via* les professionnels de santé. Nous pourrions davantage investir le champ de l'entreprise, pour qu'elle soit un lieu de prévention, à l'occasion de bilans ou par la diffusion de messages.

La santé mentale reste un enjeu majeur, à la frontière entre la prévention et le curatif. Nous avons construit le programme Mon soutien psy, qui progresse fortement, avec plus de 5 200 psychologues conventionnés contre 2 500 début 2024.

M. Philippe Mouiller, président. – Merci pour cette présentation. Le nombre d'actions est important.

Mme Marie-Do Aeschlimann, rapporteure. – Merci, monsieur le directeur général, pour la présentation de la feuille de route de la Cnam sur le champ de la prévention, sujet prioritaire pour notre commission des affaires sociales.

Si le Gouvernement a renoncé à l'augmentation, un premier temps envisagée, du ticket modérateur sur les actes médicaux et sur les médicaments, il semble que le principe de la prise en charge par les complémentaires santé d'un montant approchant le milliard d'euros, aujourd'hui assumé par l'assurance maladie, soit, lui, toujours d'actualité. Reste à déterminer sur quel champ. Les organismes complémentaires disent leur volonté d'être mieux impliqués et associés dans la mise en œuvre des politiques de prévention. Vous semble-t-il envisageable de leur conférer des responsabilités plus importantes en la matière ou estimez-vous au contraire

qu'associer ces acteurs pourrait constituer un frein au déploiement des actions de prévention, soit en créant de la confusion, soit en érigeant une barrière financière à la prévention ?

Au-delà de la COG, qui articule la stratégie de l'État avec celle de l'assurance maladie, jugeriez-vous pertinent d'ouvrir un dialogue avec les organismes complémentaires sur les programmes et les actions de prévention qu'ils développent auprès de leurs adhérents ? Dans le cadre des premières auditions que nous avons menées, nous avons noté, avec mes collègues rapporteures, qu'elles étaient très fières, très attentives et très soucieuses de ces programmes de prévention. Quelle forme ce dialogue pourrait-il prendre ? Plus largement, jugeriez-vous utile d'installer une instance de coordination des acteurs de la prévention au niveau national, qui intégrerait notamment les organismes complémentaires ? J'ai noté que vous inscriviez cette relation particulière avec les organismes complémentaires dans le cadre de l'entreprise. Or, les retraités peuvent avoir des difficultés à financer leur cotisation complémentaire. Il faut aussi être attentif à ce type de patients.

Mme Marion Canalès, rapporteure. – La COG prévoit de renforcer les actions de prévention sur la maternité et la petite enfance. La mortalité infantile est en forte augmentation. Un rapport du Sénat sur la santé périnatale a été publié. Quelles relations vos services départementaux entretiennent-ils avec les services de PMI et avec la médecine scolaire ?

La COG prévoit aussi une réflexion sur les actes de prévention individuelle financés par le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) afin d'envisager un transfert de financement du ticket modérateur. Où en êtes-vous de cette réflexion ?

Lors de nos auditions, nous avons entendu parler du Domiscore qui permet d'évaluer l'impact de l'habitat sur la santé.

Hors prévention, j'ai une question sur le cannabis thérapeutique, qui a connu des avancées. Le CHU de Clermont-Ferrand est concerné. L'expérimentation a été prolongée de six mois, alors qu'elle devait s'arrêter le 31 décembre 2024, avec une vraie problématique d'arrêt des prescriptions. Il y a un vrai sujet. Quelque 1 600 patients concernés par cette expérimentation sont en impasse thérapeutique. Quel est le positionnement de l'assurance maladie ?

Mme Nadia Sollogoub, rapporteure. – Vous soulignez à raison que les efforts d'aujourd'hui sont les économies de demain. Une remarque sur votre constat de ce que l'espérance de vie continue d'augmenter en France : peut-être faut-il regarder ce qu'il en est de l'espérance de vie en bonne santé.

Vous avez chiffré les dépenses de prévention à 16 milliards d'euros. Comment établissez-vous ce chiffre, précisément ? Nos premières auditions montrent les difficultés de calcul, dans la nomenclature actuelle : on ne distingue pas bien, dans la consultation d'un professionnel de santé, ce qui

relève de la prévention. Pensez-vous possible de faire évoluer la nomenclature et la valorisation des actes de prévention ?

Les complémentaires santé ont déploré le manque d'accès à des données qui leur permettent de cibler leur action de prévention personnalisée. Sans possibilité de ciblage, les actions de prévention qu'elles déploient peuvent être mal calibrées : des programmes de dépistage sont ainsi proposés à des assurés déjà malades, ce qui décrédibilise les actions conduites : avez-vous engagé une réflexion pour que les complémentaires santé accèdent mieux aux données, de manière à avoir une action plus ciblée et plus efficace ?

La prévention s'inscrit dans le temps long, un peu comme l'action en matière d'environnement. Or, vous évoquez surtout des campagnes de prévention pour l'immédiat ; avez-vous des programmations pluriannuelles sur des actions de prévention ?

Vous avez pris l'exemple du dépistage bucco-dentaire auprès des enfants. Or, le retour d'expérience des précédentes actions en la matière montre qu'elles ont surtout touché les enfants qui en avaient le moins besoin, ceux des familles de CSP+, qui accèdent déjà à des dentistes. Envisagez-vous en changer de méthode ?

Enfin, comment évaluer la prévention, les incitations à consulter des professionnels de santé, quand ils font défaut sur les territoires ?

M. Thomas Fatôme. – Le milliard d'euros de hausse est un sujet sensible. Le Gouvernement a bien pris en compte que l'augmentation des tarifs des complémentaires santé en 2025, intégrait une augmentation des dépenses en nature qui n'a pas eu lieu. Je ne pense pas que cela devrait modérer notre capacité à travailler avec les organismes complémentaires et je suis tout à fait déterminé à voir comment nous pouvons renforcer notre coordination. Les sujets autour des relations avec les professionnels de santé sont pris en compte. L'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam) est partie prenante de l'ensemble de ces négociations et a signé l'ensemble des conventions y afférentes ces deux dernières années. Le meilleur exemple, c'est ce que nous travaillons avec les dentistes autour du programme Génération sans carie, qui a été entièrement construit avec les professionnels et les complémentaires santé. En réalité, les discussions que nous avons se déroulent à trois, si je puis dire, avec les professionnels et les complémentaires – nous l'avons fait pour le 100 % santé, qui permet d'améliorer l'accès financier aux soins dentaires, à l'audioprothèse et aux lunettes, nous pouvons essayer de le reproduire en matière de prévention, vers un « 100 % prévention », avec une coalition des financeurs plutôt qu'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie.

Ce que j'ai dit sur la prévention dans le cadre salarial n'épuise pas le sujet de la prévention, le cadre de négociation est évidemment plus large que celui de l'interface avec l'entreprise – les contrats collectifs en entreprises

sont un vecteur utile, mais le sujet est bien plus large, c'est évident quand on parle des retraités.

Faut-il institutionnaliser davantage les relations entre les parties prenantes de la prévention ? J'y suis favorable.

Enfin, nous avons effectivement procédé à des simplifications des circuits de financement ; le ticket modérateur pour la vaccination contre la grippe, par exemple, est désormais remboursé directement, au titre du risque, plutôt que par le fonds dédié, c'est plus simple en gestion.

Mme Catherine Grenier, directrice des assurés à la Caisse nationale d'assurance maladie, en charge des politiques de prévention. – La situation française n'est pas satisfaisante sur la mortalité infantile, nous y sommes extrêmement sensibles. L'analyse scientifique montre que plusieurs facteurs sont à l'origine de l'augmentation de la mortalité infantile, surtout liée à la mortalité néonatale, c'est-à-dire dans le premier mois après l'accouchement. Il y a l'augmentation de l'âge de la mère à la première grossesse, mais aussi des causes sociales, la précarité et des difficultés d'accès aux droits. Les facteurs de risque sont particulièrement importants chez les femmes jeunes, à la fois les risques liés à la nutrition, à l'alcool et au tabac.

M. Thomas Fatôme. – Le ministre pourra vous répondre plus amplement sur le cannabis thérapeutique, nous ne sommes pas décisionnaires en la matière.

L'espérance de vie en bonne santé à 65 ans continue de progresser, les travaux de la Drees l'ont confirmé cette année – mais il y a des différences entre les catégories socioprofessionnelles, entre les hommes et les femmes, c'est un sujet.

Il est très difficile de cerner les dépenses de santé en matière de prévention, parce qu'il faut prendre en compte les dépenses indirectes. Les médecins, par exemple, disent qu'une partie de leur activité ordinaire fait partie intégrante de la prévention. L'estimation de 16 milliards d'euros vient de la Drees, elle est certainement perfectible mais elle a gagné en précision, avec des tableaux détaillés qui sont utiles.

Je ne voudrais pas que mon propos liminaire donne le sentiment que nos actions de prévention seraient de court terme. Nous avons des actions qui s'inscrivent dans le temps long et qui se perfectionnent avec le temps, c'est le cas par exemple du dépistage des cancers, où nous faisons des progrès. Voyez le dépistage du cancer colorectal ; après avoir constaté que les canaux de distribution des kits étaient trop restreints, nous avons proposé au ministère que les pharmaciens puissent en délivrer, c'est le cas depuis 18 mois et c'est un succès – on peut imaginer aller plus loin, avec une délivrance élargie aux infirmiers, par exemple. Ces actions sont structurelles, elles se répètent mais elles s'enrichissent par les retours d'expérience.

Je vous rejoins sur l'utilité de travailler avec les complémentaires santé, il faut amplifier la mobilisation partagée, nos thématiques sont proches, voire communes, nous sommes mobilisés pareillement sur les facteurs de risque autour du tabac et de l'alimentation, nous pouvons mieux partager nos connaissances. Cependant, en l'état du droit, nous ne pouvons pas donner accès aux complémentaires santé à des données détaillées qui vont être traçantes, notamment en matière d'affections de longue durée (ALD) et de pathologie. Mais ce n'est pas un prétexte pour ne pas travailler ensemble, cet obstacle juridique n'est pas dirimant et nous pouvons avancer ensemble. Dans l'entreprise, par exemple, les complémentaires santé peuvent proposer des services, des informations, un bilan de prévention – sans avoir besoin d'accéder à des données de santé individuelles. On peut faire beaucoup de choses sans partager les données de santé.

Mme Catherine Grenier. – Entre 2007 et 2019, le recours aux chirurgiens-dentistes pour les populations visées a quadruplé, le nombre de caries par enfant, à 9 ans, est passé de 1,74 à 0,93, c'est ce qui a justifié de renforcer le programme Génération sans carie.

Mme Florence Lassarade. – Nous parlons ce matin de mortalité infantile, d'obésité infantile, de troubles de vision, de troubles du langage, de problèmes dentaires, sans jamais évoquer le spécialiste de l'enfant qu'est le pédiatre : doit-on s'habituer à ce que cette profession soit en voie de disparition ? Vous évoquez les facteurs sociaux de la mortalité infantile, mais ils sont comparables chez nos voisins, cela nous laisse donc à expliquer pourquoi nous sommes passés de la 3e à la 22e place européenne : ne faut-il pas regarder du côté du recul du nombre de pédiatres ? Qu'en pensez-vous ?

On va récompenser les généralistes quand ils vaccinent contre la grippe, mais c'est tout de même normal qu'ils le fassent – je pense que les pédiatres sont les meilleurs vaccinateurs, ils l'ont largement démontré, mais c'est aussi la pédiatre qui parle… Que pensez-vous du vaccin nasal, que nos voisins anglo-saxons font largement chez l'enfant et qui diminue vraiment les épidémies de grippe ?

M. Alain Milon. – Le plan Priorité prévention 2018-2022 avait prévu l'éradication de l'hépatite C pour 2025, nous n'y sommes pas – et l'OMS fixe à 2030 l'objectif d'éradication de l'hépatite C et des virus de l'hépatite en général. La Cnam a-t-elle un programme dédié à ce sujet ?

Ensuite, utilisez-vous l'IA dans vos programmes de prévention ?

Mme Élisabeth Doineau. – On ne perçoit pas la stratégie générale de prévention, parce que la prévention n'est pas incarnée, le nom même de prévention a été retiré du titre du ministère de la santé, je crois qu'il faudrait l'y remettre et dire clairement que la prévention est un levier d'économies pour la branche maladie, à tous les âges. Il faut aussi que la stratégie soit territorialisée : est-ce que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) le permettent, est-ce qu'elles parviennent à

identifier les inégalités territoriales dans la prévention ? Pourrait-on, aussi, faire pour la prévention ce qu'on a fait avec les maisons France services, donc un temps dédié à la prévention, en un lieu bien identifié ? Je l'ai demandé à la préfète de mon département, je crois que c'est utile : qu'en pensez-vous – et avez-vous des actions dans ce sens ?

Mme Laurence Muller-Bronn. – Les généralistes sont encouragés financièrement pour vacciner contre la grippe, est-ce nécessaire ? La prévention ne doit-elle pas également porter sur la réduction de la consommation de médicaments et de traitements chimiques ? Les médecines complémentaires intégratives ont-elles leur place dans la prévention en santé ? Si ce n'est pas le cas, pourquoi et comment progresser sur ce sujet ?

Il a été question de réduire les séances d'acupuncture dans le panier des soins. Pourtant, plusieurs pathologies telles que les troubles musculo-squelettiques, l'ostéoporose ou les lombalgies chroniques peuvent être réduites par la naturopathie ou l'ostéopathie. De même, l'acupuncture offre de bons résultats en matière de prévention des troubles anxieux et dépressifs, ou psychiatriques. N'est-ce pas, à votre avis, une erreur à la fois sanitaire et économique que de négliger ces soins préventifs non invasifs ?

Nous n'avons pas les mêmes chiffres sur le tabagisme en Allemagne. Pour être élue d'un département frontalier, je sais que les cigarettes s'y vendent dans des distributeurs et qu'il n'y a pas d'espaces non-fumeurs chez nos voisins, et j'ai le chiffre d'une prévalence de 34,5 % outre-Rhin, en progression de 9 points depuis le covid : je m'étonne donc du chiffre de 15 % que vous citez, à comparer avec les 25 % chez nous.

Mme Jocelyne Guidez. – Vous avez beaucoup insisté sur l'espace numérique de santé comme outil de prévention : pensez-vous qu'il puisse devenir le seul canal de transmission des résultats dématérialisés de biologie ou d'imagerie médicale, plutôt qu'une plateforme certainement moins sécurisée ?

Le cancer colorectal est l'un des plus fréquents et fatals en France, avec environ 45 000 nouveaux cas et 17 000 décès chaque année. Les campagnes de dépistage visent les personnes âgées de 50 à 74 ans, alors que près de 10 % des cas détectés surviennent avant 50 ans, une proportion en constante augmentation avec les changements de mode de vie et d'alimentation. Un dépistage dès 40-45 ans permettrait probablement d'identifier plus précocement les lésions ou tumeurs à un stade où les traitements sont moins invasifs et les chances de guérison plus élevées : qu'en pensez-vous ?

M. Thomas Fatôme. – Je fais un plaidoyer pour la pédiatrie, qui s'appuie sur des faits bien réels puisque, par exemple, les pédiatres font partie des spécialités cliniques qui ont bénéficié des revalorisations les plus importantes dans le cadre de la nouvelle convention médicale. Les pédiatres sont à des niveaux de rémunération plus bas que les généralistes et très

largement plus bas que la moyenne des autres spécialistes, alors qu'ils sont des acteurs majeurs et incontournables de la santé de l'enfant. Cependant, nous savons qu'il y a seulement quelques milliers de pédiatres et presque 50 000 généralistes – et dans certains territoires, l'offre pédiatrique est extrêmement restreinte. Nous travaillons avec les deux communautés professionnelles de pédiatrie et de médecine générale, dans le cadre de notre système français qui est original en plaçant le pédiatre en premier recours. Les relations entre pédiatres et généralistes sont approfondies et certains actes pédiatriques ont été revalorisés de façon importante dans la convention médicale.

Nous n'avons pas de programme spécifiquement dédié à l'hépatite C. Cependant, l'assurance maladie solvabilise très rapidement les traitements associés, et promeut leur diffusion rapide.

Nous effectuons une veille sur l'IA, nous regardons les offres de technologies et les modalités par lesquelles nous pourrions aider les assurés et les professionnels à y accéder. Nous participons aussi au déploiement d'un module d'IA pour accompagner les médecins généralistes lorsqu'ils font un électrocardiogramme. Cet outil leur donne un complément d'analyse, il est développé avec les généralistes, les cardiologues et la Haute Autorité de santé (HAS) – nous allons le déployer dans un certain nombre de départements. Nous discutons aussi avec des radiologues pour examiner quel peut être l'apport de l'IA dans l'imagerie. Progressivement, un certain nombre d'actes ou de prises en charge vont s'accompagner de modules d'IA et nous allons devoir nous interroger sur l'admission au remboursement et sur la tarification.

Nous comptons beaucoup sur les CPTS, nous travaillons avec elles sur l'accès aux soins et sur la prévention. Nous essayons de les fournir en matériaux, en kits de prévention, nous sommes à l'écoute de leurs priorités. Beaucoup de CPTS s'investissent sur les maladies cardiovasculaires, notamment l'insuffisance cardiaque, nous initions des programmes qui se nourrissent de la structuration de ces communautés professionnelles sur les territoires.

Je vous rejoins sur le rôle possible des maisons France Services. Nous les avions formées au début du lancement de Mon espace santé en 2021. Nous travaillons actuellement à une deuxième étape de mobilisation territoriale avec le réseau de l'assurance maladie, sur l'accompagnement des assurés, l'explication des démarches et du fonctionnement du système de prévention. Nous pourrions tout à fait refaire un tour de mobilisation avec les maisons France Services.

Dans nos deux derniers rapports annuels, nous avons identifié le retour sur investissement d'un certain nombre de programmes de prévention, par exemple le programme « Retrouve ton cap », le programme Tabac Info-Service, la vaccination contre la grippe, ou encore la prise en charge précoce de la maladie rénale chronique. Les bénéfices d'une campagne de

vaccination antigrippale sont de l'ordre de 50 millions d'euros. Agir sur la prise en charge précoce de la maladie chronique et accélérer notamment les greffes, cela permet d'économiser près de 130 millions d'euros sur 5 ans.

Oui, nous incitons et valorisons l'investissement des médecins traitants dans la vaccination contre la grippe, c'est un objectif depuis une quinzaine d'années. Une part de la rémunération des médecins est liée à l'atteinte de résultats en termes de santé publique, de qualité de prise en charge. Nous simplifions le système : à compter de 2026, il y aura un paiement au patient. Si vous êtes une personne âgée, que vous êtes prise en charge par votre médecin traitant et que vous êtes vacciné contre la grippe, votre médecin traitant bénéficie d'un forfait valorisé à 5 euros.

Nous regardons toutes les populations éligibles aux programmes de prévention, de dépistage, de vaccination, de prise en charge. Nous participons aux actions visant le bon usage des médicaments – nous avons de très bons retours sur notre nouvelle campagne de communication. Nous travaillons avec les médecins et les pharmaciens sur la mise en place, à compter de 2026, d'une consultation de dé-prescription qui permettra aux médecins de faire la liste des médicaments à ne pas prescrire. Ils le font déjà, mais nous voulons valoriser cette consultation à hauteur de 60 euros.

Quant à la place des médecines alternatives, nous remboursons ce qui est validé par les autorités scientifiques de notre pays, c'est-à-dire la Haute Autorité de Santé et le ministère de la santé. Ce n'est pas l'assurance maladie qui fixe le panier de soins, ce sont les autorités de santé au vu d'analyses qui justifient la prise en charge. Je n'ai donc pas à me prononcer sur tel ou tel mode de prise en charge.

Il faudra que nous nous rapprochions sur les chiffres du tabac en Allemagne, je vous ai cité ceux de l'OCDE et de l'Union européenne. Le diagnostic est bien établi, je ne crois pas me tromper en disant que la France n'est pas un bon élève en matière de tabagisme.

Je ne sais pas si « Mon espace santé » doit devenir la seule plateforme numérique de santé, mais je crois utile de le systématiser. Est-ce que cela doit interdire les autres ? Je ne sais pas. En tout cas, le nombre de données augmente considérablement et notre solution est sécurisée, nous sommes hébergés en France, supervisés par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), avec des contrôles de l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (Anssi), c'est intéressant.

Mme Catherine Grenier. – Le nombre de cancers du côlon augmente, y compris avant 40 ans, même si la majorité ont lieu entre 50 et 75 ans. Les seuils de dépistage organisé ont été déterminés dans le cadre d'une politique publique, ils résultent d'un risque moyen. Ce mode de dépistage ne doit pas empêcher des démarches individuelles en particulier quand il y a un risque particulier, comme des antécédents familiaux, qui sont un facteur extrêmement important ; il y a d'autres facteurs liés au comportement, qui

doivent pouvoir faire dépister ce cancer en amont. Dans ces cas de risque, le kit de dépistage n'est pas la bonne indication, on doit lui préférer la coloscopie en première indication, c'est un enjeu à surveiller. Il faut donc faire connaître les symptômes à la population et attirer l'attention des professionnels sur ce dépistage nécessaire au moindre symptôme, y compris chez les personnes jeunes. Ce cancer est aussi fréquent chez la femme que chez l'homme, c'est important de le dire parce qu'on croit en général qu'il est surtout masculin.

Mme Anne Souyris. – La prévention reste un parent pauvre, malgré les efforts que vous évoquez. Comment se distribuent, par grandes masses, les 16 milliards d'euros de la prévention ? Ne vont-ils pas surtout aux vaccins ?

Comment, ensuite, la santé environnementale est-elle prise en compte par l'assurance maladie : comment intégrez-vous les risques environnementaux sur certains territoires, liés en particulier aux pollutions industrielles – avez-vous des actions spécifiques pour aller vers les populations sur les questions d'allergies, d'asthme chez l'enfant, de cancer – et donc de prévention ?

À Paris, l'une des causes des allergies et de l'asthme est, en dehors de la voiture, le manque de biodiversité, lié au fait qu'on a planté quelques espèces d'arbres seulement pendant des décennies – avez-vous des travaux sur le sujet ?

Concernant les maladies cardiovasculaires, avez-vous des éléments génériques ? Savons-nous que les femmes n'ont pas forcément les mêmes symptômes ? Avez-vous une focale sur cette question ?

Quels sont, enfin, vos travaux sur le VIH et quelles sont vos campagnes de prévention contre l'alcoolisme ?

M. Olivier Henno. – La prévention du cancer du côlon repose sur la participation des assurés, plutôt que sur l'incitation ou, a fortiori, la contrainte. Certains de nos voisins, comme les Belges, incitent les assurés en donnant un avantage financier aux patients qui font le dépistage : qu'en pensez-vous ?

M. Dominique Théophile. – Les outre-mer présentent des taux supérieurs à la moyenne nationale sur des maladies chroniques, je m'inquiète en particulier du taux de prévalence des cancers du côlon, du sein et de la prostate, ainsi que d'autres maladies liées au chlordécone. La situation est critique, il faut envisager une approche adaptée, qui prenne en compte les facteurs ultramarins liés à l'alimentation, à l'éloignement des centres hospitaliers et au manque de professionnels médicaux. La Cnam met-elle en œuvre des moyens mobiles spécifiques, pour se rapprocher des populations ? Dans la mesure où nous manquons de médecins, n'est-il pas nécessaire de déployer la médecine à distance, la télémédecine, et la télé-échographie ? Nous l'avons testée à partir du CHU de La Guadeloupe, la télé-échographie est utile, nous pouvons mieux prendre en charge

la population sur le plan médical grâce à ces outils. Nous sommes dans une situation très particulière, notre démographie est inquiétante – nous sommes 352 000 habitants en Guadeloupe, nous serions autour de 200 000 dans dix ans…

M. Thomas Fatôme. – Sur la santé et l'environnement, nous nous investissons de manière croissante. Ce domaine est nouveau pour l'assurance maladie. Nous avons participé à des plans santé et environnement, nous voulons nous investir davantage. Nous pourrons vous transmettre une note stratégique sur ce que l'assurance maladie peut faire en matière de santé et environnement, car nous voulons éviter de doublonner les actions de Santé publique France ou de l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses), tout en mettant au service notre capacité à gérer des enjeux de santé et environnement.

Nous allons déployer cette année une action sur les perturbateurs endocriniens. Les délégués de l'assurance maladie vont rencontrer des professionnels de santé, notamment des pédiatres, gynécologues et médecins généralistes, pour faire passer des messages de prévention à destination des patients. Les liens entre santé et environnement sont bien documentés scientifiquement, et nous allons utiliser notre force de communication pour renforcer la prévention.

Sur le VIH, je signale le test sans prescription, pris en charge à 100 %. C'est un outil utile qui est de plus en plus utilisé, je pourrai vous communiquer les chiffres.

Mme Catherine Grenier. – Nous avons regroupé les maladies cardiovasculaires et celles qui sont associées, comme la maladie rénale, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou la maladie d'Alzheimer, pour parler de manière globale de l'ensemble des pathologies qui sont liées au risque cardiovasculaire.

Notre feuille de route pour ces maladies comporte trois axes et elle a une dimension genrée, avec des actions ciblées. Le premier axe est la détection précoce : il faut repérer les symptômes le plus tôt possible, qui peuvent être liés à des facteurs de risque, et intervenir le plus tôt possible pour retarder la complication de la maladie. Le deuxième axe est l'amélioration du suivi, en faisant bénéficier l'ensemble de la population, quand c'est nécessaire, des mécanismes de télésurveillance et en travaillant l'articulation avec l'hospitalisation, les mouvements d'entrée-sortie. Il y a là un enjeu de prise en charge. Troisième axe : la mobilisation de la population, le partenariat avec les patients – il s'agit de faire connaître leur maladie aux patients et de leur montrer ce qu'ils peuvent faire pour leur santé.

Pour les femmes, il y a des enjeux très particuliers, notamment dans la deuxième partie de la vie, à l'âge de la ménopause, où le risque augmente très nettement. Il est nécessaire de communiquer davantage sur ce sujet. Nous avons un certain nombre d'actions, notamment avec des universitaires nationaux, pour promouvoir ce sujet.

M. Thomas Fatôme. – Nous sommes engagés dans la prévention de l'alcoolisme, notamment au travers du Fonds de lutte contre les addictions (FLCA), que nous co-financions et co-pilotons avec le ministère de la santé. Ce fonds finance plus de 120 associations, dont une vingtaine travaillent exclusivement sur l'alcool. Cependant, historiquement, c'est Santé publique France qui prend en charge la prévention de l'alcoolisme, davantage que nous.

Faut-il aller vers des modes de responsabilisation des assurés, y compris financière, avec la prise en compte de leur parcours de prévention ? Nous ne le faisons pas, ce n'est pas dans notre culture. Nous avons la particularité d'avoir ce système à double étage, où la complémentaire prend le relai. Le sujet, en réalité, est politique. La ministre Catherine Vautrin a posé la question à propos de la prise en charge à 100 % de personnes âgées qui ont contracté une grippe après avoir refusé le vaccin qu'on leur avait proposé. La responsabilisation est un enjeu, c'est un élément utile à porter au débat politique, mais qui, je pense, se joue entre le Gouvernement et le Parlement – plusieurs de nos voisins en ont débattu et ont décidé de responsabiliser les patients, par exemple les Allemands sur le dentaire.

Les spécificités démographiques et épidémiologiques des outre-mer demandent des programmes dédiés, c'est ce que prévoit la convention d'objectifs et de gestion, en termes d'offres de soins et de prévention. Nous avons identifié cinq enjeux spécifiques de prévention qui justifient une mobilisation spécifique des caisses – en particulier sur les cancers et les pathologies à forte prévalence comme le diabète et l'obésité.

Nous ne faisons pas de la démocratie sociale de la même manière partout. Nous avons mis en place des programmes d'action spécifiques, nous pourrons vous en présenter le détail.

Mme Monique Lubin. – L'arrêté ministériel du 16 janvier 2024 renforce et élargit les missions des CRCDC dans le champ de la prévention secondaire. L'assurance maladie a repris les invitations et relance des actions de dépistage en soutien avec les centres de dépistage. Si les missions des CRCDC ont été renforcées, les moyens pour y répondre restent en deçà des attentes des professionnels de santé, avec des baisses de dotations généralisées en région. Ne serait-il pas opportun de sortir de la seule attribution des fonds d'intervention régionaux (FIR) alloués à ces structures de dépistage et que les fonds FNPEIS renforcent leur dotation ? Envisagez-vous d'intégrer les CRCDC au sein de l'assurance maladie ou d'une structure régionale de prévention qui reprendrait le pilotage et l'organisation de l'ensemble de la question de la prévention en santé, couvrant le dépistage

et les autres enjeux de santé publique, dont notamment la lutte contre les facteurs de risque ou encore la préservation des facteurs protecteurs ?

Mme Véronique Guillotin. – Je souhaitais vous interroger sur l'intégration des perturbateurs endocriniens dans les feuilles de route relatives à la prévention diffusées aux professionnels de santé, vous y avez répondu.

Ma deuxième question porte sur les mammographies pratiquées dans les unités mobiles que des collectivités territoriales mettent en place pour pallier le manque de radiologues. Cette initiative utile bute sur le fait que la réglementation impose la présence d'un médecin ou d'un radiologue pour réaliser la palpation ; peut-on autoriser un manipulateur radio ou une infirmière en pratique avancée (IPA) à réaliser la palpation, pour faciliter ces dépistages organisés ?

Ma troisième question porte sur la santé périnatale, la santé mentale et la prévention du baby blues, de la dépression du postpartum et du suicide. On sait que la première cause de mortalité chez la femme la première année qui suit l'accouchement n'est plus l'hémorragie du postpartum mais le suicide. Nous constatons, également, que les PMI s'affaiblissent. Comment les renforcer – peut-on, en particulier, revoir la nomenclature des actes de puériculture pour renforcer le modèle économique des PMI ? Pourquoi l'infirmière puéricultrice ne peut-elle pas avoir un acte libéral ? N'est-ce pas une solution pour un meilleur suivi des enfants ?

Ma dernière question porte sur l'évaluation des politiques de prévention. On dépense beaucoup d'argent dans les contrats locaux de santés (CLS) et les CPTS. Y a-t-il une évaluation de ces actions ? N'y aurait-il pas un meilleur cadrage à faire pour être plus efficace ?

Mme Émilienne Poumirol. – Une remarque sur la néomortalité ; il y a les facteurs que vous dites, mais ils sont comparables dans nos pays voisins et il faut voir que nous avons aussi ce problème particulier que de nombreuses maternités de proximité ont été fermées. Il s'agit d'un facteur important de l'augmentation de la néomortalité.

Les CPTS jouent un rôle important pour la prévention, il faut évaluer si leurs objectifs et ceux de l'ARS sont atteints.

Le plan national de santé environnementale ne fait pas travailler ensemble les différents ministères, chacun reste dans son silo et c'est regrettable ; quelle est la place de la Cnam dans ce plan ? Nous sommes preneurs d'éléments écrits.

Mme Corinne Imbert. – Avez-vous une première évaluation des bilans de prévention ? Identifiez-vous d'ores et déjà des freins à leur développement ? Le temps médical disponible est-il suffisant ? Combien de professionnels de santé se sont-ils enregistrés comme pouvant réaliser ces bilans ?

Mme Chantal Deseyne. – Quelle évaluation faites-vous des programmes de prévention, en particulier des campagnes de dépistage de cancers ? On sait que moins de 50 % des patients se soumettent à ces contrôles. Quelle est votre politique pour atteindre les publics les plus éloignés de ces programmes ?

Mme Silvana Silvani. – Vous présentez les actions correspondant à un volume de 16 milliards d'euros pour la prévention, sur un ensemble de 325 milliards d'euros pour les dépenses de santé. Une politique de prévention efficace devrait réduire les dépenses de santé, elles continuent d'augmenter chaque année : avez-vous idée du seuil de prévention à atteindre pour que les dépenses de santé diminuent ?

M. Philippe Mouiller, président. – M. Fatôme ayant dû partir, c'est Mme Grenier qui va répondre à vos questions.

Mme Catherine Grenier. – Pour l'organisation des campagnes nationales de prévention, la Cnam a été chargée de la partie invitation, parce qu'elle était la mieux équipée pour le faire, de par sa capacité à joindre facilement toute la population et à lui envoyer des courriers et des SMS. Cependant, cela ne fait pas une politique de dépistage, il faut aller plus loin et suivre les situations particulières. Les CRCDC ont cette mission de suivi, ils sont clés dans le dispositif. Sur la partie financement, l'assurance maladie a pris à sa charge tout le dispositif d'invitation et en contrepartie, elle ne finance plus les CRCDC.

Le cahier des charges des « mammobiles », ces unités de mammographies mobiles mises en place pour le dépistage du cancer du sein, prévoit qu'un radiologue soit effectivement dans le camion pour réaliser les mammographies. Or, les radiologues sont une ressource rare et ils ne sont pas indispensables à la réalisation d'une mammographie, qui peut être réalisée par un manipulateur radio. Il est donc envisageable de modifier le cahier des charges sur ce point, pour autoriser la mammographie par un manipulateur radio. Reste, cependant, la question de la palpation, qui est complémentaire à la mammographie ; elle peut être réalisée par une IPA, de même que d'autres examens complémentaires à la mammographie elle-même. Je crois que ces questions viennent après l'enjeu principal de ces unités mobiles, qui est celui du premier repérage ; si quelque chose est repéré à la radiographie, on a ensuite la possibilité de prendre en charge les personnes.

La dépression postpartum est la première cause de mortalité post-natale pour les mères. Il y a un sujet de mobilisation des sage-femmes pour prévenir la dépression, dans le cadre des entretiens pré et post-nataux. Les PMI sont en difficulté. Nous sommes en cours d'analyse, en lien avec le ministère et les départements, sur la manière de remobiliser et de redonner des moyens aux PMI. Il y a bien sûr les questions de nomenclature des actes. Les puéricultrices n'entrent pas dans le champ de l'assurance maladie puisqu'il n'y a pas de puéricultrices en ville. Cela pose la question d'ouvrir

une convention particulière. L'enjeu est que la PMI récupère les fonds qui correspondent à son activité, c'est une question technique de grande importance.

Nous sommes très conscients de l'enjeu d'évaluer les actions de prévention par les offreurs de soins et notamment les CPTS. Nous ne disposons pas encore d'évaluations chiffrées, quantitatives, mais nous y travaillons dans le cadre des nouveaux accords conventionnels interprofessionnels (ACI) qui vont être négociés dans les mois à venir pour franchir une étape de plus. Nous avons commencé avec l'objectif de diffuser la notion de prévention, nous avons désormais à élever notre niveau d'exigence sur les fonds investis et à regarder quels sont leurs effets concrets.

L'assurance maladie a créé une mission spécifique sur la transition écologique et l'environnement, avec deux grands axes. Le principe est de porter les messages de prévention en santé environnementale au sens spécifique, puisque la santé environnementale peut couvrir l'ensemble des facteurs comportementaux. Nous avons aussi un rôle à jouer sur la décarbonation du système de santé, nous pourrons vous transmettre des éléments sur ce volet.

Le dispositif « Mon bilan prévention », depuis son lancement début 2024, monte en régime, nous sommes à 60 000 bilans prévention réalisés et le rythme de progression s'accélère. Il se déploie sur toutes les classes d'âge, ce qui n'était pas une évidence *a priori*. Les médecins en sont les principaux acteurs, à hauteur de 50 %, tandis que pharmaciens, infirmiers et sage-femmes se partagent le reste de la charge. Les auto-questionnaires, mis à disposition dans « Mon espace santé », sont remplis de manière beaucoup plus importante que les bilans. Cela montre que la thématique est prise en compte par les assurés, ce qui peut influer sur l'ensemble de leurs contacts avec le système de soins. Plus de 450 000 auto-questionnaires ont été réalisés, sans que nous ayons aucune information sur leur contenu, car nous ne pouvons pas utiliser ces données.

L'évaluation du bilan de santé est encore modeste. Nous identifions plusieurs freins à l'ouverture de ce dispositif. Il y a d'abord une question de culture et de représentations : pourquoi aller voir un professionnel de santé, alors qu'on n'a pas de symptôme de maladie ? Il faut que les professionnels de santé puissent consacrer du temps à cette nouvelle mission. Le ministère a tenté de communiquer sur ce dispositif auprès de l'ensemble de la population, aux côtés de l'assurance maladie. Il s'agit d'aller vers les populations les plus éloignées de nous, en commençant par l'entretien préalable avant de passer à l'examen clinique.

Nous sommes bien d'accord sur le fait que les résultats des dépistages du cancer sont insuffisants, nous n'arrivons pas à rejoindre les standards européens. Nous voulons atteindre les publics les plus éloignés, nous avons industrialisé la mécanique d'invitation et de relance, nous mettons à

disposition automatique le kit de dépistage du cancer du côlon à la deuxième relance pour les personnes qui l'ont déjà accepté ; nous travaillons également sur l'acceptabilité de ces dépistages et sur l'intérêt à agir.

Il est crucial que nous parlions tous d'une seule voix sur l'intérêt à agir. La moindre dissonance est un frein pour la population. Enfin, notre politique d'aller vers, notamment par téléphone, devrait donner des résultats dans les mois à venir en termes d'impact réel sur le dépistage réalisé.

M. Philippe Mouiller, président. – Merci pour votre participation.

Cette audition a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible en ligne sur le site du Sénat.

M. Alain Gautron, vice-président du Centre technique des institutions de prévoyance, et M. Éric Chenut, président de la Fédération nationale de la mutualité française, Mme Florence Lustman de France Assureurs

(2 avril 2025)

M. Philippe Mouiller, président. – Cette table ronde s'inscrit dans le cadre de notre mission d'information sur l'organisation de la prévention dans le domaine de la santé dont Marie-Do Aeschlimann, Marion Canalès et Nadia Sollogoub sont les rapporteures.

Je remercie nos invités de leur présence. Madame, Messieurs, je vais vous laisser débuter cette table ronde par un propos liminaire dans lequel vous pourriez rappeler l'action des complémentaires santé dans le domaine de la prévention et les moyens que ces organismes y consacrent. Il serait également intéressant que vous esquissiez des pistes d'amélioration, notamment pour que les acteurs de la prévention travaillent mieux ensemble, et que, le cas échéant, vous nous indiquiez si les organismes complémentaires seraient prêts à assumer davantage de missions en matière de prévention.

Les membres de la commission pourront ensuite vous interroger, en commençant par nos rapporteures.

M. Éric Chenut, président de la Fédération nationale de la Mutualité française. – La Mutualité française fédère 500 mutuelles impliquées sur les champs de la couverture santé, de la prévoyance, de la dépendance et de la retraite. Nous gérons également 2 900 services de soins d'accompagnement mutualistes. Ces moyens nous permettent de déployer des actions en prévention primaire, secondaire et tertiaire. Chaque année, plus de 25 000 actions de prévention sont menées sur l'ensemble du territoire, tant au niveau national qu'en proximité, par tous les acteurs. Nous avons établi des partenariats solides, notamment avec Santé publique France et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), axés sur la prévention de la perte d'autonomie et les sujets de santé environnementale.

Notre analyse de l'organisation du système de prévention révèle que, puisque deux tiers des déterminants de santé ne dépendent ni du capital génétique, ni du système de santé, il est impossible de faire reposer l'ensemble des actions de prévention sur les seuls professionnels de santé, la sécurité sociale ou les complémentaires santé. En matière de prévention primaire, il est fondamental que les initiateurs des politiques publiques, qu'il s'agisse de l'éducation, du logement, des transports ou des infrastructures sportives, soient également mobilisés pour engager une véritable culture de santé publique. Les professionnels de santé, la sécurité sociale et les complémentaires santé peuvent jouer un rôle accru dans la prévention secondaire et tertiaire.

Pour réussir, il est important de renforcer la coopération, la complémentarité, la co-construction et la subsidiarité. C'est ainsi que nous créerons un cercle de confiance entre la puissance publique, l'assurance maladie et les complémentaires santé, ce qui semble absolument essentiel. L'État a pour rôle de fixer des priorités, et il serait d'ailleurs utile que la stratégie nationale de santé, attendue depuis plus d'un an, soit enfin publiée. Il est ensuite crucial de laisser les opérateurs décliner ces politiques en fonction de la réalité de leur portefeuille et des enjeux populationnels.

Prenons l'exemple d'une priorité axée sur la prévention des maladies cardiovasculaires. La manière de décliner les actions de prévention variera selon qu'il s'agit de contrats collectifs conclus avec des employeurs ou de contrats individuels, car les réalités et les besoins ne sont pas les mêmes. Chaque opérateur, dans sa spécificité, doit pouvoir décliner ses actions en fonction de cet objectif, tout en rendant compte des résultats observés.

Nous estimons qu'il est possible et nécessaire d'améliorer le bilan actuel. Pour faire de la prévention un investissement collectif et réorienter notre système, qui est trop axé sur le curatif, vers davantage de préventif, il faut se fixer de nouveaux objectifs. Il serait pertinent de ne pas se focaliser uniquement sur la mortalité évitable et la morbidité précoce dans les critères d'évaluation. Il faut également inclure l'espérance de vie en bonne santé, qui est insuffisante dans notre pays par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE.

La courbe des maladies chroniques et des affections de longue durée ne cesse de croître, s'accélérant plus rapidement que le vieillissement de la population. Ce phénomène ne s'explique pas uniquement par la transition démographique. Une partie de cette évolution provient des comportements, de la sédentarité et de divers impacts environnementaux. Cela pèse lourdement dans les dépenses de l'assurance maladie et dans les coûts supportés par les complémentaires santé. Pour rendre notre système plus soutenable et durable, il est fondamental d'agir dans ce domaine.

Un autre enjeu majeur en termes de prévention, au-delà de la santé et de l'évitement ou de l'aggravation des pathologies chroniques, tient à la prévention de la perte d'autonomie, compte tenu de la transition démographique

en cours. Le nombre de personnes en situation de dépendance doublera d'ici à 2040, ce qui rend essentiel notre engagement dans ce domaine.

Cette évolution est d'autant plus nécessaire que les inégalités en santé sont importantes dans notre pays. L'écart d'espérance de vie entre les 5 % les plus riches et les 5 % les plus pauvres est de 13 ans pour les hommes et de 8 ans pour les femmes, ce qui constitue un enjeu d'action important.

Quels sont les leviers à actionner ? Il faut repenser la gouvernance afin de permettre à chacun de jouer son rôle. L'assurance maladie est pleinement légitime et dispose d'une capacité de projection importante. Les complémentaires santé, en particulier les mutuelles, ont une capacité de lien avec les populations protégées qui permet de compléter les actions d'« aller vers » de l'assurance maladie. La prévention est au cœur de nos activités car elle constitue un élément essentiel dans la gestion du risque. Il est crucial d'avoir une vision pluriannuelle des objectifs de l'État et de partager les données pour pouvoir prioriser et orienter les personnes vers les dispositifs appropriés, réduisant ainsi les inégalités.

Reconnaître la mission de prévention aux mutuelles nous semble essentiel, ce qui implique l'utilisation des données dont nous disposons dans le cadre des remboursements pour mener des actions de prévention, notamment secondaires et tertiaires, à destination des publics protégés par nos contrats. Aujourd'hui, l'absence de base légale pour cette utilisation nous oblige à solliciter le consentement individuel de chaque personne, ce qui est coûteux et inefficace. Nous plaidons pour l'établissement d'une base légale permettant une logique d'opt-out, plus adaptée pour engager des actions ciblées et personnalisées en matière de prévention.

Nous sommes prêts à développer des actions de prévention personnalisées et d'aller vers, en lien avec l'assurance maladie, l'État et les collectivités territoriales, pour une plus grande efficacité. Le partage de données serait, par exemple, d'un grand intérêt dans cette perspective. Nous pourrions plus facilement organiser des actions de prévention pour accompagner le retour à l'emploi. Nous pourrions également proposer des soins de support en cas d'hospitalisation, notamment en oncologie. Il est vraiment important de partager ces informations si nous souhaitons mettre en place des stratégies de parcours plus efficientes. Bien entendu, cela implique de conforter un principe mutualiste fondamental : ne pas tarifer en fonction de l'état de santé.

J'insiste également sur l'importance de considérer la prévention comme un élément de l'exécution du contrat. Cela nécessite de reconnaître la prévention comme une prestation en nature et en service, et non comme des coûts de gestion. L'enjeu dépasse la simple comptabilité : cette reconnaissance permettrait à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) de considérer que nos actions de prévention s'inscrivent pleinement dans nos

missions de protection, de soins et d'accompagnement de nos adhérents, sans avoir à aller chercher des consentements supplémentaires.

Enfin, j'attire votre attention sur la fiscalité. Actuellement, lorsque nous faisons appel à des opérateurs externes pour mener des actions de prévention, leurs coûts sont assujettis à la TVA. Concrètement, pour une action qui coûte 100 euros, nous devons ajouter 14 % de taxes additionnelles sur les contrats d'assurance et 20 % de TVA. Ainsi, l'action de prévention revient approximativement à 135 euros, étant fiscalisée à hauteur de 35 %. Je vais illustrer ce paradoxe de manière un peu caricaturale, mais frappante : nous acceptons une fiscalité réduite pour la restauration rapide, qui contribue à l'encrassement des artères, mais nous taxons quatre fois plus les actions de prévention des maladies cardiovasculaires qui en découlent.

M. Alain Gautron, vice-président du Centre technique des institutions de prévoyance. – Je m'efforcerai d'apporter un éclairage complémentaire aux propos d'Éric Chenut, que les institutions de prévoyance que je représente partagent entièrement. Les institutions de prévoyance sont un acteur important. Elles sont gérées paritairement par des représentants des employeurs et des représentants des organisations syndicales. Ce sont des organismes à but non-lucratif.

Les institutions de prévoyance mènent beaucoup d'actions sur le terrain. Leur atout tient au fait qu'elles ont un lien privilégié avec le terrain économique et social. Nous signons des accords avec des branches, qui peuvent couvrir des centaines de milliers de salariés, des grandes entreprises et de plus en plus de PME. En effet, bien que le taux de couverture par des contrats de complémentaire santé soit très élevé en France, il subsiste des lacunes, principalement dans les petites et moyennes entreprises, auxquelles nous devons rester attentifs.

De notre point de vue, l'entreprise est un véritable territoire de santé. Chacun connaît le rôle des collectivités territoriales en matière de santé et de prévention. Nous essayons de démontrer que l'entreprise joue également un rôle. Dans notre pays, la richesse du dialogue social se fait aussi sur le terrain, au niveau de l'entreprise et des branches professionnelles.

Parmi les améliorations à apporter, le législateur a déjà prévu le degré élevé de solidarité, qui peut permettre de consacrer une partie de la cotisation à la prévention dans le cadre des contrats collectifs. Nous pourrions très bien augmenter ce pourcentage, qui est aujourd'hui de 2 %, pour encore mieux financer les actions de prévention.

Les institutions de prévoyance sont une force de propositions et d'innovations car nous sommes près du terrain et des besoins de nos concitoyens. Ainsi, ce sont les organismes complémentaires d'assurance maladie qui, dans le cadre de la crise du covid-19, ont pris en charge sur leurs fonds propres les consultations de psychologues, qui sont aujourd'hui devenues une prestation quasi-obligatoire avec le développement de Mon

Soutien Psy. Par ailleurs, Apicil développe le premier test salivaire de détection de l'endométriose en collaboration avec une start-up lyonnaise.

Concernant les pistes d'amélioration, je rejoins les propos d'Éric Chenut. Il est primordial que le Parlement reconnaisse le rôle des organismes complémentaires d'assurance maladie comme acteurs de la prévention, en complémentarité avec l'assurance maladie obligatoire. Cette reconnaissance, au sein du code de la santé publique, permettrait que nos prestations de prévention ne soient pas considérées comme des frais de gestion, ce qui semble plus cohérent avec l'ambition nationale en matière de prévention.

Pour conclure, je tiens à préciser que j'ai préparé un document détaillant l'ensemble des actions de prévention réalisées au sein des entreprises et des branches professionnelles, que je pourrai remettre aux rapporteures si vous en êtes d'accord.

Mme Florence Lustman, France Assureurs. – France Assureurs est la fédération qui regroupe 99 % du marché de l'assurance en France, au-delà de la seule assurance santé. Notre métier consiste à gérer l'ensemble des risques, ce qui implique de les étudier et de les projeter pour essayer de les prévenir. Le meilleur sinistre, tant pour les assureurs que pour les assurés, est celui qui a été évité. Cette approche s'applique particulièrement aux catastrophes naturelles, aux accidents de la route ou aux accidents de la vie courante.

Nous éprouvons une grande frustration car, hormis dans le domaine de la santé, nous sommes reconnus comme les professionnels du risque et de la prévention. Notre association Assurance Prévention se consacre spécifiquement au financement et à l'organisation de campagnes de prévention sur tous les types de risques. Les limitations imposées par la réglementation actuelle restreignent notre champ d'action dans le domaine de la santé, qui est pourtant crucial à nos yeux.

Malgré ces contraintes, nous développons des initiatives, *via* Assurance Prévention, qui ne sont pas directement imputables à la complémentaire santé. Nous avons établi des partenariats, notamment avec la chaire « santé en mouvement ». Nous avons également lancé depuis plusieurs années le programme de sécurité routière Sam. La prévention est une attitude de vie vis-à-vis de l'ensemble des risques. Il n'est pas possible de traiter de prévention en santé seule. Cette approche nécessite une implication très large de la société civile, au-delà des seuls spécialistes de ce risque. C'est par des campagnes et des messages généraux touchant aussi bien les enfants que les adultes, et abordant la santé comme d'autres risques, que nous pourrons inculquer à tous nos concitoyens les bons réflexes vis-à-vis des risques.

L'entreprise est évidemment un territoire de santé privilégié, notamment parce que la répétition des messages de prévention est absolument clé. Nous menons de nombreuses actions concrètes sur le terrain dans ce domaine.

Notre connaissance approfondie des risques nous permet d'anticiper les besoins. Par exemple, dès 2020, nous avons proposé à tous nos assurés le remboursement de 4 consultations de psychologues à hauteur de 60 euros, même si cela ne figurait pas dans les contrats initiaux. Cette décision résultait de notre compréhension du terrain. Nous avions bien repéré, *via* nos capteurs, que le sujet de la santé mentale montait en puissance. Cela illustre bien le fait que nous avons à notre disposition des leviers qui peuvent contribuer à l'amélioration des politiques de prévention et de l'espérance de vie en bonne santé de la population.

Lors de ma conférence de presse sur les résultats du secteur de l'assurance en 2024, j'ai alerté sur l'augmentation de 24 % des prestations en prévoyance, qui reflète l'explosion des arrêts de travail. Une étude menée par l'un de nos grands assureurs montre une corrélation entre la carte des arrêts de travail et celle des déserts médicaux. Dans les zones de déserts médicaux, on observe moins d'arrêts de travail de courte durée, faute d'accès aux médecins, mais davantage d'arrêts de longue et très longue durée. Il est absolument clé d'avoir les bons capteurs aux bons endroits, et pas uniquement dans le champ de l'assurance santé.

En tant qu'investisseurs majeurs dans l'économie française et européenne, nous investissons massivement dans le secteur de la santé. Durant la crise du covid-19, nous avons lancé un plan d'investissement de 800 millions d'euros dédié à la santé et à l'innovation. Pour guider ces investissements, nous nous sommes entourés d'un conseil scientifique. Cela nous permet de repérer des innovations. L'innovation et la prévention sont les deux leviers pour sortir par le haut des difficultés dans lesquelles se trouvent nos concitoyens en matière de santé.

Parmi les innovations que nous finançons, citons ChestView de Gleamer, qui permet un diagnostic précoce des nodules pulmonaires et d'autres pathologies à l'occasion d'examens radiologiques. Un de nos assureurs a également financé la reconstruction 3D des organes, une technologie qui améliore significativement l'efficacité de certains actes chirurgicaux.

Enfin, nous explorons des approches ludiques pour modifier les comportements en matière de prévention. Notre expérience dans divers domaines, comme l'automobile ou les catastrophes naturelles, montre qu'il est crucial d'offrir un retour quasi immédiat pour inciter les gens à adopter des comportements préventifs. Il est en effet difficile de convaincre uniquement sur la promesse d'une vie plus longue et en meilleure santé.

Il est extrêmement important de responsabiliser les individus quant à leur propre santé. Cette approche est fondamentale pour une prévention efficace. Nous collaborons étroitement avec le professeur Bruno Vellas, gériatre à Toulouse, qui dirige la déclinaison française du programme ICOPE de l'OMS. Ce programme vise à prévenir la perte d'autonomie chez les seniors.

Notre couverture de 96 % de la population française nous permet de parler largement de ce programme et de ses recommandations.

Mon expérience à la tête du plan Alzheimer pendant 5 ans m'a enseigné que trois fonctions sont absolument essentielles pour limiter la dégradation de l'autonomie : la vue, l'audition et la santé bucco-dentaire. Ces trois domaines sont principalement remboursés par les complémentaires santé. Nous avons donc un effet direct sur la prévention du vieillissement et le maintien du lien social.

Je préconise une stratégie de santé globale, décloisonnant la santé publique, la santé au travail et l'éducation à la santé. Cette approche nécessite une collaboration étroite entre tous les acteurs : associations de patients, représentants de la société civile, professionnels de santé et complémentaires santé. Il est impératif de définir des objectifs clairs, mesurables par des indicateurs transparents, et de réévaluer régulièrement notre progression.

Notre principal levier d'action réside dans le contrat responsable, qui régit nos relations avec les assurés. Nous estimons qu'il est temps de faire évoluer ce contrat pour le rendre véritablement responsabilisant. Nous proposons d'y inclure un forfait minimal de prévention, ce qui suppose d'enlever d'autres garanties, d'utiliser ce contrat pour favoriser le respect des recommandations de la Haute Autorité de Santé en matière de prévention et, pourquoi pas, d'envisager des remboursements bonifiés pour les assurés qui s'engagent dans des parcours de prévention.

M. Philippe Mouiller, président. – Au-delà de la liste de vos actions, nous aurons besoin de connaître des moyens financiers engagés. Nous souhaitons avoir une vision globale de vos investissements. Je suppose que la séparation avec les frais de gestion vous permet d'avoir cette vue d'ensemble.

Je donne maintenant la parole à nos deux rapporteures aujourd'hui présentes.

Mme Marie-Do Aeschlimann, rapporteure. – Nous constatons, en France, un taux de participation relativement faible aux actions de prévention déployées sur le territoire. Il est frappant de constater, par exemple, que pour les dépistages des cancers, la participation reste systématiquement inférieure d'au moins dix points aux objectifs fixés par l'Union européenne, et ce bien que ces campagnes soient sans reste à charge pour les assurés. Cette situation soulève un certain nombre de questions quant à la mise en place de nouvelles incitations pour dynamiser la participation aux actions de prévention.

Dans quelle mesure vous semble-t-il envisageable de considérer une modulation des primes des complémentaires santé en fonction de la participation à des actions des prévention ? Les assurés qui auraient un comportement vertueux en s'engageant dans des démarches de prévention se verraient récompensés par des cotisations moins lourdes.

Par ailleurs, seriez-vous favorable à ce que la taxation sur les contrats de complémentaire santé soit modulée en fonction des actions de prévention comprises dans le panier de soins ? L'idée serait d'utiliser le levier fiscal afin d'inciter les complémentaires santé à s'impliquer davantage en matière de prévention.

Mme Marion Canalès, rapporteure. – Nous avons retenu des auditions qu'il existait une volonté forte, chez certaines complémentaires santé, de s'engager plus activement dans le domaine de la prévention. Disposez-vous d'une estimation des montants que vos adhérents consacrent à la prévention ? Envisagez-vous d'intensifier ces efforts ?

Plus largement, nous avons pu constater que la politique de prévention en santé est le fruit d'un effort collectif impliquant un grand nombre d'acteurs. Face à cette pluralité d'intervenants, il apparaît essentiel de renforcer la gouvernance pour optimiser la coordination et l'efficacité de toutes les initiatives. Si la création d'un comité de dialogue avec les organismes complémentaires avait pu susciter l'espoir d'une meilleure articulation, cet organe est déjà inactif quelques années après sa mise en place. Quelles pistes préconisez-vous afin d'associer davantage les complémentaires santé à la gouvernance de la politique de prévention ?

Mme Florence Lustman. – Nous ne sommes pas prêts à aller jusqu'à la modulation des primes. Je pense que l'on peut travailler sur des sujets très bien identifiés. Commençons petit. Nous envisageons une bonification du remboursement plutôt qu'une pénalisation. Tout le monde n'a pas le même accès au corps médical. Nous n'avons pas suffisamment intégré l'ensemble des parties prenantes autour de la table. Il est donc trop tôt pour envisager une pénalisation. Il faut un signe, mais en allant vers du plus plutôt que vers du moins.

La pluralité des intervenants n'est pas gênante dans la mesure où il faut toucher tout le monde. La proximité est essentielle pour parler efficacement à l'ensemble de la population. Par exemple, certains assureurs mutualistes organisent des actions de prévention et d'éducation au risque dans les villages, profitant de leur présence locale pour sensibiliser les habitants de manière conviviale et efficace. La pluralité des intervenants est donc un atout. C'est l'échelon supérieur qui manque, celui de la gouvernance. Il faut que tout le monde travaille ensemble. Il ne faut pas que chacun prêche pour sa paroisse. Plutôt que de créer des instances spécifiques pour chaque groupe d'acteurs, il est crucial de rassembler tous les intervenants autour d'une même table dans l'objectif d'identifier les leviers d'action de chacun et de les coordonner efficacement.

Ce qui fait défaut actuellement, c'est une stratégie partagée, assortie d'indicateurs et d'une évaluation transparente et régulière. Nous devrions rendre compte annuellement aux Français de nos progrès, analyser nos succès et nos échecs et ajuster notre approche en conséquence

M. Éric Chenut. – Je n'ai rien de très différent à dire. Je rejoins complètement Florence Lustman sur le sujet du comportemental. Nous sommes très réservés. Nous ne souhaitons pas que ce soit un nid pour créer de nouvelles inégalités. Nous avons de gros écarts dans les taux de recours aux dépistages car nous n'avons pas les mêmes possibilités de toucher tous les citoyens et de les raccorder aux actions de dépistage mises en œuvre. Mon expérience passée à la MGEN me fait penser qu'il est possible d'obtenir des taux de participation nettement supérieurs grâce à des actions récurrentes et ciblées.

Il n'y a pas de fatalité. Il faut travailler ensemble, sans oublier les collectivités territoriales et le rôle de l'État. Ce n'est pas uniquement en mobilisant les complémentaires santé et la sécurité sociale que l'on entrera dans une culture de la santé publique. L'essentiel des déterminants de santé sont en dehors du système de santé.

Nous attendons une stratégie nationale de santé réellement partagée et une gouvernance rénovée au niveau national. Il est crucial de se fixer des objectifs à long terme, car changer les habitudes requiert du temps et des efforts soutenus. Que ce soit pour réduire l'impact des maladies cardiovasculaires ou améliorer la santé mentale, il faut s'engager sur plusieurs années pour enclencher des évolutions de comportement. La Mutualité française s'investit particulièrement dans des actions comme les premiers secours en santé mentale et la promotion de la santé mentale au travail, tant dans le secteur public que privé. Notre objectif est de déstigmatiser ces problématiques et de progresser sur plusieurs années.

Pour gagner la confiance de nos concitoyens, il est essentiel de rendre compte des résultats obtenus et de démontrer l'efficacité des actions. Cette approche permettra de responsabiliser les individus tout en préservant notre modèle social protecteur et redistributif. La pérennité de ce modèle passe par un équilibre entre les solidarités et la responsabilité individuelle et collective, soutenu par une communication transparente sur l'impact des actions de prévention.

M. Alain Gautron. – Notre pays n'est pas performant par rapport aux pays nordiques pour ce qui concerne les campagnes nationales de dépistage. Cette situation perdure depuis vingt ans. Nous pouvons peut-être réfléchir autrement. Certaines institutions de prévoyance mènent des actions favorisant le retour à l'emploi des femmes qui ont eu un cancer, notamment du sein. Avec une meilleure complémentarité entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC), la complémentaire santé pourrait peut-être inciter les femmes dans les entreprises à faire des dépistages, sans bien évidemment priver de l'accompagnement au retour à l'emploi celles qui n'auraient pas effectué ce dépistage, car ce serait là une double peine tout à fait inacceptable.

Aujourd'hui, il existe un mur entre ce que fait la Cnam et ce que nous faisons sur le terrain. Nous demandons une meilleure coordination, chacun avec ses atouts.

En 2025, nous mènerons pour la première fois une campagne commune avec la caisse nationale d'assurance maladie en matière d'hygiène bucco-dentaire. Les soins nécessaires après la détection de caries seront pris en charge, ainsi que le ticket modérateur pour les soins conservateurs. Cette initiative conjointe AMO/AMC démontre que la collaboration est possible. Pour faciliter ce type de coopération, il faudrait un Comité de dialogue avec les organismes complémentaires (CDOC) rénové permettant un travail commun entre les organismes complémentaires et la Cnam, sous l'autorité de l'État.

Il est difficile de fournir des chiffres précis sur les sommes investies dans la prévention. Le CTIP que je représente regroupe une trentaine d'institutions de prévoyance : il ne centralise pas les sommes investies. Chez Malakoff Humanis, dont je suis président, nous n'avons pas de comptabilité analytique spécifique à la prévention car celle-ci n'est pas considérée comme une prestation. Néanmoins, je peux vous indiquer que nous consacrons plus de 100 millions d'euros à la prévention. Ce montant reste faible par rapport aux dépenses curatives. Pourquoi ne pas créer un sous-Ondam dédié à la prévention et à la santé publique ? Cela permettrait de quantifier précisément les montants alloués au niveau national et d'évaluer l'efficacité des actions menées.

Quant à la modulation de la taxe de solidarité additionnelle (TSA), elle mérite une discussion approfondie avec les pouvoirs publics. La tendance actuelle à transférer des dépenses ou des taxes aux organismes complémentaires pour réduire le déficit de la sécurité sociale n'est pas une solution viable. Il est paradoxal qu'un contrat santé responsable soit davantage taxé qu'un produit alimentaire aussi peu sain qu'un hamburger de chaîne de restauration rapide. Une véritable politique de santé publique devrait avoir le courage de taxer plus lourdement les produits néfastes pour la santé et moins les contrats santé.

M. Philippe Mouiller, président. – La parole est aux sénateurs.

Mme Florence Lassarade. – Je m'étonne que les mutuelles, qui sont censées compléter la sécurité sociale, prétendent investir autant de moyens dans la prévention. Il faut revenir aux fondamentaux de la prévention : promouvoir l'exercice physique dès l'enfance, prévenir l'usage excessif des écrans et favoriser les consultations pédiatriques, ainsi que l'installation de pédiatres. Concernant les personnes âgées, la prévention des chutes devrait être prioritaire. Or je n'en ai pas entendu parler.

Vous avez affirmé que le tarif est indépendant de l'état de santé. Ce n'est pas vrai puisque le tarif augmente avec l'âge.

Mme Corinne Imbert. – Madame Lustman, vous avez mentionné que le fait que France Assureurs a identifié les problèmes de santé mentale et propose désormais le remboursement de 4 consultations annuelles chez un psychologue. Il existe également des offres qui incluent des remboursements de consultations chez l'ostéopathe, le diététicien, la socio-esthéticiennes… Jusqu'où pensez-vous aller ?

Par ailleurs, que penseriez-vous d'un projet de loi pluriannuel pour une politique de prévention en santé ?

Mme Patricia Demas. – Les maires des petites communes sont souvent sollicités par leurs administrés concernant la possibilité d'établir un « pacte de confiance » pour désigner une mutuelle communale dont ils pourraient bénéficier. Quel est votre avis sur le sujet ? Quelles recommandations pourriez-vous faire à ces élus de proximité ?

Mme Cathy Apourceau-Poly. – La prévention doit être beaucoup plus importante. Elle est l'un des facteurs qui peuvent empêcher les maladies de se développer. Un point particulier a retenu mon attention. Vous avez évoqué le fait, sauf erreur de ma part, que dans les déserts médicaux, les consultations tardives entraînent des problèmes de santé plus conséquents. Cette réalité est indéniable et presque inévitable. Dans mon département, nous sommes confrontés à d'importants déserts médicaux, comme dans de nombreuses régions en France. Par conséquent, les délais d'attente peuvent s'étendre sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois, pour un acte de prévention, ce qui complique considérablement la situation.

Considérez-vous que l'État se désengage sur les complémentaires santé pour assurer les missions qui devraient être les siennes ?

Que pensez-vous des mutuelles communales, voire intercommunales ? Ces initiatives permettent à un nombre significatif de personnes d'accéder à une couverture santé à des tarifs réduits, grâce à un effet de commande groupée. Lors des réunions publiques organisées pour présenter ce service, nous constatons que, contrairement aux idées reçues, tous les citoyens ne bénéficient pas d'une couverture mutuelle, que ce soit par le biais de la complémentaire santé solidaire ou d'une mutuelle d'entreprise. De nombreuses personnes assistent à ces réunions publiques dans l'optique d'adhérer à une mutuelle à un tarif plus abordable. Il faut bien admettre que les prix des assurances et des mutuelles sont actuellement très élevés. Il est particulièrement préoccupant de voir des couples de retraités percevant de modestes pensions devoir consacrer entre 180 et 200 euros par mois à leurs cotisations de complémentaires santé. Ne faudrait-il pas davantage développer les mutuelles communales, voire intercommunales ?

M. Alain Gautron. – La prévention des chutes est évidemment un sujet important. Les chutes sont souvent le premier facteur de détection de la maladie d'Alzheimer. Des actions de prévention des chutes sont menées sur le terrain en association avec la caisse nationale d'assurance vieillesse.

En outre, les régimes complémentaires Agirc-Arrco proposent une consultation de prévention assez complète au moment du départ à la retraite. Je crois beaucoup aux actions de proximité menées avec les professionnels de santé et les aide-ménagères pour détecter les signes avant-coureurs.

Nous irons jusqu'au bout des actions qui nous permettent de faire de la prévention. Certaines institutions de prévoyance encouragent l'activité sportive sur prescription médicale. Les problèmes de diabète et d'obésité doivent être traités de manière pluridisciplinaire. La prévention a un rôle important dans ces maladies, tout comme dans les maladies cardiovasculaires. À ce sujet, une institution de prévoyance a mis en place un bilan cardiovasculaire dans le cadre de son contrat.

Nous sommes très favorables à ce que la santé fasse l'objet d'une loi pluriannuelle, avec un plan national de prévention.

Enfin, concernant les mutuelles d'entreprise, il ne faut pas oublier qu'une part importante de la cotisation est prise en charge par l'employeur. Le minimum est de 50 %, mais certaines branches professionnelles vont jusqu'à 80 %. Ces employeurs ont compris que la prise en charge de la santé des salariés représentait à la fois un investissement économique et un investissement social. Évidemment, cette prise en charge disparaît à la retraite, ce qui explique en partie l'augmentation des cotisations de complémentaire santé pour les retraités.

M. Éric Chenut. – Sur la prévention tout au long de la vie, je souhaite souligner l'importance de nos actions concernant les 1 000 premiers jours de l'enfant. Les unions régionales de la mutualité française sont fortement engagées dans ce domaine en menant 25 000 actions de prévention pour accompagner les parents dans la réduction des risques.

La prévention secondaire et tertiaire représente également un enjeu crucial. L'accès effectif aux soins est absolument déterminant pour mener ces actions. Cela suppose la présence de professionnels de santé sur l'ensemble du territoire. Nous mobilisons nos services de soins et d'accompagnement mutualiste, ainsi que des structures conventionnées pour répondre à ce besoin.

Concernant la prévention des chutes, nous avons établi un partenariat avec la Cnav pour développer des programmes spécifiques. Il y a un an, lorsque le gouvernement a décidé de doubler les franchises sur les boîtes de médicaments, nous avions proposé de lancer un grand plan de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse, qui est à l'origine de 250 000 hospitalisations par an, de chutes et de décès chez les personnes âgées. Pour que les actions de prévention soient inclusives et lisibles pour la population, il est essentiel d'assurer une continuité et une cohérence dans leur mise en œuvre.

Nous sommes évidemment favorables à un projet de loi pluriannuel en matière de prévention, à condition qu'il ne se contente pas de fixer le financement, mais qu'il permette aussi une réelle co-construction

et subsidiarité. L'État doit fixer les objectifs, mais il est crucial de laisser aux acteurs et opérateurs la latitude d'adapter la mise en œuvre des programmes en fonction des réalités territoriales et des besoins populationnels. Nous sommes disposés à rendre des comptes sur l'efficacité de nos actions, mais nous plaidons pour une approche favorisant l'émulation plutôt que l'uniformité.

Concernant l'étendue de la prise en charge, nous estimons que tout ce qui n'est pas pris en charge par l'assurance-maladie, mais qui contribue à une meilleure information et à l'autonomisation des assurés sociaux dans la gestion de leur capital santé, mérite d'être considéré. Cela inclut les services de diététiciens, d'activité physique adaptée ou encore les soins de support en oncologie. Nous considérons qu'il est légitime de proposer des remboursements pour toutes les professions inscrites au Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé, dès lors qu'un besoin a été identifié. Il est pour le moins paradoxal que l'on nous reproche certaines prises en charge, alors même que les partenaires sociaux les demandent dans le cadre des contrats collectifs, et que l'État les exige dans les appels d'offres publics pour la protection sociale complémentaire des fonctionnaires. Il faut être cohérent.

Il n'y a pas de tarification en fonction de l'état de santé des assurés car il n'y a pas de questionnaire de santé. Les tarifs sont liés à l'âge, mais ils sont identiques à un âge donné, que la personne soit en excellente santé ou non.

Les mutuelles communales répondent généralement à des appels d'offres lancés par des collectivités territoriales ; elles s'inscrivent majoritairement dans le cadre du contrat solidaire et responsable, ce qui est une bonne chose. Nous pensons qu'il est nécessaire de redéfinir le périmètre de ce contrat pour retrouver de la modularité et des tarifs plus abordables, notamment pour les retraités qui ne bénéficient plus de la participation employeur.

L'augmentation des tarifs des complémentaires santé est directement liée à l'augmentation des coûts en santé. Entre 2003 et aujourd'hui, les dépenses de santé ont plus que doublé en France, et nos tarifs ont évolué proportionnellement. Pour assurer la soutenabilité du système, tant pour l'assurance maladie que pour les complémentaires santé, il est impératif de travailler sur l'efficience, la lutte contre la fraude et la redéfinition de ce que nous sommes collectivement prêts à couvrir.

Mme Florence Lustman. – Il est difficile de consolider l'ensemble des budgets qui sont consacrés à la prévention. Il y a un an, nous avons lancé une campagne de sensibilisation des jeunes aux risques de harcèlement *via* les réseaux sociaux et l'utilisation des écrans. Cette campagne a très bien fonctionné, collectant énormément de vues. D'une certaine manière, il s'agit d'une démarche de prévention des risques liés à la santé mentale.

Chez France Assureurs, nous avons une vision holistique de la prévention. Par exemple, nous avons organisé au Jardin d'Acclimatation une action de sensibilisation des accidents de la vie courante pour les enfants. Nous menons des actions similaires sur les risques liés aux incendies, notamment avec les décorations de Noël.

La prévention des chutes est cruciale car leurs conséquences impactent directement la santé physique et mentale, ainsi que les coûts de prise en charge. Dans le secteur de l'assurance, nous disposons de filiales d'assistance qui offrent des services variés, du dépannage routier au rapatriement sanitaire international. Ces « assisteurs » possèdent une expertise approfondie des systèmes de santé mondiaux, ce qui leur permet d'orienter les assurés vers les structures les plus adaptées à leur état, où qu'ils se trouvent. Cette connaissance globale constitue un atout majeur pour comparer les pratiques internationales et s'en inspirer pour répondre aux défis du vieillissement et de la santé publique.

Nos contrats d'assurance incluent souvent des prestations de prévention à domicile comme l'intervention d'ergothérapeutes ou de psychomotriciens. Ces professionnels prodiguent des conseils essentiels pour sécuriser l'environnement domestique, de manière à prévenir le risque de chute chez les personnes âgées. La prévention à domicile est primordiale. Ces services illustrent notre engagement global en matière de prévention.

Nous proposons également l'accès à des médecines complémentaires, des consultations psychologiques pour répondre aux enjeux de santé mentale, ainsi que des services de diététique pour lutter contre l'obésité et le diabète.

Nous irons jusqu'où nos assurés voudront que nous allions. Notre approche se distingue de celle de la sécurité sociale par sa flexibilité : nous adaptons nos garanties aux besoins de nos assurés. Cette personnalisation permet de responsabiliser les individus vis-à-vis de leur santé, tout en leur offrant le soutien nécessaire.

Le secteur des complémentaires santé fait face à des défis économiques. Les publications de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et statistiques (Drees) ont confirmé que nous étions à peine à l'équilibre technique en 2021, puis en 2022. Nous avons ensuite enregistré une perte de 200 millions d'euros en 2023. Il existe un vrai sujet autour de l'augmentation globale de la consommation de soins dans notre pays, qui impacte tant l'AMO que l'AMC.

Enfin, nous sommes très sensibles au sujet des retraités. Nous voyons fleurir sur le marché des offres de contrats qui ne sont pas responsables, donc qui sont taxés à plus de 20 %, et qui sont proposés à des retraités qui ne veulent qu'une couverture en cas d'hospitalisation. Nous avons poussé trop loin le contrat responsable. Il faut revenir à un socle plus maîtrisable. Avec moins de garanties, le contrat sera moins cher.

Mme Corinne Imbert. – Je tiens à préciser que ma question n'était nullement une critique, mais plutôt une curiosité. Je comprends vos préoccupations de répondre aux attentes des assurés et des entreprises. Mon interrogation se voulait constructive.

M. Éric Chenut. – Certaines demandes sont tout de même surprenantes.

M. Philippe Mouiller, président. – Je vous remercie pour ces échanges fructueux.

Cette audition a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible en ligne sur le site du Sénat.

II. EXAMEN DU RAPPORT

M. Philippe Mouiller, président. – Nous allons à présent entendre la communication de Marie-Do Aeschlimann, Marion Canalès et Nadia Sollogoub à l'issue des travaux de la mission d'information qu'elles ont conduite sur la prévention en santé. Nos collègues ont mené un important travail de fond, qui a duré pratiquement un an et a donné lieu à de très nombreuses auditions.

Je vous rappelle que ce travail s'inscrit dans le programme de contrôle de la commission pour la session 2025-2026.

Je laisse la parole aux rapporteurs, dans l'ordre qu'elles souhaiteront, avant d'engager l'échange avec les membres de la commission.

Mme Marie-Do Aeschlimann, rapporteure. – Alors que nous venons de fêter les 80 ans de la sécurité sociale, ce système solidaire qui nous distingue de bien d'autres pays et qui fait notre fierté, nous faisons le constat que si notre système sait produire du soin, il ne sait pas toujours produire de la santé.

Malgré la croissance très soutenue de nos dépenses de santé, nous constatons aujourd'hui que plusieurs indicateurs se dégradent, ou ne progressent plus : ainsi, en termes de mortalité infantile, la France régresse fortement dans le classement des pays européens et ne se classe plus que vingt-troisième sur 27 ; en parallèle, l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans connaît une relative stagnation depuis 2019, et la proportion de Français atteints d'une pathologie chronique explose, jusqu'à concerner près de 4 Français sur 10.

Notre modèle de prise en charge, essentiellement curatif, semble atteindre ses limites, et ce alors même que nous y consacrons toujours plus de moyens. Cet état des lieux, évidemment préoccupant, nous oblige à repenser ce modèle et à interroger la place que nous faisons à la prévention.

La prévention, que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit comme l'ensemble des mesures « visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps », peut constituer une arme de lutte massive contre le fardeau des maladies chroniques dites non transmissibles. Ces maladies, largement imputables à nos modes de vie, polarisent 62 % de nos dépenses d'assurance maladie. Or, nous pourrions les combattre dès le plus jeune âge, et réduire de façon significative leur prévalence.

Le virage préventif, régulièrement annoncé, peine pourtant à se concrétiser, le Gouvernement n'ayant pas su en faire, à date, une ligne directrice de nos politiques de santé.

Il serait pourtant faux de dire que nous ne constatons aucune avancée en la matière. Des progrès sensibles ont été accomplis, ces dernières années, pour installer la prévention dans le paysage sanitaire. Les dernières lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) ont permis l'adoption de nombreuses mesures qui doivent concourir au virage de la prévention : les rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie, bien sûr ; le dépistage gratuit et sans reste à charge des infections sexuellement transmissibles (IST) pour les moins de 26 ans ; le renforcement du dispositif « M'T Dents » pour la prévention bucco-dentaire chez les jeunes ; les campagnes de vaccination contre le papillomavirus au collège ; la possibilité d'élargir l'obligation de vaccination contre la grippe aux professionnels de santé libéraux, lors du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026, et l'extension de l'obligation de vaccination contre la rougeole pour les professionnels au contact d'enfants… L'on pourrait également citer les diverses propositions de lois que les parlementaires déposent et qui trouvent parfois un aboutissement positif, à l'instar de la proposition de loi visant à doter la France d'une stratégie nationale de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires, qui vient de nous être rapportée par notre collègue Khalifé Khalifé, ou de la loi sur la profession d'infirmier, qui confère notamment aux infirmières scolaires un statut de spécialité à part entière.

Mais ces mesures s'empilent et se juxtaposent sans relever d'une politique globale et structurée, porteuse d'une vision d'ensemble et incarnant ce qui devrait relever d'un véritable projet politique.

Dans ce contexte, nos travaux ont été guidés par plusieurs préoccupations et interrogations auxquelles nous avons tenté de répondre. Cette carence persistante de nos politiques de santé en matière de prévention est-elle le signe de notre incapacité collective à réformer un système qui s'épuise ? De façon très pragmatique, comment rendre la prévention plus accessible à l'ensemble des Français ? Comment l'inscrire dans notre quotidien et en faire un projet qui soit à la fois politique et citoyen ? Quelles sont les conditions d'un pilotage plus efficient des politiques de prévention en santé, au niveau national et au niveau local, pour renforcer leur ancrage territorial ?

Au terme d'un cycle de plus de trente auditions ayant permis d'entendre près de soixante-dix structures, nous formulons vingt-neuf recommandations relevant de quatre axes : le cadre conceptuel de la politique de prévention et ses orientations générales ; son modèle de financement ; ses acteurs et les conditions de leur mobilisation ; l'offre et les dispositifs de prévention.

Toutes nos recommandations ont vocation à réorienter le système de santé vers un modèle plus préventif, pour incarner ce qui devrait être « la bataille de la décennie » et qui constitue, à n'en pas douter, un défi structurel majeur pour assurer la pérennité de notre système solidaire.

Mme Nadia Sollogoub, rapporteur. – Pour commencer, il nous est apparu important de dresser un bilan de la place qui est aujourd'hui accordée à la prévention, et des moyens qui lui sont consacrés. De ce point de vue, nous faisons un double constat : d'une part, notre système de santé, très centré sur le curatif, est source d'inégalités et ne permet pas d'endiguer le développement de pathologies pourtant évitables ; d'autre part, cette situation s'explique par le fait que les politiques de prévention souffrent d'une gouvernance éclatée et lacunaire, qui étouffe l'efficacité de l'action et nuit à sa lisibilité.

La prévention en santé est dotée de moyens. On peut les juger insuffisants ou faibles en comparaison de ceux que nous allouons aux soins, mais nous estimons qu'autour de 20 milliards d'euros sont dépensés chaque année pour des actions de prévention. Ce n'est pas rien.

Je parle d'estimation car, et c'est là l'une des premières sources d'étonnement que nous avons toutes les trois partagée, les dépenses de prévention ne sont pas précisément mesurées, si bien que ces dépenses doivent être reconstituées *a posteriori* grâce à un travail d'agrégation de plusieurs types de dépenses. Ce constat est révélateur de la complexité du travail de définition de la notion de prévention, mais aussi du défaut de priorisation dont celle-ci souffre au sein de nos administrations et chez les responsables politiques.

La dernière évaluation réalisée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) fait état d'un montant de 15 milliards d'euros : elle date de 2018 et s'appuie sur des données de 2016. La prévention dite « institutionnelle », qui recouvre les dépenses de prévention collective et les dépenses de prévention individuelle s'inscrivant dans des programmes définis, est précisément retracée : elle représente 8,7 milliards d'euros annuels. En revanche, la prévention dite « non institutionnelle », qui recouvre toutes les autres dépenses, a été évaluée à 9 milliards d'euros en 2018. Depuis, aucune actualisation de cette estimation n'a été commandée.

Nous considérons qu'il est indispensable de disposer d'une évaluation plus rigoureuse des dépenses de prévention. C'est pourquoi nous recommandons *a minima* de renouveler l'estimation des dépenses de prévention sur la base des données de 2025 et, pour aller plus loin, de construire un indicateur unique et agrégé de dépenses qui permette de les retracer chaque année.

J'ajouterai que les dépenses de prévention institutionnelle n'évoluent en part relative que très modérément à la hausse. Si on les compare aux dépenses de la branche maladie, elles représentaient l'équivalent de 3,3 % des dépenses de la branche en 2025, contre 2,9 % en 2014.

Traitée comme une politique de second rang, la prévention ne permet aujourd'hui ni de freiner la progression des maladies chroniques non transmissibles, ni de lutter efficacement contre les inégalités de santé.

Parmi les dispositifs les plus visibles et les mieux connus dans lesquels s'incarne la politique de prévention, figurent les campagnes de vaccination et les dépistages organisés des cancers. Si ces dispositifs enregistrent certains succès qu'il faut saluer, ils connaissent aussi des insuffisances persistantes que nous ne parvenons pas à corriger.

L'exemple des dépistages organisés des cancers est éclairant : les taux d'adhésion des usagers aux trois dispositifs actuels, qui stagnent depuis plusieurs années, sont très en deçà des recommandations européennes et des performances de plusieurs pays voisins. Le taux de dépistage du cancer colorectal est ainsi passé de 34 % en 2009-2010 à 35,4 % aujourd'hui. Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, le dernier créé, ce taux n'a augmenté que d'un point en l'espace de quatre ans.

D'autres dispositifs mis en œuvre au cours des dernières années enregistrent des performances très éloignées des objectifs affichés : il en va ainsi des rendez-vous périodiques de prévention, annoncés en grande pompe en 2023, mais dont l'impact est, à ce stade, assez marginal. Sur 21 millions d'assurés éligibles, seuls 60 000 bilans ont été réalisés l'an dernier. Là encore, nous devons nous interroger sur la capacité de ces dispositifs, tels qu'ils sont conçus, à faire adhérer massivement les usagers et les professionnels de santé.

Notons, c'est là l'un des grands enseignements de la mission, que si l'assurance maladie dispose d'une puissance de frappe incomparable pour informer les assurés des actions de prévention, celle-ci ne dispose pas de la proximité nécessaire pour les encourager à y participer et les accompagner, ce qui contribue à expliquer les taux d'adhésion décevants. La gestion du « dernier kilomètre » doit donc figurer aujourd'hui parmi les principales priorités d'action.

Mme Marion Canalès, rapporteure. – Par ailleurs, alors que la prévention pourrait constituer un formidable outil de lutte contre les inégalités de santé, le déficit de prévention auprès des publics les plus éloignés du soin tend au contraire à les accentuer.

Deux facteurs y contribuent : d'une part, les déserts médicaux sont aussi des déserts de prévention, puisque la prévention repose pour l'essentiel sur les professionnels de santé ; d'autre part, les personnes les plus vulnérables socio-économiquement sont aussi les plus exposées au tabac, à l'alcool et aux déséquilibres alimentaires, trois facteurs de risques majeurs. Au

final, le déficit de prévention entretient, voire accentue, les inégalités d'accès aux soins.

À cet égard, nous émettons plusieurs recommandations visant à diminuer l'exposition des assurés à certains facteurs de risques environnementaux ou comportementaux, notamment l'extension de l'emballage neutre à tous les produits contenant de la nicotine, le renforcement de la fiscalité comportementale, la mise en œuvre d'un Nutri-Score obligatoire sauf pour les produits bénéficiant d'un label qualité…

Les résultats en demi-teinte de la politique de prévention s'expliquent avant tout par une gouvernance défaillante, qui transforme en frein la richesse que devrait constituer l'implication d'une multiplicité d'acteurs.

L'écosystème de la prévention fait en effet intervenir de nombreux acteurs, publics ou privés, qui ont développé des initiatives dans leur champ de spécialité.

L'État, l'assurance maladie et les agences sanitaires demeurent, bien sûr, le triptyque institutionnel structurant de la politique de prévention. L'État définit les grandes orientations de santé publique *via* la stratégie nationale de santé (SNS) et assure, par la direction générale de la santé (DGS), le pilotage d'actions de prévention sur un large spectre allant des dépistages organisés à la lutte contre les addictions, en passant par la santé infantile ou la santé sexuelle. L'assurance maladie remplit, quant à elle, une triple mission. Elle est d'abord le financeur principal des politiques de prévention pilotées par l'État, avec 3,3 milliards d'euros dépensés en 2023. Elle constitue également la courroie de transmission privilégiée des dispositifs avec le déploiement progressif, quoiqu'encore trop lent, d'actions d'aller-vers. L'assurance maladie se montre, enfin, force de proposition, que ce soit par les recommandations qu'elle formule chaque année ou par la mise en œuvre de programmes qu'elle initie, tels que la mission « Retrouve ton cap » pour prévenir l'obésité infantile.

Autour de ce noyau institutionnel gravitent de nombreux autres acteurs, désireux de prendre part au « virage préventif ». Les collectivités territoriales investissent plus d'un milliard d'euros par an dans les politiques de prévention, principalement par le biais du financement de la protection maternelle et infantile (PMI), mais aussi en animant des centres de soins à visée préventive et en promouvant des comportements favorables à la santé, notamment par l'aménagement d'espaces pour la pratique sportive.

Les complémentaires santé s'affirment également comme des acteurs majeurs de la prévention, dont les dépenses recensées – environ 200 millions d'euros – apparaissent considérablement sous-estimées. Elles ne se bornent pas à compléter la prise en charge de l'assurance maladie, mais tirent profit de leur proximité avec leurs adhérents pour développer leurs propres actions et opérations de sensibilisation, souvent innovantes. Une complémentaire santé a, par exemple, activé le levier de la « gamification », avec le développement d'une application octroyant des récompenses aux assurés

adoptant un comportement favorable à leur santé – il s'agit là d'une initiative très intéressante pour renforcer l'adhésion des assurés aux actions proposées.

Les associations constituent, quant à elles, un relais déterminant pour que la politique de prévention soit l'affaire de tous, y compris des personnes précaires ou éloignées du système de soins. Leur approche, fondée sur la confiance et la proximité, favorise l'adhésion des publics aux actions de sensibilisation et d'accompagnement qu'elles conduisent, notamment dans le champ de la santé mentale et de la lutte contre les addictions.

Citer les contributions de tous les acteurs de la prévention serait excessivement long, mais nous revenons, dans le rapport, sur le rôle des professionnels de santé, des hôpitaux, de l'école, des entreprises ou encore des caisses d'assurance vieillesse.

Mme Marie-Do Aeschlimann, rapporteure. – Cette diversité pourrait, ou, oserais-je dire, devrait être une source d'efficacité en permettant une complémentarité des approches : l'État apportant une vision stratégique nationale, l'assurance maladie une capacité d'intervention à grande échelle, les collectivités une connaissance fine des territoires, les associations une proximité avec les publics fragiles et les complémentaires santé une capacité d'innovation et d'accompagnement personnalisé précieuse pour la gestion cruciale du « dernier kilomètre ».

Toutefois, la richesse que pourrait constituer cette pluralité d'approches et de formats d'intervention demeure aujourd'hui largement inexploitée, du fait d'une gouvernance excessivement verticale et centralisée. La conception et la définition des politiques de prévention restent en effet concentrées autour du ministère de la santé : les autres ministères y interviennent peu, faisant obstacle au développement d'une approche « une seule santé » (« *One health* »), tandis que les autres acteurs de prévention n'y sont, dans les faits, pratiquement pas associés.

Par conséquent, chaque acteur travaille en silo : au lieu de se compléter, les initiatives se juxtaposent, voire se superposent, au risque de détériorer la lisibilité des actions proposées, voire de saper la confiance dans la politique conduite. Lorsque l'on propose, par manque de coordination, à un assuré déjà malade un dépistage pour la pathologie dont il souffre, c'est toute la crédibilité de la politique de prévention qui en pâtit…

Les modalités actuelles de gouvernance ne permettent pas de valoriser les retours de terrain et limitent la diffusion des expérimentations locales pourtant prometteuses : faute de cadre de concertation, l'État et l'assurance maladie ne peuvent enrichir les dispositifs qu'ils portent en s'inspirant des résultats concluants de programmes portés par d'autres acteurs.

Plus préoccupant encore, la gouvernance ne garantit aujourd'hui plus l'ambition des politiques menées : alors que l'on reste, mi-2026, toujours en attente de la publication de la SNS 2023-2033, la prévention se voit dépourvue

de priorités claires, et les mesures présentées par le Gouvernement, PLFSS après PLFSS, s'apparentent davantage à des rustines qu'à un corpus de mesures cohérentes traduisant une vision stratégique établie. Cela laisse à penser que l'État et l'assurance maladie ne sont plus en mesure, financièrement mais aussi idéologiquement, de porter seuls la politique de prévention.

Mme Marion Canalès, rapporteure. – Face à ces constats, nous avons souhaité orienter nos travaux sur deux grandes thématiques d'action, pour formuler des recommandations concrètes : la première propose différents leviers pour renforcer l'accessibilité des dispositifs de prévention, améliorer les taux de participation et, ainsi, lutter contre les inégalités de santé ; la seconde définit les conditions d'une gouvernance rénovée des politiques de prévention, dans un souci d'efficacité et de soutenabilité des dépenses.

Intéressons-nous d'abord aux conditions d'une accessibilité renforcée de la prévention.

De façon générale, le constat qui s'impose est que les dispositifs de prévention à vocation universelle présentent des limites bien identifiées : manque d'adhésion des usagers, absence de ciblage des populations les plus à risque... Au final, ces programmes présentent une matrice coût-bénéfice insuffisante. En réponse à cet écueil, auquel sont malheureusement confrontés nombre de dispositifs, plusieurs leviers peuvent être mobilisés.

Le concept d'universalisme proportionné propose de recourir à une approche modulée selon les publics visés, pour améliorer la participation des usagers et optimiser les moyens consacrés aux actions de prévention. Il s'incarne notamment dans les actions d'aller vers, dont la mise en œuvre nécessite le recours à des acteurs de proximité formés, et une continuité d'action dans le temps long. L'accompagnement personnalisé et de proximité a en effet démontré des résultats probants dans de nombreux programmes. Néanmoins, l'aller vers est une démarche coûteuse, compte tenu des ressources humaines et du temps qu'elle mobilise, ce qui justifie qu'elle soit ciblée et régulièrement évaluée. Sous ces réserves, nous préconisons donc un recours plus systématique à cette démarche, en associant d'autres acteurs que l'assurance maladie – nous y reviendrons. Il nous semble également que les dispositifs de prévention, ponctuels et fragmentés, devraient être articulés dans le cadre d'un parcours de prévention global et personnalisé, permettant de suivre et d'accompagner les usagers tout au long de leur vie. Ainsi, les rendez-vous de prévention ne devraient pas consister en un épisode ponctuel déconnecté de tout parcours de suivi ; l'objectif est de retisser un contact avec les usagers et d'entretenir le lien tout au long de la vie. Sans suivi, un simple rendez-vous ne saurait avoir d'impact bénéfique significatif.

Favoriser la participation des usagers suppose aussi de savoir susciter l'adhésion. Cela passe par l'incarnation des discours, par la déstigmatisation des pathologies, par la réitération des messages et la valorisation d'une culture positive de la prévention. À cet égard, nous tenons à partager notre réelle

préoccupation quant au projet de recentralisation des campagnes de communication en santé publique par le ministère de la santé, au détriment de Santé publique France. Ces dernières années, l'annulation de plusieurs campagnes sur la consommation nocive d'alcool, préparées en toute indépendance par cette agence experte, soulève en effet des inquiétudes légitimes. Et je tiens, à titre personnel, à m'étonner de la faiblesse actuelle des campagnes de prévention contre l'addiction aux jeux, alors que nous sommes en pleine période de coupe du monde de football…

Par ailleurs, la mobilisation des usagers les plus rétifs ou les moins convaincus par les actions de prévention nous semble devoir passer par une meilleure prise en compte des spécificités culturelles et sociales des publics destinataires. Intégrer cette dimension culturelle dans la conception des dispositifs et dans les modalités de leur mise en œuvre, en s'appuyant sur des acteurs locaux, permettrait de bâtir des stratégies d'action plus performantes. Il est essentiel, dans ce cadre, de pouvoir s'appuyer sur des médiateurs en santé, qui jouent le rôle d'ambassadeurs de la prévention, ainsi que sur le savoir-faire des associations. Leur mission de proximité, la plasticité de leurs modes d'intervention et la personnalisation de leurs actions permettent de relayer les dispositifs de prévention auprès des publics les plus difficiles à atteindre ou à convaincre, contribuant ainsi à assurer le « dernier kilomètre » de l'action publique que les autorités de santé et les acteurs institutionnels peinent à prendre en charge. Leur action doit être soutenue.

Mme Nadia Sollogoub, rapporteur. – Un autre levier d'action essentiel pour renforcer la mobilisation des usagers sur les enjeux de prévention nous semble être le recours au numérique en santé et, plus largement, le soutien à des programmes expérimentaux innovants.

J'évoquerai en priorité les données de santé, au cœur de la révolution du numérique en santé, qui pourraient substantiellement renforcer la portée et l'efficacité des actions de prévention. Les possibilités qu'elles offrent sont nombreuses. D'abord, ces données peuvent permettre une véritable personnalisation de nos stratégies de prévention. Demain, le dépistage du cancer du sein pourrait reposer sur l'évaluation d'un niveau de risque individuel, qui déterminerait pour chaque femme le type et la fréquence des examens de dépistage proposés. Il y a là un champ d'étude essentiel dont nous devons nous saisir. La prévention algorithmique est une autre application possible des données de santé qui, exploitées en quantité et croisées à des algorithmes sophistiqués, permettent de définir des traitements préventifs adaptés à la situation de chaque personne, tenant compte des habitudes de vie, des antécédents médicaux et de l'existence de mutations génétiques.

À ce sujet, nous nous sommes beaucoup interrogées sur l'opportunité de permettre aux complémentaires santé d'exploiter des données de santé à des fins de prévention. Il est certain qu'une telle éventualité offrirait des perspectives prometteuses pour permettre aux mutuelles de proposer à leurs adhérents des offres préventives mieux ciblées, mieux calibrées, et donc plus

efficientes. Pour autant, s'il est déjà proscrit aux complémentaires santé de moduler leurs tarifs en fonction de l'état de santé du patient dans le cadre, très majoritaire, du contrat solidaire, nous n'ignorons pas le risque d'un détournement plus diffus avec une sélection indirecte. Par conséquent, la prudence commande d'écarter une ouverture non modulée de la possibilité, pour les complémentaires santé, d'exploiter des données à des fins préventives. Nous recommandons donc d'expérimenter, dans un premier temps, l'exploitation par ces organismes des seules données de santé non sensibles, à des fins exclusives de prévention ciblée – et non personnalisée. Ce dispositif devrait naturellement être assorti de mécanismes robustes de sécurisation et de contrôle.

Enfin, nous partageons la conviction que Mon espace santé peut constituer un outil essentiel au service de la prévention. Nous en sommes encore loin, et pour cause : moins de la moitié des assurés dispose aujourd'hui d'un compte activé, et les messages de prévention relayés sur Mon espace santé sont peu personnalisés, puisqu'ils ne prennent en compte ni les antécédents de soins d'une personne ni son territoire de résidence. Nous ne nous satisfaisons évidemment pas de cette trop lente montée en charge de l'outil. Le développement des fonctionnalités de Mon espace santé et la démocratisation de son usage doivent constituer des priorités : c'est à cette condition que nous pourrons en faire un véritable carnet de prévention numérique, proposant un suivi individualisé des comportements de santé, et diffusant des informations et des conseils de prévention ciblés. Nous proposons d'ailleurs que Mon espace santé permette de diffuser les actions de terrain portées par les collectivités territoriales, les associations et les organismes complémentaires d'assurance maladie, qui seraient adressées aux assurés en fonction de leur territoire de résidence.

S'agissant des programmes expérimentaux innovants, je dirai simplement un mot de la dynamique très positive des expérimentations de l'article 51, dont les deux tiers environ intègrent une approche de prévention. Elle témoigne de la capacité d'initiative des acteurs pour développer la prévention en santé, et du caractère mobilisateur qu'elle revêt pour les équipes de professionnels de santé. Je pense, par exemple, au programme Icope de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées, récemment généralisé.

Mme Marie-Do Aeschlimann, rapporteure. – Dans ce premier axe de travail pour améliorer l'accessibilité de la prévention, nous avons évoqué une diversité de leviers devant permettre de renforcer la mobilisation et susciter leur adhésion. L'autre axe, au moins aussi essentiel, consiste à démultiplier les relais de prévention, c'est-à-dire non seulement les espaces mais aussi les opérateurs de prévention.

Face à la diversité des enjeux de prévention, l'objectif commun vers lequel nous devons tendre est de parvenir à construire une culture globale de la prévention. Réussir le virage de la prévention, c'est ainsi l'inscrire au cœur d'un projet social et citoyen. Cela suppose d'être en capacité de mobiliser tous

les usagers et tous les opérateurs de prévention dans des lieux de vie du quotidien. Ces lieux incluent l'école, les entreprises, mais aussi des tiers-lieux ouverts sur la ville et les établissements de santé. Les opérateurs recouvrent les professionnels de santé, les services de PMI et de santé scolaire, qui requièrent selon nous une attention prioritaire, mais aussi de nouveaux acteurs, en particulier les médiateurs en santé, profession que nous proposons de doter d'un statut de niveau législatif pour parachever leur reconnaissance et soutenir la mise en œuvre des actions d'aller vers.

Il n'est pas possible ici d'entrer dans le détail de tous nos constats ni de toutes nos préconisations. Je m'arrêterai donc seulement sur l'école, la santé scolaire et les services de PMI, puis sur les structures de santé.

La promotion de la santé fait partie des missions dévolues à l'éducation nationale, mais elle n'est en réalité que très peu assumée. D'une part, les enseignements qui lui correspondent ne sont pas toujours dispensés : un quart des établissements indique, par exemple, n'avoir jamais mis en œuvre l'éducation à la vie sexuelle et affective. D'autre part, les services de santé scolaire ne parviennent pas à assurer toutes les missions qui leur sont confiées : pour preuve, 20 % des élèves seulement bénéficient de la visite médicale de la sixième année.

La santé scolaire, comme les services de protection maternelle et infantile pilotés par les départements, est aujourd'hui en état de grande fragilité. Alors que ces services devraient constituer des vecteurs prioritaires de la prévention, les annonces faites par le Gouvernement lors des Assises de la santé scolaire ne suffiront pas à redresser la situation. Les services de PMI, eux aussi, ont vu leurs missions s'accumuler au détriment de la prévention et leurs effectifs diminuer. L'école ne peut pas tout, mais nous considérons qu'elle a un rôle essentiel à jouer pour atteindre l'objectif d'une génération « prévention » à l'horizon de 2040, que nous proposons de nous fixer. Il faut, pour cela, investir dans la promotion de la santé dès le premier degré d'enseignement, en sanctuarisant des temps de prévention au cours de l'année scolaire. Il est aussi indispensable de définir les conditions d'une attractivité véritablement renforcée des métiers de la santé scolaire et de la protection maternelle et infantile : la création d'une spécialité infirmière autonome pour les infirmiers du corps de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur y participera.

Les établissements de santé, qui accueillent environ 13 millions de personnes en hospitalisation et près de 14 millions aux urgences, bénéficient d'atouts importants pour porter des actions de prévention. Quoiqu'essentiellement positionnés sur le curatif, ils développent déjà de telles actions, mais leur contribution à une stratégie de prévention plus large pourrait être davantage soutenue et valorisée. Ainsi, la démarche du « *make every contact count* », déjà déployée au Royaume-Uni, propose de mettre à profit toutes les opportunités de rencontre de l'usager pour sensibiliser, détecter et, si besoin, orienter vers un parcours de soins. Une telle démarche, dont les résultats probants ont été démontrés, participerait à ancrer une

culture de la prévention au cœur des espaces du soin, modifiant ainsi l'approche des professionnels de santé mais aussi les habitudes des usagers. Les structures d'exercice coordonné, elles aussi, présentent un potentiel indéniable pour construire des parcours de prévention territorialisés, au plus près des usagers, en formant une passerelle entre la prévention et le soin.

Enfin, nous nous sommes attelées à proposer des clés pour rénover la gouvernance des politiques de prévention. Il s'agit là d'un impératif d'efficience et de soutenabilité de nos dépenses.

La première clé est d'inscrire un Ségur de la prévention à l'agenda politique. Il nous faut sortir de la situation paradoxale dans laquelle nous sommes plongés : alors que tous les acteurs s'accordent sur la nécessité de réorienter durablement notre système de santé vers la prévention, il est incompréhensible que le principal document de pilotage stratégique censé fixer ce cap, la SNS, fasse toujours défaut. La publication rapide d'une SNS structurée autour des enjeux de prévention et hiérarchisant les priorités d'action est donc indispensable. Celle-ci doit être le point de départ, et non l'aboutissement, d'une refondation plus ambitieuse de la politique en matière de prévention, marquée par une nouvelle grande loi de santé publique, sur le modèle de celle de 2004, permettant de définir des orientations pluriannuelles.

Mme Nadia Sollogoub, rapporteur. – En matière de gouvernance, nous souhaitons faire de la prévention l'affaire de tous plutôt que l'affaire de chacun. Pour valoriser les apports de l'ensemble des acteurs de la prévention, il est indispensable de leur réserver une place dans la gouvernance, en suivant une approche hiérarchisée autour de grandes priorités, ascendante, partenariale, spécialisée et centrée sur la gestion du « dernier kilomètre ».

Pour cela, nous proposons de former une coalition des opérateurs de prévention, rassemblant l'assurance maladie et l'État, mais aussi les complémentaires santé, des représentants des collectivités territoriales et des professionnels de santé, voire d'autres acteurs comme la branche autonomie et les caisses de retraite obligatoire et complémentaire.

Cette coalition, conçue comme une instance de dialogue et non comme une agence, se verrait confier trois missions. Assistée par des autorités scientifiques, il lui reviendrait de participer à la construction des priorités nationales en matière de prévention, d'élaborer les actions et de définir leur mode de financement. Elle serait également chargée de concevoir les modalités de déclinaison opérationnelle des priorités identifiées, en désignant des « chefs de file » thématiques et en faisant de la réflexion sur la gestion du « dernier kilomètre » une priorité. La Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et la DGS assureraient la gestion opérationnelle et la coordination entre les différents chefs de file. Enfin, la coalition des opérateurs de prévention serait chargée de procéder à l'évaluation *in itinere* et *ex post* des politiques conduites, afin de les faire évoluer sur la base des retours de terrain et des bonnes pratiques remontées par les acteurs.

Au-delà de cela, nous nous sommes particulièrement attachées à penser la place des complémentaires santé dans l'écosystème préventif. Leur implication constitue un levier stratégique d'ampleur : outre les moyens complémentaires qu'elles peuvent mobiliser au service d'une ambition préventive renouvelée, les complémentaires santé peuvent mettre à contribution leur proximité avec leurs adhérents pour déployer des actions ciblées et amener les assurés à participer effectivement aux actions proposées. Volontaires et engagées dans le virage préventif, leurs initiatives sont toutefois bridées par l'absence de reconnaissance législative de leur rôle en matière de prévention, que nous proposons de pallier, ainsi que par une catégorisation impropre de certaines de leurs dépenses de prévention comme des frais de gestion, à laquelle il appartient au Gouvernement de mettre fin. Dans le prolongement logique des nouvelles responsabilités qui leur seraient reconnues, nous souhaiterions qu'elles renforcent leur investissement en matière de prévention, en y consacrant a minima 2 % des primes qu'elles collectent.

Mme Marion Canalès, **rapporteure**. – La gouvernance de la politique de prévention doit être consolidée à l'échelle territoriale.

D'une part, il convient de renforcer l'action des collectivités, toutes compétentes à des degrés divers pour intervenir dans le champ sanitaire, et faire de l'approche « une seule santé » un marqueur clair de leur engagement. Le large éventail de leviers dont elles disposent pour agir sur les principaux déterminants de santé – restauration scolaire, aménagement urbain, logement, mobilité – leur confère une place privilégiée pour promouvoir une approche globale et intégrée de la santé, au plus près des réalités territoriales et des besoins des populations.

D'autre part, il est nécessaire de renforcer l'articulation de l'action des collectivités avec celle des agences régionales de santé (ARS), afin de prévenir l'émiettement de l'action publique et la dispersion des moyens, notamment dans le champ de la santé mentale. Pour cela, le plus efficace serait de s'appuyer sur des outils existants ayant déjà fait la preuve de leur utilité : les contrats locaux de santé (CLS) et les contrats locaux de santé mentale (CLSM). Il importe désormais de soutenir et de renforcer leur développement. Rappelons que la dynamique des CLS est récente, parfois encore fragile, et que les CLSM ne couvrent pas encore suffisamment les territoires ruraux.

Nous proposons, enfin, une refonte en profondeur des modalités de financement des actions de prévention, aujourd'hui illisibles pour les assurés, peu incitatives pour les professionnels de santé, et insécurisantes pour les porteurs de projets.

D'abord, la politique de solvabilisation des dépenses de prévention pour les assurés échappe à toute doctrine. La prévention poursuivant par essence un objectif universel, la loi offre une prise en charge intégrale pour certains actes, comme les rendez-vous de prévention ou les trois dépistages

nationaux de cancer. Ce régime dérogatoire ne s'applique toutefois pas à toutes les actions de prévention, sans qu'une quelconque logique ait semblé présider à ces choix : ainsi, alors que certains vaccins recommandés, comme celui contre la grippe saisonnière, sont remboursés à 100 % par la sécurité sociale, un ticket modérateur frappe le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, pourtant obligatoire. De surcroît, la prise en charge intégrale par l'assurance maladie ne prémunit pas l'assuré contre tout reste à charge, puisqu'il reste redevable des franchises et participations forfaitaires. Il en résulte une politique illisible : l'assuré n'est jamais en mesure de savoir à l'avance s'il aura à supporter un reste à charge.

Par conséquent, l'effort financier consenti par l'assurance maladie pour rendre la prévention accessible au plus grand nombre apparaît aujourd'hui inefficient.

Pour y répondre, nous proposons de consacrer une doctrine de « reste à charge perçu zéro » pour la prévention. L'enjeu est d'internaliser la complexité du financement et de garantir au patient qu'il n'aura pas à financer une action de prévention à laquelle il est éligible, quelle que soit sa nature ou l'identité des financeurs. Sans nécessiter une généralisation de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie, cela suppose que l'ensemble des actions de prévention non prises en charge intégralement fassent l'objet d'une solvabilisation complète par l'assurance maladie complémentaire, sans avance de frais. Il s'agit, pour les actions cofinancées, de généraliser le modèle introduit avec la réforme du dispositif « M'T Dents » : un modèle vertueux, qui permet de renforcer l'envergure des actions conduites à coût constant pour l'assurance maladie, tout en prémunissant tous les assurés contre le risque de reste à charge, y compris ceux dépourvus de complémentaire santé.

Pour aboutir à ce « reste à charge perçu zéro », la mission recommande également d'écarter l'application des participations forfaitaires et des franchises aux actes relevant de la prévention : appliquer ces forfaits de responsabilité à des actes qui relèvent par essence d'une démarche individuelle et collective de responsabilité sanitaire tient de l'incongruité.

Mme Nadia Sollogoub, rapporteur. – Les modalités de financement ne sont guère plus vertueuses pour les porteurs d'initiatives, qui demeurent largement dépendants d'appels à projets souvent annuels, nécessitant un investissement administratif important et laissant planer une incertitude constante sur la reconduction des financements.

Une telle approche favorise le saupoudrage des crédits et s'avère peu adaptée à la prévention, dont les effets ne se mesurent qu'à moyen ou long terme et dont l'efficacité suppose la stabilité des équipes, des dispositifs et des partenariats territoriaux. Il convient donc de réformer ce modèle, pour privilégier une logique d'investissement durable, articulée autour d'appels à projets pluriannuels et de modalités de financement adaptées aux actions qui

ont fait la preuve de leur efficacité – aujourd'hui parfois interrompues faute de financement.

Enfin, le virage préventif suppose une évolution profonde des modes de rémunération des professionnels de santé. Conçu pour rémunérer une intervention ponctuelle, identifiable et immédiatement quantifiable, le paiement à l'acte valorise prioritairement les soins curatifs, au détriment d'actions de prévention dont les effets sont souvent diffus, différés et collectifs.

Il convient donc de renforcer les modes de rémunération alternatifs déjà introduits pour les médecins libéraux, à l'image du forfait médecin traitant, et de les étendre à d'autres catégories de professionnels de santé. Il serait également opportun d'engager une évolution vers un financement forfaitaire au parcours, permettant une valorisation globale d'actions inscrites dans la durée, dans les établissements de santé comme dans les structures d'exercice coordonné. Nous accueillons, à cet égard, très favorablement une expérimentation actuellement déployée dans certaines maisons de santé volontaires, consistant à substituer au paiement à l'acte de médecine générale un forfait de prise en charge déterminé en fonction des caractéristiques des patients et du territoire.

Mme Marie-Do Aeschlimann, rapporteure. – Notre rapport aborde encore de nombreux autres enjeux que nous n'avons pas pu développer ici, mais qui nous semblent néanmoins essentiels : les stratégies de lutte contre la désinformation en santé, l'importance d'améliorer la littératie en santé – capacité de chacun à intégrer un message de prévention pour en tirer un bénéfice individuel –, ou encore le rôle de la confiance dans l'adhésion aux actions de prévention. Signalons à cet égard que l'adhésion à la vaccination était en baisse en 2024. Nous vous invitons donc à lire avec attention l'ensemble du contenu du rapport.

En définitive, nos travaux montrent que la France ne manque ni d'acteurs engagés ni d'initiatives en matière de prévention. L'enjeu réside désormais dans notre capacité collective à dépasser la dispersion actuelle pour bâtir une stratégie de prévention plus lisible, plus coordonnée et pleinement inscrite dans le temps long.

Le virage préventif ne sera accompli que lorsque nous serons parvenus à mobiliser les assurés pour en faire des acteurs de leur santé, et à pleinement intégrer la prévention à chaque étape du parcours de vie. Il faudra aussi que les modalités de financement des actions de prévention garantissent l'adhésion des assurés, l'implication des professionnels et la pérennité des projets portés. Enfin, il faudra que les relais de prévention aient été démultipliés et coordonnés dans le cadre d'une gouvernance rénovée, ouverte, partenariale et ascendante.

C'est cette transformation profonde de notre modèle de santé que les propositions de ce rapport entendent engager.

M. Philippe Mouiller, président. – Merci pour ce travail considérable. Je retiens surtout votre conclusion sur la nécessité d'une stratégie coordonnée et pilotée. C'est un point essentiel.

Mme Florence Lassarade. – Merci aux rapporteurs pour la qualité de leur présentation, très détaillée.

Je crains néanmoins que vous n'ayez occulté la prévention primaire chez l'enfant. On observe une hausse exponentielle des cancers chez les jeunes, probablement liée au fait que l'alimentation industrielle prend le pas sur l'alimentation faite maison. La sédentarité, qui commence très tôt dans la vie, me semble également avoir été oubliée. Il y a certes les écrans, mais on supporte aussi de moins en moins que les enfants bougent et on ne les y incite plus. Cette question du tout début de la vie n'est pas réellement évoquée, mais peut-être est-ce dû au fait que l'on s'habitue à voir disparaître les pédiatres, qui sont acteurs de la prévention…

Je suis en revanche tout à fait d'accord avec vous sur l'implication des kinésithérapeutes dans les examens de santé : on peut faire beaucoup d'économies de santé en s'appuyant sur ces acteurs de terrain, disponibles et nombreux.

Une partie des Français n'adhère ni à la vaccination ni au dépistage. Chaque année, Octobre rose, qui mobilise toujours les mêmes acteurs sans jamais toucher les femmes qui en auraient le plus besoin, est un rendez-vous manqué.

J'ai assisté récemment à une journée de prévention organisée par une communauté de communes, où le président local de la fédération de cardiologie a eu le malheur d'évoquer l'émancipation des femmes et la question du tabac : la députée lui a reproché une cardiologie « à la papa » et l'a sommé de sortir du patriarcat… Cela pose la question de savoir si l'on est prêt à entendre certaines choses pourtant simples !

Mme Corinne Imbert. – Merci à nos trois collègues pour la qualité de leur rapport. Je partage les conclusions que Marie-Do Aeschlimann : nous ne partons pas de rien, les actions sont dispersées, et nous avons besoin d'une stratégie plus visible pour nos concitoyens. Mais n'oublions pas que la prévention relève aussi de la responsabilité individuelle.

La Mutualité sociale agricole (MSA), notamment dans mon département de Charente-Maritime, avait conduit une action « Bien manger, bien bouger » dans les écoles élémentaires. C'est une initiative qui mériterait d'être encouragée.

Les bilans de prévention ne se développent pas, notamment faute de temps pour les professionnels de santé. On leur a confié de nouvelles compétences, or ils ne peuvent pas être partout ! Je suis bien sûr favorable à ce que les kinésithérapeutes soient associés à ces bilans, j'avais d'ailleurs réclamé cette évolution lors de l'institution de ce dispositif.

La PMI et la santé scolaire doivent aussi participer à la prévention. Au conseil départemental de la Charente-Maritime, les bilans sensoriels pour les élèves de quatre ans en maternelle donnent de très bons résultats, mais ils supposent des ressources humaines. Donc vigilance sur les moyens des départements !

Et je n'oublie pas le rôle des organismes complémentaires d'assurance maladie.

Je le redis : nous avons besoin d'une vraie loi de prévention en santé, pluriannuelle, avec des objectifs et des moyens.

Mme Annie Le Houerou. – Comme Corinne Imbert, une loi de programmation pluriannuelle de santé me semble clé. Le rapport détaille-t-il ce point ?

Thomas Fatôme, directeur général de la Cnam, dénonçait en matière de prévention un budget moins volontariste que le discours : en 2022, la France a consacré 3,9 % de ses dépenses de santé à la prévention, contre près de 8 % au Royaume-Uni et en Allemagne, et 5,5 % en moyenne en Europe.

Or, comme vous l'avez souligné, ces dépenses de prévention ne sont pas mesurées. Sommes-nous capables, dans le cadre d'une loi pluriannuelle de santé, d'individualiser ces dépenses ? Cela permettrait de démontrer l'ampleur des économies possibles. En effet, d'après l'économiste Nicolas Bouzou, si la France s'alignait sur les meilleures pratiques de prévention de l'OCDE, nous ferions 17 milliards d'euros d'économies par an sur les maladies chroniques, et 6,5 millions de cas seraient évités. Alors que notre système curatif tourne en rond…

Prenons l'exemple du dépistage du cancer du sein : les campagnes de prévention sont plutôt bien faites, mais alors que l'on est pris en charge dans la journée à Gustave Roussy, chez nous, il faut attendre plus d'un an pour avoir un rendez-vous, faute de professionnels de santé et de structures d'accueil. D'où une prise en charge tardive – avec, au-delà de la mise en danger des personnes concernées, des coûts en santé non négligeables.

Quel est votre avis sur l'individualisation d'un budget prévention dans une loi pluriannuelle de santé ?

M. Alain Milon. – Merci à nos trois mousquetaires, parties à la recherche des ferrets de la reine. La gouvernance de la prévention est disséminée un peu partout : difficile de s'y retrouver !

Il existe au moins deux types de prévention : celle qui empêche les maladies d'arriver – la plus importante – et celle qui les prédit, avec l'intelligence artificielle notamment.

Les maladies qui arrivent sont liées, notamment, à l'alimentation. N'avons-nous pas intérêt à mettre en place des lois sur l'alimentation, à l'image de ce que la loi Évin a fait pour le tabac ? Lors des retransmissions

télévisées des matchs de football, les publicités pour les aliments industriels et pour les chaînes de restauration rapide sont nombreuses ! Il convient de faire de la prévention en milieu scolaire, or la médecine scolaire est malade… Mais ne faudrait-il pas aussi interdire certains types de publicité à certaines heures de la journée ? Le Nutri-score est une bonne chose, encore faut-il que le consommateur comprenne ce qu'il signifie.

Il y a aussi l'alcool, le tabac, et désormais le vapotage qui, dans quelques années, risque d'entraîner lui aussi des maladies chez ceux qui l'ont pratiqué jeunes...

Rappelons que le Conseil national de la Résistance (CNR), en créant l'assurance maladie, visait à soigner les maladies de l'époque. La prévention de l'époque, c'était la vaccination – contre la tuberculose, la poliomyélite, la diphtérie, etc. Avec Ma Santé 2022, Agnès Buzyn a rendu treize vaccins obligatoires chez le nourrisson. Mais pourquoi la vaccination contre le papillomavirus n'est-elle pas obligatoire ? Pour des raisons financières ?

N'ayons pas peur des obligations et des interdictions, même si cela peut faire un peu autoritaire : de temps en temps, cela ne fait pas de mal. *(Sourires)*

Mme Frédérique Puissat. – Merci à nos rapporteurs. J'interviens pour le compte de Pascale Gruny qui avait conduit en 2021 une mission pour renforcer la prévention en santé au travail – un champ que vous n'avez pas évoqué dans votre intervention, le sujet étant déjà bien assez vaste. Le lieu de travail constitue pourtant une opportunité à développer pour la gestion du « dernier kilomètre » qui facilite l'accès à des outils de prévention.

Le document unique d'évaluation des risques professionnels (Duerp) est devenu, au fil des réglementations, une véritable usine à gaz que plus personne ne met en œuvre, alors que l'intention de départ était préventive. Plutôt que d'inventer de nouveaux outils, mieux vaudrait simplifier l'existant.

Chaque année, nous délestons la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) d'environ un milliard d'euros – un montant qui croît d'année en année –, alors qu'elle finance des outils de prévention dans les entreprises. En ponctionnant cette branche au motif d'une sous-déclaration, nous nous privons aussi d'outils de prévention.

Pourquoi ne pas intégrer la médecine du travail dans votre coalition des opérateurs ?

Mme Marie-Do Aeschlimann, rapporteure. – Oui, la prévention à l'école et dans la petite enfance est cardinale, puisque tout commence là. Vous trouverez dans le rapport des développements sur la PMI, les départements, l'école, etc. Nous soutenons à ce titre la démarche des écoles promotrices de santé, et nous préconisons de mutualiser les actions de prévention à l'école – notamment sur la santé sexuelle, le sport santé et l'alimentation. Nous réfléchissons même à intégrer un temps de prévention dans le temps scolaire.

Corinne Imbert a évoqué la faiblesse des taux de réalisation des rendez-vous de prévention. Dans le rapport, nous les mettons en regard des moyens importants consacrés par l'assurance maladie aux campagnes de communication. Nous attribuons également cette difficulté à l'insuffisance de la rémunération de ces bilans, par rapport aux consultations classiques.

Nous devons travailler sur la rémunération de la prévention, car elle prend du temps, qui doit être comptabilisé, et sans doute rémunéré, malgré la contrainte de l'équilibre des comptes sociaux. Il faut aussi revaloriser les actes de prévention effectués par les professionnels de santé.

Enfin, il faut agir sur le « dernier kilomètre », à l'école, dans les associations, etc. Nous proposons de créer des médiateurs de prévention en santé, pour faciliter l'adhésion des publics les plus vulnérables et les plus éloignés du soin.

Mme Marion Canalès, rapporteure. – Nous aurions dû d'emblée préciser que ce rapport, dont le champ est déjà très vaste, ne traite ni de prévention des risques professionnels – même si la prévention en santé sur le lieu de travail est traitée, notamment avec la recommandation n° 21 du rapport – ni de santé environnementale – même si le concept « une seule santé » s'impose à nous.

Monsieur Milon, plusieurs de nos recommandations portent sur l'alimentation, l'alcool et le tabac, qui prolongent les conclusions du rapport d'Élisabeth Doineau et de Cathy Apourceau-Poly et l'ambition de la loi Gattolin sur le marketing alimentaire. Sur les drogues, j'ai notamment inséré un encart sur le volet prévention qui devait constituer l'acte II de la loi Narcotrafic.

La loi Évin, qui interdit la publicité pour le tabac, s'applique au cinéma et à la télévision, mais les jeunes sont aujourd'hui sur les réseaux. Alors que les coûts sociaux de la consommation de tabac et d'alcool dépassent les 100 milliards d'euros, nos grandes lois de prévention doivent s'adapter à ces nouveaux supports, *via* notamment les influenceurs, pour certains vecteurs de désinformation, mais qui pourraient devenir, pour d'autres, de véritables relais de prévention.

Mme Nadia Sollogoub, rapporteur. – Madame Lassarade, nous n'avons pas omis la prévention primaire à l'école : voyez nos recommandations n^{os} 4, 6 et 17. Malheureusement, en l'absence d'une grande loi fixant une stratégie précise, tout ce qui est fait perd en lisibilité.

Madame Le Houerou, je rejoins votre constat : les inégalités d'accès aux soins amplifient les difficultés d'accès à la prévention, d'où l'intérêt, à nouveau, d'une grande loi.

Les actions de prévention institutionnelle peuvent être chiffrées ; mais pour les autres, le chiffrage, difficile, intervient *a posteriori*. Nous manquons aussi d'indicateurs de résultats – c'est l'une des recommandations du rapport.

Monsieur Milon, la désinformation en santé contrecarre l'information vertueuse, en particulier sur les réseaux.

Mme Brigitte Bourguignon. – Merci pour ce rapport très dense.

La prévention demande d'abord du courage politique – il en a fallu à Claude Évin et à Agnès Buzyn pour imposer des mesures impopulaires. Elle demande aussi de changer notre regard : la prévention doit être présentée comme un investissement social.

Vous avez soulevé le problème de la méthode : les appels à projets sont de vastes opérations administratives, chronophages, sans visibilité dans le temps faute de pluriannualité. Votre proposition de gouvernance par une coalition des opérateurs de prévention est bienvenue.

Ministre déléguée chargée de l'autonomie, j'avais établi un plan anti-chute ; or il se heurte, encore aujourd'hui, aux deux mêmes obstacles que vous décrivez : la nécessité de passer par des appels à projets, et un fonctionnement en silo, dénoncé tant par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) que par les départements.

Comment la politique de prévention britannique est-elle financée ? Qui en est le principal acteur ? On sait que les Britanniques n'ont pas la meilleure couverture santé…

On reproche aux messages de prévention soit d'infantiliser les Français, soit de ne pas les avoir suffisamment prévenus… Il faut trouver le juste milieu.

M. Olivier Henno. – Merci à nos rapporteurs.

Comme dans nombre de nos politiques publiques, nous avons du mal à fixer des priorités. Or la prévention doit devenir LA priorité. Nous en sommes loin, d'où l'intérêt d'une grande loi, d'autant que le manque de prévention engendre de fortes inégalités sociales et territoriales.

L'interdiction est parfois nécessaire. Lorsque Xavier Bertrand a décidé d'interdire de fumer dans certains lieux publics, mon père, fumeur, était furieux, au nom de la liberté – c'était assez théâtral. Mais cela a fonctionné et personne, pas même les fumeurs, ne songerait à revenir en arrière. Il faut donc, parfois, passer par l'interdiction ; mais évitons toute moralisation qui, suscitant crispations et rejets, en devient contre-productive.

Mieux vaut inciter. Je suis favorable à l'idée d'une prise en charge bonifiée pour les patients. Mais ne pourrait-on pas aussi envisager une forme de bonus ou de bonification pour les professionnels de santé, comme certaines mutuelles belges le pratiquent ?

Mme Céline Brulin. – Merci à nos trois rapporteurs de s'être emparées de ce sujet et de l'avoir creusé de la sorte.

Il apparaît clairement que l'on a besoin d'un changement de paradigme : la tarification à l'acte ne peut plus rester le seul mode de

financement ; certains acteurs déterminants, comme la santé scolaire, ont été excessivement fragilisés ; les contraintes d'équilibre de nos comptes sociaux nous empêchent d'investir pour récolter, plus tard, des bénéfices pour le système de santé. Comment amorcer le mouvement ?

Madame Imbert, je suis en désaccord avec vous – cela nous arrive. La prévention a une dimension individuelle, bien sûr, mais elle a aussi une forte dimension sociale. Les catégories sociales les plus touchées par certains maux sont précisément celles qui sont les moins réceptives à la prévention telle qu'elle existe. Je rejoins Olivier Henno sur la moralisation : réfléchissons à la façon dont nous passons nos messages de prévention.

La parole publique n'est plus aussi crédible qu'auparavant – je le regrette. À l'inverse, des mobilisations populaires comme Octobre rose montrent que certains leviers sont efficaces.

Je vous rejoins sur le rôle des complémentaires santé en matière de prévention. L'assurance maladie obligatoire doit mieux rembourser, pour que les complémentaires se concentrent sur la prévention. Un bémol toutefois : le secteur complémentaire n'est désormais plus seulement mutualiste, mais aussi assurantiel et bancaire…

Enfin, le nombre de professionnels de santé est un vrai sujet.

M. Khalifé Khalifé. – Merci, chères collègues, pour votre travail qui nous permettra de structurer la médecine préventive.

La loi Évin avait posé un interdit. Notre médecine est fondée sur la preuve : nous connaissons désormais bien les facteurs de risque, y compris héréditaires. Nous avons donc les moyens scientifiques de faire adhérer la population ; mais il faut de la pédagogie, du temps pour que les gens s'approprient les messages, de la lisibilité dans les actions – on parle tantôt de 8 milliards d'euros dépensés pour la prévention, tantôt de 20 milliards selon les sources… –, de la motivation et de la proximité. Les contrats locaux de santé et les conseils territoriaux de santé sont aussi des leviers intéressants.

Mme Anne-Sophie Romagny. – Merci à toutes les trois pour ce rapport.

Oui, madame Brulin, la parole des institutions est décrédibilisée, mais la parole scientifique aussi. Il faut une communication beaucoup plus adaptée à nos cibles – Marion Canalès évoquait les influenceurs. Dans une société en mutation, où la moralisation n'est pas la bienvenue et où la parole scientifique n'est pas entendue, il faut sans doute davantage d'imagination pour adapter nos supports aux médias réellement utilisés.

La communication est l'art de la répétition. Voyez Octobre rose, qui a mis du temps à s'installer, mais qui est désormais un rendez-vous suivi, suscitant des dépistages. Sans nécessairement décliner ce modèle dans toutes les couleurs, cultiver cet art de la répétition, à la télévision et sur les réseaux sociaux, me semble une piste intéressante. Un courrier de dépistage du col de l'utérus, on le range dans un tiroir en se disant qu'on s'en occupera plus tard,

et on ne le fait jamais… Mais si l'on était confronté au même message tous les jours, en ouvrant son téléphone ou en allumant la télévision, peut-être ancrerait-on mieux la conscience du risque, car chacun se croit, jusqu'à preuve du contraire, à l'abri.

Le cancer colorectal est dépisté à partir de 50 ans, alors qu'il touche des populations de plus en plus jeunes, du fait notamment de la mauvaise alimentation : Jocelyne Guidez me souffle l'idée d'avancer ce dépistage à 40 ans.

Mme Émilienne Poumirol. – Tout a été dit sur l'importance de la prévention et la nécessité d'un changement de paradigme. Nous avons besoin d'acculturer à la prévention, non seulement nos concitoyens, mais aussi le monde de la santé lui-même. Nous sommes passés d'une culture centrée sur le soin de maladies comme la tuberculose, la diphtérie ou le tétanos, à une tout autre réalité.

Nous sommes tous d'accord sur la médecine scolaire.

Une commission d'enquête, à laquelle j'avais participé avec Mélanie Vogel avait appelé à une sécurité sociale écologique du XXIe siècle, intégrant pleinement l'environnement et la prévention primaire – sur l'air, l'alimentation, l'activité physique.

Je veux insister sur deux points peu évoqués jusqu'à présent : l'insuffisante formation des personnels de santé à la prévention et la question de l'organisation des soins. Tant que persistera un paiement à l'acte de consultations mono-catégorielles – le médecin d'un côté, l'infirmier de l'autre –, nous n'y arriverons pas. L'avenir est dans le travail pluriprofessionnel, en exercice libéral ou en centre de santé. Dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), qui pratiquent déjà des forfaits sur le diabète ou l'insuffisance cardiaque, la prévention est assurée par toute l'équipe.

Vous avez aussi évoqué les médiateurs en santé, encore insuffisamment reconnus, alors qu'ils jouent un rôle majeur pour aller vers les publics les plus vulnérables. J'espère que d'autres écoles pourront en former – seules trois écoles le font actuellement.

Mme Marion Canalès, rapporteure. – Mesdames Poumirol et Brulin, l'expérimentation des structures d'exercice coordonné participatives (SECPa) dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), un temps menacée, sera finalement prolongée. Ce dispositif, qui contribue à un aller-vers ciblé, gage d'efficacité, est évoqué dans notre rapport.

Mme Nadia Sollogoub, rapporteur. – Madame Poumirol, comme vous, je suis convaincue de l'intérêt des MSP, qui sont des terrains d'expérimentation du dispositif de l'article 51. Les responsables que nous avons entendus nous ont dit qu'il valait mieux rémunérer directement la structure, qui se charge ensuite de faire en sorte que le patient soit vacciné.

Monsieur Henno, sur la moralisation, nous n'avons peut-être pas assez parlé du rôle des associations, qui peuvent faire passer les messages de prévention en direction des communautés.

Oui, la désinformation en santé est un sujet, mais de nombreux travaux ont déjà été menés, dont un rapport publié en début d'année. Les messages de prévention ne sont jamais ponctuels : il faut s'acculturer collectivement, dans la durée.

Notre système est à bout de souffle, mais nous avons entre les mains un levier majeur. À nous de nous en emparer, et d'accepter d'investir dès aujourd'hui, même en situation budgétaire contrainte, pour des bénéfices ultérieurs.

Mme Marie-Do Aeschlimann, rapporteure. – Madame Bourguignon, le dispositif britannique que nous avons évoqué est financé par le *National Health Service* (NHS), l'équivalent de notre assurance maladie. Il organise, en écho à la remarque de Mme Imbert sur la périodicité des bilans, des dépistages des maladies chroniques tous les cinq ans, entre 50 et 74 ans.

Il faut aussi un parcours fait de rendez-vous réguliers et précoces – comme le suggère Anne-Sophie Romagny pour certains cancers, lorsque la prévalence augmente ou que certaines pathologies se déclarent plus tôt en raison de nos modes de vie. Et ne pas hésiter à rendre ces dépistages plus précoces pour qu'ils soient plus opérants.

Alain Milon a raison : il faut trouver un équilibre. Il faut parfois être directifs, car lorsque rien ne bouge, les patients doivent être pris par la main. Mais les usagers doivent aussi se responsabiliser et devenir acteurs de leur propre santé. C'est la question aussi de l'éducation thérapeutique des patients ; à défaut, on constate des phénomènes de non-observance des traitements, avec une dégradation de l'état de santé.

Nous devons nous adapter à ce monde de réseaux sociaux et de communication permanente, notamment pour toucher les plus jeunes, qui seront les adultes puis les personnes âgées de demain. D'où l'intérêt d'une prévention la plus précoce possible, avec des messages adaptés, plus « fun », plus pertinents, plus percutants.

Monsieur Henno, la bonification doit, bien sûr, concerner les assurés, mais aussi les professionnels, pour que chacun y trouve son compte et s'engage dans le même mouvement.

Merci à toutes et à tous pour vos contributions.

M. Alain Milon. – Je rappelle qu'à une certaine époque, les médecins faisaient des ordonnances ; aujourd'hui, ils font des prescriptions. *(Sourires.)*

Les recommandations sont adoptées.

La commission adopte, à l'unanimité, le rapport d'information et en autorise la publication.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES

Auditions

- **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)**

Benoît Ourliac, sous-directeur de l'observation de la santé et de l'assurance maladie

Clément Dherbecourt, adjoint au sous-directeur des synthèses, des études économiques

Geoffrey Lefebvre, chef du bureau de l'analyse des comptes sociaux

- **Académie nationale de médecine**

Pr Christian Boitard, secrétaire perpétuel et professeur émérite de l'université Paris-Cité

Pr Yvon Lebranchu, trésorier et professeur émérite de l'université de Tours

Pr Étienne Minvielle, membre correspondant et directeur de l'Institut interdisciplinaire de l'innovation, Centre de recherche en gestion, École polytechnique/Institut Gustave Roussy

Pr Stéphane Hatem, directeur général de l'IHU-ICAN, professeur des universités-praticien hospitalier, physiologie cardiovasculaire, hôpital de La Pitié Salpêtrière

- **France Assos Santé**

Catherine Simonin, membre du Bureau et présidente de la commission société et politiques de santé de la Ligue contre le cancer

Emmanuel Ricard, délégué au service prévention et promotion du dépistage de la Ligue contre le cancer

Arthur Dauphin, chargé de mission numérique en santé

Stéphanie Pierre, chargée de mission santé publique

- **Haut Conseil de la santé publique (HCSP)**

  Pr Didier Lepelletier, président

  Ann Pariente-Khayat, secrétaire générale

  François Eisinger, président de la commission spécialisée déterminants de santé-maladies non transmissibles

  Isabelle Millot, experte

  Linda Cambon, experte

- **Société française de santé publique (SFSP)**

  François Berdougo, délégué général

  Pr Emmanuel Rusch, membre du bureau et médecin de santé publique, enseignant-chercheur à l'université de Tours, praticien hospitalier au CHU de Tours

- **Aéma Groupe**

  Patrick Brothier, vice-président et président d'Aésio Mutuelle

  Xavier Michel, directeur en charge des affaires publiques

- **Assurances France**

  Nathalie Thool, directrice prévoyance et santé de Covèa

  Marine Fernandes, chargée de mission en affaires publiques de Covéa

- **Groupama Assurances Mutuelles**

  Norbert Bontemps, directeur santé

  Adrien Van de Walle, secrétaire général, adjoint du directeur des affaires publiques

  Damien de Bloteau, directeur général de Welii

- **Groupe Vyv**

  Stéphane Junique, président

  Arnaud Boyer, directeur de la prévention

  Romain Guerry, directeur des relations institutionnelles

- **Acteurs de la Prévention**

  Stéphanie Pistre, fondatrice et coordinatrice

  Olivier Delaitre, membre de l'association et directeur des affaires publiques de Boehringer-Ingelheim

- **Fédération nationale des communautés professionnelles territoriales de santé (FCPTS)**

  Delphine Secret Pouliquen, vice-présidente, médecin généraliste

  Sophie Pierrard, trésorière adjointe, masseur-kinésithérapeute

- **Fédération nationale des centres de santé (FNCS)**

  Dr Jeanne Villeneuve, secrétaire générale

  Dr Julie Chastang, membre du Bureau

  Dr Hugues Forget, membre du Bureau

- **Santé publique France (SPF)**

  Dr Caroline Semaille, directrice générale

  Alima Marie-Malikité, directrice de cabinet

  François Beck, directeur de la prévention et de la promotion de la santé

- **Croix-Rouge française**

  Fabienne Pioch-David, directrice de la filière sanitaire

  Philippe Testa, responsable du département santé

- **Secours populaire français**

  Annie-Claire Cottu, membre du Bureau national en charge de l'accès aux soins, de la prévention santé et des médecins

  Marielle Devriese, cadre de gestion administrative en charge de l'accès au(x) droit(s), au logement et à la santé

- **Fédération Promotion santé**

  Christine Ferron, déléguée générale

- **Association régionale d'éducation et de prévention sur les territoires d'Auvergne (ARSEPT)**

Nadège Margelidon, coordonnatrice ARSEPT

Béatrice Vialet, directrice adjointe de la MSA Auvergne en charge de la recette

Rodolphe Dumoulin, directeur du développement sanitaire et social, adjoint à la direction des politiques sociales de la Caisse centrale de la MSA

- **Malakoff Humanis**

Thomas Saunier, directeur général

Anne-Sophie Godon-Rensonnet, directrice accompagnement social et prévention en entreprise

Stéphane Dupont, responsable des affaires publiques

- **Direction de la sécurité sociale (DSS)**

Clélia Delpech, sous-directrice du financement du système de soins

Marion Mathieu, adjointe au chef de mission de la coordination et de la gestion du risque maladie

Clara Tillaud, chargée de mission à la mission de coordination et de gestion du risque maladie

- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**

Julie Pougheon, adjointe à la directrice générale et cheffe de service

- **AVECsanté**

Dr Pascal Gendry, co-président

Émilie Henry, directrice

Rajaa Kobrosly, chargée de projets prévention

- **Santé mentale France**

Jean-François Bauduret, secrétaire général de la fédération

Jean-Philippe Cavroy, délégué général

- **Fédération française de psychiatrie**

  Dr Isabelle Secret-Bobolakis, secrétaire générale adjointe

- **Association laVita**

  Jean-Pierre Rosenczveig, président et magistrat honoraire

  Guy Benamozig, directeur et concepteur du dispositif laVita

- **Association Nightline France**

  Lucas Fugeard, président

  Vincent Biarneix, responsable presse et plaidoyer

- **Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam)**

  Emmanuelle Rémond, présidente

- **Psycom**

  Manon Harivel, responsable pédagogie et formation

- **Société française des médecins de l'éducation nationale (Sofmen)**

  Dr Frédérique Charasson, présidente

- **Syndicat national des médecins de PMI (SNMPMI)**

  Pierre Suesser, co-président

  Dr Corinne Bois, vice-présidente

  Dr Évelyne Wannepain, vice-présidente

- **Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesco)**

Marc Pelletier, sous-directeur de l'action éducative, service de l'accompagnement des politiques éducatives

- **Association Sésame**

  Jean-Luc Blond, président

  Marie-Chantal Daniel, membre du bureau, intervenante et membre de l'équipe de formation

- **Conseil supérieur des programmes (CSP)**

  Mark Sherringham, président

- **Agence régionale de santé de La Réunion**

  Gérard Cotellon, directeur général

- **Agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté**

  Mohamed Si Abdallah, directeur général adjoint

- **Agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur**

  Olivier Brahic, directeur général adjoint

- **Agence régionale de santé de Bretagne**

  Nathalie Le Formal, directrice en santé publique

- **Direction générale de la santé (DGS)**

  Sarah Sauneron, directrice générale adjointe

  Patricia Minaya-Flores, sous directrice adjointe santé des populations et prévention des maladies chroniques

- **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca)**

  Dr Nicolas Prisse, président

  Valentine Fournier, déléguée

  Corinne Drougard, chargée de mission santé

- **Comité National Contre Le Tabagisme (CNCT)**

  Pr Yves Martinet, président

  François Topart, chargé d'études

- **Association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN)**

  Floriane Breton, secrétaire générale

  Mélissa Philis, référente commission santé publique

- **Association Addictions France**

  Dr Hervé Martini, secrétaire général

  Myriam Savy, directrice de plaidoyer

  Morgane Mérat, chargée de mission politiques publiques

- **Fédération française de cardiologie**

  Pr Gérard Helft, président

  Aline Carré, déléguée générale

- **Centre Ellasanté**

  Emmanuelle Leclerc, présidente

  Dr Alain Ducardonnet, référent médical prévention, cardiologue

- **Fondation Cœur et recherche**

  Pr Ariel Cohen, président

  Élisabeth Riboud, déléguée générale

- **Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom)**

  Dr René Pierre Labarrière, président de la section exercice professionnel

  Dr Hélène Harmand-Icher, conseillère ordinale-membre de la section santé publique

- **Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (Cnop)**

  Alain Delgutte, chargé de mission exercice professionnel et référent Europe

- **Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (CNOCD)**

  Alain Durand, président

  Stéphanie Ferrand, juriste

- **Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF)**

  Catherine Llinares Trapé, vice-présidente adjointe

  David Meyer, chef de cabinet

  Sandrine Brame, trésorière

- **Conseil national de l'Ordre des infirmiers (CNOI)**

  Sylvaine Mazière-Tauran, présidente

- **Conseil national de l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes (CNOMK)**

  Pascale Mathieu, présidente

  Aude Quesnot, conseillère nationale et présidente de la commission santé publique, démographie et accès aux soins

- **Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues (CNOPP)**

  Éric Prou, président

  Guillaume Brouard, secrétaire général

- **Fédération hospitalière de France (FHF)**

  Pr François Chollet, président de FHF prévention

  Augustin Hérault, directeur de cabinet

  Vincent Ollivier, responsable adjoint du pôle Offres

- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap)**

  Charles Guépratte, directeur général

- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)**

Bertrand Sommier, secrétaire général

Béatrice Noëllec, directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale

- **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)**

Anastasia Strizyk, directrice stratégie et développement

Mathurin Laurin, délégué général

- **Unicancer**

Sophie Beaupère, déléguée générale

Sandrine Boucher, directrice stratégie médicale et performance

Jeanne Bertrand, directrice de cabinet

- **Association des départements de France (ADF)**

Philippe Gouet, président du Loir et Cher

Éric Bellamy, directeur délégué, solidarité, santé, travail

- **Association des maires ruraux de France (AMRF)**

Isabelle Gugelet, maire de La Gresle

- **France urbaine**

Cécile de Laurens, adjointe au maire de Lyon, déléguée à la santé, prévention et santé environnementale

Jean Deysson, conseiller

Sarah Bou Sader, conseillère parlementaire

- **Association des régions de France (ARF)**

Sylvie Dubois, vice-présidente de la région Centre-Val-de-Loire

- **Mouvement français du Planning familial (MFPF)**

  Sarah Durocher, présidente

  Benedicte Paoli, membre du bureau national

- **Centre régional d'information et de promotion de la santé sexuelle d'Île-de-France (Crips IDF)**

  Marine Remyot, directrice

  Bastien Vibert, co-directeur en charge des questions VIH et publics prioritaires

- **Association AIDES**

  David Michels, directeur innovations et programmes

  Solenn Bazin, chargée de mission plaidoyer et accès à la santé

- **Collège national des gynécologues-obstétriciens**

  Dr Philippe Faucher, président de la commission santé sexuelle

- **Université du changement en médecine (UC2m)**

  Dr Pascal Maurel, co-président

  Dr Gaétan Casanova, co-président

  Sophie Beaupère, membre de l'UC2m et déléguée générale d'Unicancer

  Sophélia Picaud, membre de l'UC2m et directrice de cabinet d'Unicancer

- **Groupe Alan**

  Fabrice Staad, directeur général France

  Stanislas Larget-Piet, directeur général

  Magali Richard, directrice de l'équipe médicale et de la prévention

  Maxime Durier, directeur affaires publiques

- **Délégation ministérielle au numérique en santé (DNS)**

  Hela Ghariani, co-responsable du numérique en santé

  Claire Vigier, responsable du pôle plateformes et usages numériques et directrice de projet

Contributions écrites

- **Syndicat national autonome des orthoptistes (SNAO)**
- **Union des entreprises de proximité (U2P)**
- **Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME)**
- **Mouvement des entreprises de France (Medef)**
- **Agence de l'innovation en Santé (AIS)**
- **Rassemblement des Opticiens de France**
- **Rectorat de l'académie de Clermont-Ferrand**
- **Association Santé respiratoire France**

TABLEAU DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS

_____

N°	Recommandations	Acteurs concernés	Support
1	Se doter rapidement d'une nouvelle Stratégie nationale de santé structurée autour des enjeux de prévention. La SNS devra mieux hiérarchiser les priorités d'action et définir des indicateurs précis et en nombre limité pour être évaluée de façon objective et régulière.	Gouvernement (ministère de la santé)	Acte réglementaire
2	Se doter d'une grande loi de santé publique plaçant au cœur de ses ambitions la prévention et permettant de définir des orientations pluriannuelles.	Parlement, Gouvernement	Loi
3	Se doter d'une coalition des opérateurs de prévention, directement rattachée au Premier ministre, réunissant l'État, l'assurance maladie, les complémentaires santé, les représentants des collectivités territoriales et des professionnels de santé et pouvant être ouverte à d'autres acteurs pour des sujets spécifiques. Cette coalition serait chargée : - de piloter la mise en œuvre des politiques de prévention à l'échelle nationale ; - de définir les conditions de leur déclinaison opérationnelle pour assurer la gestion du dernier kilomètre avec l'ensemble des acteurs compétents ; - d'évaluer les politiques de prévention conduites.	Parlement, Gouvernement, Cnam, Ocam, collectivités territoriales, professionnels de santé, caisses de retraite obligatoire et complémentaire	Loi

N°	Recommandations	Acteurs concernés	Support
4	Viser une génération « prévention » citoyenne à l'horizon 2040 en investissant fortement dans l'éducation à la santé et la promotion de la santé à l'école dès le premier degré d'enseignement : - sanctuariser des « temps de la prévention » dédiés à la promotion de la santé au cours de l'année scolaire, mutualiser les opportunités de prévention et développer la démarche des écoles promotrices de santé ; - renforcer la littératie en santé dès le plus jeune âge en intégrant cette démarche dans les enseignements relatifs à l'éducation aux médias et à l'information.	Gouvernement (ministère de l'éducation nationale et ministère de la santé), Conseil supérieur des programmes	Loi, acte réglementaire, acte administratif
5	Promouvoir une approche « *Une seule santé* » au plus près des besoins des territoires et des usagers et en faire un marqueur de l'action des collectivités territoriales.	Gouvernement, collectivités territoriales	Stratégie nationale de santé, politiques publiques locales
6	Déployer des campagnes de prévention ciblées sur les réseaux sociaux à l'attention des jeunes générations, en utilisant les codes appropriés et en mobilisant des influenceurs.	Gouvernement (ministère de la santé)	Acte administratif
7	Prendre appui sur les travaux du nouvel observatoire de la désinformation en santé, poursuivre de façon systématique les auteurs de désinformation médicale et les sanctionner beaucoup plus fermement.	Gouvernement, Parlement, Conseils des ordres des professions de santé	Loi
8	Investir plus fortement dans la recherche en prévention pour étayer scientifiquement ses bénéfices et soutenir le déploiement de dispositifs probants, personnalisés et ciblés.	Gouvernement, Parlement	Loi de finances ou loi de financement de la sécurité sociale

N°	Recommandations	Acteurs concernés	Support
9	Développer une culture de l'évaluation de la prévention : - mettre en place un indicateur de suivi de la dépense globale de prévention et assurer un suivi annuel associant l'État, l'assurance maladie obligatoire, les complémentaires santé et les collectivités territoriales ; - systématiser l'évaluation médico-économique des dispositifs de prévention nationaux pour mesurer le retour sur investissement global, privilégier les actions les plus pertinentes et financer le temps consacré à l'évaluation.	Gouvernement (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)	Acte administratif
10	Privilégier une logique d'investissement durable à une logique d'appel à projets et résister à la dispersion de l'action.	Gouvernement (ministère de la santé), Parlement, Fonds d'intervention régional, Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, Fonds de lutte contre les addictions, Fonds pour l'innovation du système de santé	Acte administratif
11	Dans les établissements de santé et dans les structures d'exercice coordonné en ville, mettre en place des financements forfaitaires au parcours valorisant des filières de prévention personnalisées en fonction des besoins des patients.	Gouvernement (ministère de la santé), Cnam, partenaires conventionnels	Acte réglementaire, conventions nationales entre l'assurance maladie et les professionnels de santé

N°	Recommandations	Acteurs concernés	Support
12	Valoriser les actes de prévention de façon suffisamment incitative dans la nomenclature générale des actes et des procédures pour soutenir leur mise en œuvre.	Gouvernement (ministère de la santé), Cnam, partenaires conventionnels	Acte réglementaire, conventions nationales entre l'assurance maladie et les professionnels de santé
13	Instaurer, à terme, une part minimale de 2 % des primes de complémentaire santé affectée à des actions de prévention dans le cadre du contrat responsable.	Gouvernement (ministère de la santé), Parlement, complémentaires santé	Loi et acte réglementaire
14	Généraliser, pour tous les dispositifs de prévention, la prise en charge sans reste à charge ni avance de frais lorsque la prestation est financée conjointement par l'assurance maladie et les complémentaires santé.	Gouvernement (ministère de la santé), Parlement, Cnam, complémentaires santé, professionnels de santé	Loi et acte réglementaire
15	Exonérer de franchise ou de participation forfaitaire l'ensemble des actes, produits et prestations identifiés comme relevant de la prévention.	Gouvernement (ministères de la santé et des comptes publics), Parlement	Loi
16	Faire de tous les professionnels de santé des acteurs de prévention : - consolider la formation à la prévention de tous les professionnels de santé en valorisant l'interprofessionnalité, en formation initiale et continue, pour qu'ils participent plus largement aux actions de prévention ; - à cet égard, et afin de renforcer la portée et l'accessibilité du dispositif, élargir le champ des effecteurs de « Mon bilan prévention » aux masseurs-kinésithérapeutes.	Gouvernement, Parlement	Acte réglementaire

N°	Recommandations	Acteurs concernés	Support
17	Faire des services de PMI et de la santé scolaire des piliers de la prévention : - définir un plan de soutien ambitieux à la PMI qui passe par une attractivité statutaire et financière renforcée et par la création d'un cadre commun pour les médecins salariés de la fonction publique ; - déployer rapidement les mesures en faveur de l'attractivité des métiers de la santé scolaire (revaloriser la carrière des médecins, libérer du temps médical pour que 100 % des élèves puissent bénéficier d'une analyse personnalisée de leur situation de santé).	Gouvernement, Parlement	Loi, acte réglementaire
18	Reconnaître la profession de médiateur en santé en la dotant d'un statut de niveau législatif et déployer davantage de médiateurs dans les territoires pour développer les actions d'« aller vers ».	Gouvernement, Parlement	Loi, acte réglementaire et acte administratif
19	Reconnaître les Ocam comme des acteurs de prévention à part entière et revenir sur la catégorisation comme frais de gestion de certaines de leurs dépenses en faveur de la prévention.	Gouvernement (ministère de la santé), Parlement, complémentaires santé	Loi et acte réglementaire
20	Faire évoluer les conditions d'accès des complémentaires santé aux données de santé à des fins de prévention : - expérimenter l'exploitation par les complémentaires santé de données personnelles non sensibles à des fins exclusives de prévention ciblée, dans un cadre assorti de mécanismes robustes de gouvernance, de sécurisation et de contrôle ; - sans revenir sur l'affectation aux complémentaires santé de la charge de la preuve du non-usage prohibé, clarifier et, pour les seuls traitements de données destinés à la conception ou à l'évaluation de programmes de prévention, alléger les modalités selon lesquelles les complémentaires santé peuvent démontrer que leur usage des données de santé du SNDS s'inscrit dans les modalités autorisées par la loi.	Gouvernement (ministère de la santé), Parlement, Cnam, complémentaires santé, Cnil	Loi et acte réglementaire

N°	Recommandations	Acteurs concernés	Support
21	Démultiplier les espaces de prévention pour l'inscrire dans le quotidien de tous les Français (école, entreprise, tiers-lieux citoyens, établissements de santé) : - soutenir les interventions des Ocam en faveur de la prévention en santé dans le cadre professionnel en utilisant le levier des contrats collectifs obligatoires, et encourager les partenariats des Ocam avec les branches professionnelles et les entreprises pour déployer des actions de sensibilisation à la prévention sur le lieu de travail. - créer des tiers-lieux de prévention ouverts sur la ville, notamment dans les territoires qui souffrent de la désertification médicale (zones rurales, territoires ultramarins, quartiers prioritaires…) pour permettre la sensibilisation, faire adhérer au dépistage, encourager la pratique d'une activité physique régulière et dispenser des conseils nutritionnels.	Gouvernement, Cnam, Ocam, branches professionnelles Collectivités territoriales	Acte réglementaire, contrats collectifs obligatoires Politiques publiques locales
22	Soutenir l'action des associations, qui constituent des relais de prévention essentiels auprès des usagers les plus éloignés du système de santé (planning familial, Aides, *etc.*) : - en maintenant les financements consentis aux associations actives dans le champ de la prévention ; - en formant les intervenants aux enjeux de prévention.	Parlement, Gouvernement	Loi de finances, acte administratif
23	Créer un parcours de prévention personnalisé tout au long de la vie, pour tous les Français, organisé autour de grandes étapes de vie (enfance, adolescence, maternité, entrée dans la vie professionnelle, *etc.*) et reposant sur le levier numérique.	Parlement, Gouvernement, Cnam, délégation du numérique en santé (puis direction générale de la recherche, de l'innovation et du numérique en santé)	Loi, acte réglementaire

N°	Recommandations	Acteurs concernés	Support
24	Créer un carnet de prévention numérique dans « Mon espace santé » pour proposer un suivi individualisé des comportements de santé, diffuser des informations et des conseils de prévention ciblés. Faire obligation aux autres opérateurs (État, Ocam, collectivités territoriales) d'y proposer leurs actions de prévention pertinentes pour faciliter l'accès à des actions de prévention adaptées au profil de chaque individu.	Gouvernement, Cnam, délégation du numérique en santé (puis direction générale de la recherche, de l'innovation et du numérique en santé), Ocam, collectivités territoriales	Loi, acte réglementaire, « Mon espace santé »
25	Favoriser le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans les structures d'exercice coordonné, et accompagner les professionnels de santé à l'ETP par la formation.	Gouvernement (ministère de la santé), Cnam, partenaires conventionnels	Acte réglementaire, conventions nationales entre l'assurance maladie et les professionnels de santé
26	Faire de la lutte contre la consommation nocive d'alcool une priorité de santé publique : renforcer les campagnes de communication nationales et engager un travail de fond sur la fixation d'un prix minimal de l'alcool.	Gouvernement, Parlement, représentants des filières, Mildeca, Santé publique France	Loi, acte réglementaire, acte administratif
27	Étendre l'emballage neutre à l'ensemble des produits contenant de la nicotine.	Gouvernement, Parlement, représentant des industriels du tabac et du vapotage	Loi
28	Viser la mise en œuvre d'un Nutri-Score obligatoire à l'échelle européenne ou à l'échelle nationale d'ici à 2028, en préservant certaines dérogations pour les produits bénéficiant d'un label qualité.	Union européenne, Parlement, Gouvernement	Règlement européen, loi
29	Intégrer la prise en charge de l'activité physique adaptée dans les garanties obligatoires du contrat responsable et solidaire.	Gouvernement (ministère de la santé), Cnam, complémentaires santé	Acte réglementaire

ANNEXES

Annexe 1

QUESTIONNAIRE DE MMES MARIE-DO AESCHLIMANN, MARION CANALES ET NADIA SOLLOGOUB, RAPPORTEURS

AUDITION DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ (DGS)

Sur la politique de prévention conduite en France et son évaluation

1. *Présentez les mesures et actions de prévention portées par la direction générale de la santé au cours des dix dernières années.*
   Pour chaque mesure présentée, indiquez en particulier l'objet de la mesure, son coût annuel – à l'origine et en 2024 –, ses modalités de financement et de déploiement, le nombre d'usagers bénéficiaires et dans la mesure du possible, l'évolution de ce nombre d'usagers.

   L'arrêté du 6 avril 2016 modifié par l'arrêté du 21 mars 2024, définit l'organisation de la Direction Générale de la santé (DGS). Elle comprend :
   - Le Centre de crises sanitaires (CCS)
   - La sous-direction santé des populations et prévention des maladies chroniques (SP)
   - La sous-direction politique des produits de santé et qualité des pratiques et des soins (PP)
   - La sous-direction prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation (EA)
   - La sous-direction d'appui au pilotage et ressources (SDAR)

   Son organisation ainsi que son projet stratégique visent à renforcer et valoriser, par leur approche plus transversale, des modes de travail collaboratifs. Ainsi, le projet stratégique de la DGS s'articule avec la Stratégie nationale de santé (SNS) et intègre le choix fait par le Gouvernement de donner la priorité à la prévention et la promotion de la santé.

   La politique de prévention est un des objectifs clés qui guide la DGS, afin d'améliorer le bien-être physique et mentale des individus et in fine l'espérance de vie en bonne santé de la population. Dans ce cadre, nous agissons sur les principaux déterminants de santé, déjà bien identifiés : les addictions (tabac, alcool), l'alimentation, l'activité physique, la santé mentale, l'environnement (notamment la pollution de l'air). Pour agir durablement en faveur de la santé, il est nécessaire d'inscrire nos actions dans le quotidien de chacun, et donc de porter une politique de santé résolument intersectorielle, en s'intégrant « dans toutes les politiques » (*Health in all policies*).

Le champ des politiques publiques portées par la DGS est très large, et il intègre les différentes temporalités de l'action publique (réponse aux urgences, évolutions concrètes du quotidien de chaque individu et actions de long terme, à 10 ou 15 ans). Il est ainsi compliqué d'être exhaustif sur la question, nous avons ainsi choisit de développer les actions, mesure emblématique sur lesquelles travaillent nos équipes. Nous vous invitons cependant, à consulter les RAP de la DGS pour une plus grande exhaustivité (*cf. dossier rapport d'activité de la DGS*).

I. Le renforcement de la prévention en santé des enfants

On dénombre en France 14 360 000 enfants de moins de 18 ans dont 4 280 000 de moins de six ans.

L'état de santé des enfants est globalement bon, mais marqué par des inégalités territoriales et sociales précoces : la mortalité infantile est deux à trois plus élevée en Outre-mer qu'en métropole, un enfant d'ouvrier a six fois plus de risques d'être obèse qu'un enfant de cadre. Les enfants français sont parmi ceux ayant la moindre activité physique en Europe : 13 % des enfants de onze ans ont une activité physique d'au moins une heure par jour contre 24 % en moyenne dans les pays participants (enquête internationale HBSC). Les enfants de un à six ans passent en moyenne six heures par semaine devant les écrans et les enfants de sept à douze ans en moyenne neuf heures.

La réalisation **des vingt examens médicaux obligatoires** est le point d'ancrage des parents français pour le suivi de la santé des enfants de leur naissance jusqu'à seize ans. Quatorze de ces examens médicaux sont organisés entre la naissance et l'entrée à l'école maternelle à trois ans. Ils permettent de surveiller la croissance staturopondérale de l'enfant et son développement physique, psychoaffectif et neurodéveloppemental, de dépister les troubles sensoriels et de vérifier les vaccinations mais aussi pour le médecin, de promouvoir auprès des parents et du jeune, les comportements et environnement favorables à sa santé.

Chez les enfants en bas âge, les maladies infectieuses sont extrêmement fréquentes. Si elles contribuent très peu à la mortalité (moins de 2 % des décès chez les moins de un an par maladie infectieuse), elles représentent toutefois une charge importante sur le système de santé (consultations en ville, passages aux urgences, hospitalisations). La bronchiolite à VRS, les gastroentérites aigües et la grippe représentent à elles seules de l'ordre de 160 000 passages aux urgences et 60 000 hospitalisations chez les jeunes enfants, principalement en période hivernale.

1- Un outil de suivi essentiel de la santé de l'enfant et du jeune : le carnet de santé actualisé en 2025

La nouvelle version du carnet de santé de l'enfant a été publiée en novembre 2024 et est entrée en vigueur au 1er janvier 2025.
Le carnet de santé est un support clé du suivi de la santé de l'enfant et du dialogue régulier entre les professionnels de santé et les familles, au service de la promotion de la santé des enfants et des adolescents. Il est régulièrement mis à jour et enrichi pour prendre en compte les nouveaux risques et les nouvelles

recommandations scientifiques mais aussi les évolutions sociétales.

La nouvelle version du carnet de santé de l'enfant, s'inscrit dans les annonces des Assises de la pédiatrie et santé de l'enfant de mai 2024 qui vise notamment le renforcement de la prévention en santé des enfants. Elle s'appuie sur les recommandations du Haut Conseil de la Santé publique (HCSP). La prévention occupe encore une place très importante dans ce nouveau carnet de santé, ce qui se concrétise par de nombreux conseils aux parents dont l'usage des écrans, le sommeil ou encore la lutte contre les violences et un renforcement du repérage par les professionnels de santé via les examens de santé obligatoires.

Mesures mise en place :
- Nouvelle version du carnet de santé de l'enfant.
- Une version dématérialisée de ce carnet sur Mon espace santé est en cours.

Bénéficiaires : Tous les enfants

2- Un suivi de la santé de l'enfant structuré autour de 20 examens de santé obligatoires et renforcé à l'adolescence en 2019

Suite à des recommandations du Haut conseil de la santé publique (HCSP) de 2016, les 20 examens de santé obligatoires des enfants organisés jusqu'à l'âge de 6 ans ont été réorganisés suivant une nouvelle grille des âges-clés de consultation.

L'objectif était celui d'un renforcement du suivi de la santé des enfants, d'une part, au cours de la première année de vie pour prendre en compte les sorties précoces de maternité et l'extension de l'obligation vaccinale et, d'autre part, après l'âge de 6 ans, en prévoyant que 3 des 20 consultations réalisées avant l'âge de 6 ans le soient après cet âge.
Le nouveau calendrier mis en place à partir de mars 2019 a prévu 3 nouvelles consultations : la première entre 8 et 9 ans, la seconde entre 11 et 13 ans et la troisième entre 15 et 16 ans.

Enfin, depuis le 1er janvier 2025, un nouvel **examen à l'âge de 6 ans** a été mis en place. Cet examen permet notamment de réaliser le rappel DTP et au moment de l'entrée au cours préparatoire, moment clef ou l'enfant doit apprendre à mobiliser ses facultés d'adaptation, d'apprentissage et à ajuster son comportement à son nouvel environnement, de repérer d'éventuelles difficultés chez l'enfant, le plus précocement possible, pour permettre le bon déroulement d'une scolarité satisfaisante.

Ces 20 examens médicaux sont **pris en charge à 100% par l'assurance** maladie, avec exonération de ticket modérateur (hors dépassement d'honoraires éventuel).

Coûts :
Les données de l'assurance maladie montrent un total de consultations obligatoires remboursées de 2,85 millions en 2021 ; de 3,38 millions en 2022 ; de 3,76 millions en 2023.
Une estimation du coût de ces consultations en 2023 peut être réalisé à partir des 2 hypothèses suivantes :

- Sur la base d'une consultation à 25 euros : 94,1 M€ en 2023
- Sur la base d'une consultation à 30 euros : près de 113 M€ en 2023.

3- Des actions de promotion de la santé en milieu scolaire structurées autour de dépistages obligatoires et de prévention

La promotion de la santé à l'école est un facteur clé de la santé de l'enfant. En effet, les actions de prévention réalisées en milieu scolaire ont l'avantage de s'adresser à tous les **12,4 millions d'enfants scolarisés.**

Les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions du ministère de l'Education nationale inscrites dans le code de l'éducation, parmi lesquelles figurent notamment trois visites médicales et des dépistages obligatoires dont le contenu a été actualisé conjointement par les ministères de l'Education nationale et de la santé par : l'arrêté du 20 août 2021 modifiant l'arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation.

Ces 3 visites médicales et de dépistage obligatoires sont organisées :

- À l'âge de 3-4 ans (obligatoire depuis 2019, réalisé de facto principalement par les personnels de santé des services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI)
- Au cours de la 6ème année de vie (donc à partir de l'âge de 5 ans) : cet examen doit être réalisé par les médecins scolaires.
- Au cours de la 12ème année (donc à partir de l'âge de 11 ans) : cet examen doit être réalisé par les infirmiers scolaires.

Cependant, leur déploiement effectif connaît de fortes limites, soulignées par de nombreux rapports et enquêtes, liées notamment à une insuffisance marquée en personnels de santé scolaire. Or, cette pénurie de personnels menace la qualité et l'égalité de la prévention et du dépistage précoce (en particulier pour repérer l'échec scolaire, les addictions, l'obésité, les troubles neuropsychiques).

Bénéficiaires :

- Les dépistages des enfants âgés de 3 à 4 ans sont effectués pour **environ 80** % d'entre eux,
- **Seuls 25 % d**es élèves bénéficient d'un examen correspondant à l'examen du carnet de santé par un médecin.

En 2021, la Cour des comptes relevait que le taux moyen de réalisation de la visite médicale de la 6ème année de vie a baissé de 8 points entre 2013 et 2018 (passant de 26 % à 18 %) de la classe d'âge avec de fortes disparités en fonction des territoires. Enfin, le taux moyen de réalisation des visites par des infirmières pour la 12ème année était de 62 % (78% dans le secteur public).

4- Le dépistage néonatal

Le dépistage néonatal est une des premières mesures de santé publique mises en place en France depuis 1972, avec la détection de la phénylcétonurie. Ce programme national permet de dépister de nombreuses maladies graves et de sauver la vie de nombreux enfants. Le dépistage de la surdité est également effectué pour chaque enfant à la naissance.

Depuis 2020, le gouvernement a lancé une dynamique d'extension de ce programme, afin de rattraper notre retard par rapport à nos voisins européens. Au 1er janvier 2025, **13 maladies sont dépistées chez les nouveau-nés** grâce à des examens de biologie médicale.

Au 1er septembre 2025, trois nouvelles maladies seront dépistées : le déficit immunitaire combiné sévère (DICS), l'amyotrophie spinale (SMA) et le déficit en acyl-coenzyme A déshydrogénase des acides gras à chaîne très longue (VLCAD).

Bénéficiaires :

Bilan d'activité du programme de dépistage néonatal pour l'année 2023 :

- **676 133 enfants dépistés** (France Métropole et Outre-Mer)
- 501 refus (taux de refus parental en augmentation : 1/1 350)
- **1 192 enfants présentant une maladie grave et rare ont été diagnostiqués** précocement grâce à ce programme et ont pu être traités rapidement.

Coût du dépistage (hors traitement) :

- Le coût actuel du dépistage néonatal s'élève à **17,107 M€** en 2025, soit un ratio moyen de **25.2 €/nouveau-né** (sur la base des 678 234 naissances 2024).
- Le financement des 3 extensions en 2025 s'élèvera à **6,542 M€, soit un supplément moyen de 9.6€/NN** (sur la même base de naissances 2024).
- En ajoutant le financement du Centre national de coordination du dépistage néonatal (CNCDN) pour le dépistage biologique (soit 0,392 M€), on aboutira en 2026 à un total de 24,042 M€ soit un ratio total moyen de 35.44€/nouveau-né.
- Il faut ajouter à ce coût, l'adaptation du système d'information de 200K€ en 2025 pour une adaptation a minima du système, puis de **2 M€ en 2026** ou 2027 pour une refonte plus globale du système d'information.

5- L'enquête nationale périnatale (ENP)

Disposer de données fiables et détaillées est indispensable pour évaluer la situation périnatale et ainsi orienter nos politiques en santé publique. C'est l'objectif des Enquêtes Nationales Périnatales (ENP) réalisées à intervalles réguliers depuis 1995, dans l'ensemble des maternités françaises une semaine donnée (Hexagone et Outre-Mer).

Ces enquêtes représentent une source importante d'information sur la santé périnatale, notamment concernant l'évolution de la santé des mères et des nouveau-nés, du suivi prénatal, ou encore des pratiques médicales pendant l'accouchement.

Le suivi à deux mois mis à en place en 2021 permet de connaître l'état de santé des mères à 2 mois de la naissance de l'enfant, le vécu de leur accouchement, l'organisation du retour à domicile et l'état de santé des nourrissons durant les deux premiers mois de vie. Les données recueillies permettent également d'établir des comparaisons internationales. La prochaine enquête se déroulera en 2027, selon un périmètre identique à 2021.

Bénéficiaires :

- Les enquêtes concernent **environ 12 000 à 15 000** femmes enquêtées
- En 2027 : l'échantillonnage prévu est de 12 000 naissances.

Coûts :

- Pour l'enquête 2016, le coût total était **de 1 039 000 euros** (BOP 204 : 300 000 euros)
- Pour l'enquête 2021 le coût total était **de 1 160 000 euros** (BOP 204 : 300 000 euros)
- Pour l'enquête prévue en 2027, la contribution du BOP 204 sera à hauteur de **600 000 €** sur un budget prévisionnel global de 1 889 878 €, sachant que d'autres organismes et institutions contribuent au financement

II. Santé sexuelle et reproductive

L'incidence des diagnostics d'IST en général et de l'infection par le VIH en particulier reste élevée, et le nombre de diagnostics d'IST continuent à augmenter dans toute la population générale, avec des augmentations très marquées chez les hommes.

Une épidémie d'infection par le VIH toujours active : Près de 172 000 personnes vivent avec le VIH en France. En effet, le dépistage reste ainsi le maillon faible de « la cascade du VIH » puisqu'en 2018, seules 87% des personnes infectées par le VIH connaissaient leur séropositivité (parmi elles, 95% étaient sous traitement antirétroviral et parmi ces personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sous traitement, 96% avaient une charge virale indétectable).

Des IST bactériennes en hausse : Après une baisse liée à la crise sanitaire, les nombres de dépistages et de diagnostics pour les principales infections sexuellement transmissibles (IST) ont poursuivi leur hausse en 2023 et atteint des taux supérieurs à ceux de 2019.

La Stratégie nationale de Santé Sexuelle (SNSS) 2017-2030 fixe des objectifs en termes de lutte contre le VIH et les autres IST, en termes d'amélioration de la santé reproductive et de lutte contre les violences sexistes et sexuelles. Ces objectifs se sont traduits en 27 actions prioritaires dans le cadre de la première feuille de route 2018-2020 de déclinaison de la SNSS et 37 actions prioritaires dans le cadre de la deuxième feuille de route 2021-2024.

La feuille de route « Santé sexuelle 2021-2024 » a pour objectif de :

- Une **diversification de l'accès au dépistage** et aux outils de prévention afin de réduire au maximum les occasions manquées de prévenir une infection par le VIH, les IST ou les hépatites ;
- **L'information, la promotion et la formation** dans tous les milieux, à toutes les étapes de la vie sur la santé sexuelle globale et favoriser l'égalité de genre ;
- **Accroître l'offre médicale** en la rendant plus accessible et plus lisible pour nos concitoyens ;
- Faire de la **proximité** un principe d'action et d'adapter en conséquence les modes d'agir aux spécificités de chaque territoire ou des besoins des populations ;
- Se donner les moyens de connaissance pour agir de manière réactive et anticiper sur les évolutions médicales et les besoins nouveaux exprimés par la population (hommes et femmes).

1- Dépistages des infections sexuellement transmissibles

Le dépistage des IST réalisé en ville se fait principalement dans des centres d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), pris en charge à 100% et financé via le Fonds d'intervention régional (FIR), et également en laboratoires de biologie médicale.

<u>Mesures mises en place :</u>

- Depuis le 1er septembre 2024, **l'accès direct aux dépistages des 4 infections sexuellement transmissibles en plus du VIH** est possible sans ordonnance. Ce dépistage est pris en charge à 100% par l'Assurance maladie, sans avance de frais, pour les moins de 26 ans. Pour les plus de 26 ans, seul le dépistage du VIH est pris en charge à 100% par l'Assurance maladie, celui des 4 autres IST l'est à 60%, et à 40% par les organismes complémentaires.
- La **réforme des Comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH)** au 15 mars 2025. Dans les suites de la publication du décret du 3 juillet 2024 relatif à la coordination de la santé sexuelle, un arrêté fixant le cahier des charges de ces structures doit être publié avant le 15 mars 2025 au plus tard.

- **L'entrée dans le droit commun des centres de santé d'approche communautaire en santé sexuelle (CSACSS**) au 1er avril 2025 implique une mesure nouvelle dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025.

Bénéficiaires :

VIH

- -En 2023 :
  - **7,5 millions de dépistage ont été réalisés** (+ 25% par rapport à 2021).
  - 5500 personnes ayant découvert leur séropositivité VIH.
  - 43% des infections à VIH ont été découvertes à un stade tardif de l'infection (27% au stade avancé de l'infection), proportion qui ne diminue pas depuis plusieurs années, mais qui reflète à la fois le dépistage actuel et l'incidence des années précédentes.
- Sur l'ensemble de la période 2012-2023, la diminution du nombre de découvertes de séropositivité est de 10%. Cette diminution est plus marquée chez les HSH nés en France (-36%) et peut notamment être expliquée par un recours au dépistage plus fréquent que les autres populations, permettant une mise sous traitement plus rapide des séropositifs, et par l'usage de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour une part d'entre eux. Cette prévalence touche plus particulièrement les personnes nées à l'étranger, notamment parmi elles, les femmes contaminées par rapports hétérosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Parmi les personnes ayant découvert en 2023 leur séropositivité, 55% sont des personnes hétérosexuelles.

IST bactériennes

- En 2023, les nombres de diagnostics d'infection a été estimés respectivement :
  - **55 500 - Chlamydia trachomatis,**
  - **23 000 – gonocoque**
  - **5 800 - syphilis**
- Ils continuent d'augmenter sur les années récentes, et ceci est particulièrement vrai pour les gonococcies. Entre 2021 et 2023, le taux d'incidence des diagnostics :
- À gonocoque augmente aussi bien chez les hommes que chez les femmes et quelle que soit la classe d'âge, mais de façon plus marquée chez les personnes de 50 ans et plus et chez les hétérosexuels.
- À Chlamydia trachomatis augmente uniquement chez les hommes, et plus particulièrement chez ceux de 50 ans et plus et chez les hétérosexuels ;
- De syphilis augmente dans les deux sexes, mais de façon plus marquée chez les femmes et chez les seniors de 50 ans et plus.
- De plus, la multirésistance aux antibiotiques des gonocoques, Chlamydiae et mycoplasme se développe et augmente ainsi le risque d'impasse thérapeutique.

2- Un accès à l'IVG fragile :

Malgré une consécration constitutionnelle, l'accès à l'IVG en France demeure fragile et inégal comme le révèle les résultats du baromètre IVG du Mouvement français pour le planning familial (MFPF) présentés le 25 septembre 2025. Ce constat a été confirmé par un rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse publié le 16 octobre 2024 qui fait un certain nombre de préconisation pour en améliorer l'accès.

Bénéficiaires : En 2023, **243 600 interruptions volontaires de grossesse** (IVG) ont été enregistrées en France.

3- Consolidation du parcours contraceptifs

Un des enjeux fort de la stratégie nationale de Santé Sexuelle a été la consolidation du parcours contraceptif pour toutes et tous.

Mesures mise en place :

- Les moyens de contraception (pilule, dispositifs intra utérins notamment) remboursés par l'Assurance maladie sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie,
- Tout comme la contraception d'urgence hormonale disponible en pharmacie pour toutes et tous sans prescription.
- Les préservatifs remboursés peuvent être délivrés sans prescription médicale en pharmacie avec une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie pour les personnes de moins de 26 ans assurées sociales, sans minimum d'âge.

Coûts :

- En 2023, environ **17 millions de préservatifs ont été pris en charge, pour un montant de 3 M€.**

III. Prévention des addictions :

En novembre 2023, la DGS/SP3 a présenté le **programme national de lutte contre le tabac 2023-2027.** Ce dernier constitue une nouvelle étape dans la politique de lutte contre le tabac et engage la France dans une stratégie structurée et ambitieuse à long terme, appuyée par d'importants moyens financiers pour construire une société sans tabac.

L'objectif de prévention dans le champ des addictions est double : de l'entrée dans les pratiques addictives (tabac, alcool, substances psychoactives illicites, addictions sans substances) et de réduction de la prévalence de ces pratiques. En termes de plan d'action cela se traduit par :

- **Mieux informer** le public sur les risques associés à ces pratiques et consommations et dénormaliser les usages nocifs, notamment par le biais de campagnes de communication fortes et innovantes et par l'évolution des espaces publics (lieux sans tabac) ;
- Développer des programmes visant à renforcer **les compétences psychosociales** des enfants et des jeunes et renforcer l'intervention précoce auprès des jeunes en difficultés ;

- **Réduire l'attractivité des substances psychoactives** (politique fiscale de santé publique, limitation de l'exposition des jeunes à la publicité) ;
- **Sensibiliser et former les professionnels** de santé et les personnels de l'éducation nationale sur la thématique des conduites addictives ;
- **Réduire l'accessibilité des substances**, en particulier pour les plus jeunes, notamment en élevant les barrières à l'accès (prix du tabac, tolérance zéro sur la vente d'alcool aux mineurs…) ;
- Améliorer les pratiques professionnelles de **repérage précoce**, de prise en charge et de réduction des risques et des dommages (réduction des risques à distance, salles de consommation à moindre risque, accompagnement des évènements festifs…) ;
- **Faciliter l'accès à une prise en charge en soutenant les démarches d'arrêt** (Moi(s) sans tabac, accès facilité aux traitements de substitution et de sevrage) et en améliorant la fluidité des parcours ;
- **Réduire les inégalités sociales de santé** par des stratégies ciblant les populations vulnérables (jeunes, femmes enceintes, travailleurs pauvres, personnes sans domicile, personnes incarcérées…

Bénéficiaires :

Un certain nombre d'actions (campagnes de prévention, fiscalité, dénormalisation…) visent la population générale alors que d'autres ciblent une population spécifique (collégiens et lycéens pour les CPS).
Dans le cadre des addictions il est plus pertinent de regarder la prévalence.

- Celle-ci est significativement en baisse sur le tabac : le tabagisme quotidien est passé de **28,5 % à 23,1** % entre 2014 et 2023. La baisse de la consommation est encore plus marquée parmi les plus jeunes, puisque on constate une baisse de 9,5 points du tabagisme quotidien chez les jeunes de 17 ans entre 2014 et 2022 (de 25,1 % à 15,6 %).
- La consommation d'alcool est en légère baisse, l'usage régulier d'alcool passant de **12,2 % à 7,2** % de la population entre 2014 et 2022.
- En ce qui concerne les illicites, on constate un reflux de l'usage régulier du cannabis (passant de **9,1 % à 3,8 % de 2014 à 2022**) mais une augmentation de l'usage dans l'année des autres drogues illicites (passant de 1,8 à 3,9 de 2014 à 2022).

Coûts :

La mise en place du Fonds de lutte contre le tabac en 2017, transformé en fonds de lutte contre les addictions (FLCA) en 2021 a permis de sanctuariser un montant de financement annuel dédié à la lutte contre les addictions.

- Les dépenses annuelles du FLCA sont engagées et exécutées dans la limité **d'un plafond fixé à 130 M€** chaque année par la convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'Etat et la CNAM 2023-2027. : Il s'agit des montants prévisionnels, les crédits non consommés peuvent faire l'objet de reports d'une année sur l'autre.

Chaque année depuis 2018, un arrêté annuel du FLCA fixe la liste des bénéficiaires du FLCA, et des montants attribués : 2018 : 100 M€, 2019 : 120 M€, 2020 : 115 M€, 2021 : 111 M€, 2022 : 114 M€ ; 2023 : 129 M€ ; 2024 : 129 M€.

- Le FLCA vient également abonder le financement porté par le programme 204 (3,3 millions d'euros en 2023).

Selon l'Office français des drogues et de la toxicomanie (OFDT), en 2019 **le coût social du tabac est à 156 Md€, celui de l'alcool à 102 Md€ et celui des drogues illicites à 7,7 Md€.** Ainsi, chaque année, l'État doit payer **1,7 Md€ pour le tabac**, **3,3 Md€ pour l'alcool** et **2 Md€ pour les drogues illicites**[1].

L'OFDT évalue à 7 Md€ le déficit public engendré par le tabac, l'alcool et les drogues illicites.

Les recettes de taxation du tabac (13 Md€) et de l'alcool (4 Md€) sont inférieures au « coût des soins » des maladies engendrées leur consommation. Le coût des soins est évalué à plus de 24 Md€.

IV. Santé mentale

La situation des personnes vivant avec des troubles psychiques en France est préoccupante, avec une demande de soins en constante augmentation, notamment pour les troubles anxio-dépressifs, les addictions et les psycho-traumatismes. Ces troubles sont parmi les principales causes de morbidité et de mortalité. Cependant, la prévention, les interventions précoces et les diagnostics sont insuffisants. L'insertion sociale et l'accès à une vie active restent limités, et la stigmatisation persiste. Il existe des inégalités d'accès aux soins, notamment pour les populations vulnérables (enfants, personnes âgées, précaires, *etc.*), et la pandémie a exacerbé ces problèmes. La feuille de route santé mentale, lancée en 2018 et enrichie en 2021, vise à améliorer les conditions de vie des personnes touchées, l'accès aux soins, et à promouvoir une approche territorialisée de la santé mentale avec un focus sur la prévention et l'inclusion sociale.

Ainsi les actions de la DGS prennent place dans le cadre de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie (axe 1), lancée en 2018 et augmentée des mesures issues des Assises de septembre 2021. Des bilans annuels sont établis chaque année dans le cadre d'un costrat présidé par le/la ministre en présence des acteurs.

<u>Mesures mises en place :</u>

- Mobilisation interministérielle pour le développement des **compétences psychosociales** dès le plus jeune âge.
- Montée en puissance du **secourisme en santé mentale**.
- Actions de **prévention du suicide** :
    - VigilanS, dispositif de recontact des personnes sortant d'hospitalisation par suite d'une tentative de suicide.
    - Le numéro national de prévention du suicide (n°3114)
- L'action du Gouvernement se renforcera en lien avec la **grande cause nationale 2025** sur la santé mentale.

[1] *Tabac, alcool, drogues illicites : une estimation de leur coût social | vie-publique.fr*

Bénéficiaires :

- Nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide : 81 025 (source : Santé publique France, OSCOUR 2022) ;
- Nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide : 89 251 (source : Santé publique France, PMSI-MCO 2022).
- VigilanS grâce auquel on a pu constater une baisse importante de gestes suicidaires (-40 %). Nombre annuel d'inclusions dans VigilanS : **29 664 en 2022, 35 209 en 2023** soit + 18.7%.
- Depuis son ouverture, le 3114 cumulait **700 000 appels** (30 000 appels/mois depuis sa montée en charge). En 2023 : 268 254, 192 377 en 2022 soit + 39%.
- Au total, tous publics confondus, **97 381 secouristes** sont déjà formés au 1er janvier 2024 (soit plus du double de l'effectif comptabilisé fin 2022). On dénombre également, **1 333 formateurs formés au secourisme en santé mentale** depuis 2019.
- **1,1 million visites** sur le site de Psycom en 2023 soit + 187%.

Coûts :

Un tableau financier figure dans le dossier de presse des Assises, mentionnant des dépenses réalisées sur la période 2018-2021 et des arbitrages pour 2022-2026.

- Communication en santé mentale :
  - **14,4M€ dépensés** par Santé publique France en 2018-2021 ;
  - **39M€** arbitrés dans le cadre de la mesure 1 des Assises pour mettre en place un dispositif de communication pérenne.
  - En 2025, une campagne de communication grand public avec site internet adossée est prévue.
- Secourisme en santé mentale : des adaptations des modules du programme australien ont été soutenues par Santé publique France ; en région, des ARS financent des formations, notamment pour le public étudiant, en partenariat avec les établissements d'enseignement supérieur.
- Dispositifs hospitaliers de prévention du suicide : VigilanS **13M€/an et 3114 25M€/an,** crédits Ondam ES ;
- Expérimentation de maisons de l'enfant et de la famille : 2,7M€, crédits FISS[1] ;
- La DGS dépense également chaque année environ 1M€ (BOP 204) pour soutenir des actions de partenaires, notamment associatifs, qui contribuent à ses politiques.
- Les ARS financent également des acteurs sur leurs territoires (crédits FIR principalement).

[1] mef_cahier_des_charges_20230213.pdf

V. Détecter précocement les maladies :

Face aux cancers qui représentent en France la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme, le gouvernement s'est mobilisé avec une nouvelle feuille de route sur les dépistages organisés des cancers 2024-2028 qui s'appuie notamment sur :

- Les recommandations du rapport de la mission de l'Inspection générale des affaires sociales de janvier 2022 sur l'évaluation du dispositif de mise en œuvre en région des dépistages organisés des cancers,
- La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 dont l'un des objectifs, est la réalisation d'un million de dépistages en plus à l'horizon 2025 et porte des actions ambitieuses de prévention des cancers, notamment pour améliorer l'accès au dépistage et préparer le dépistage de demain.

Des défis majeurs doivent être relevés : augmenter globalement la participation aux dépistages organisés des cancers, diminuer les inégalités sociales et territoriales d'accès aux dépistages et préparer les dépistages de demain.

Une communication nationale ambitieuse, soutenue en régions par des actions de sensibilisation renforcées, sera portée. Cette nouvelle organisation des dépistages organisés des cancers a d'ores et déjà été mise en place depuis janvier 2024, avec :

- Le transfert des invitations et relances à l'Assurance maladie,
- Le recentrage des Centres Régionaux de coordination des dépistages (CRCDC) sur le suivi des personnes dépistées.

L'amélioration du suivi des personnes dépistées par les CRCDC sera également facilitée par la mise en place d'un collecteur national des compte-rendu des examens de dépistages et des examens diagnostics. Elle sera accompagnée du déploiement d'actions d'aller-vers efficaces individuelles et collectives. Dès 2024 a été également mis en place un dispositif d'appels des personnes non participantes après plusieurs relances par l'Assurance maladie. L'INCa est en charge d'élaborer un répertoire d'actions d'aller-vers probantes et prometteuses.

La feuille de route met également l'accent sur l'accompagnement complémentaire des territoires ayant une moindre participation aux dépistages des cancers et/ou avec des taux d'incidence de cancers plus élevés, notamment les départements d'outre-mer (DOM).

Santé publique France est en charge d'évaluer l'effet de la rénovation de l'organisation sur la participation et sur les taux de détection des cancers.

Enfin, il est nécessaire de préparer dès maintenant les dépistages de demain. Il est essentiel que les dépistages actuels puissent évoluer dès lors que de nouvelles modalités de dépistage auront démontré une balance bénéfice / risque favorable.

Aujourd'hui le dépistage permet de détecter des lésions précancéreuses ou des cancers à un stade précoce et de favoriser une plus grande chance de guérison pour les patients

Chaque année, 9 millions de dépistages sont réalisés en France. 3 programmes de dépistage organisé ont été mis en place, avec des tests ou examens intégralement pris en charge par les organismes d'assurance maladie

1- Le dépistage organisé du cancer du sein

Le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS, depuis 2004) : les femmes de 50 à 74 ans, sans facteur de risque autre que l'âge, sont invitées, tous les deux ans, à réaliser un dépistage (mammographie et examen clinique des seins) chez un radiologue agréé.

Mesures mises en place :
Ainsi pour le dépistage organisé du cancer du sein, améliorer encore davantage la performance et la sécurité du parc des installations mammographies est une ambition de la feuille de route priorité dépistage.

- Saisine de la HAS sur l'abaissement de la borne inférieure à 45 ans
- Réflexion sur les évolutions technologiques pouvant être intégrées au dépistage
- Organisation de la dématérialisation de la 2nd lecture

Bénéficiaires :

- Le taux de participation au DOCS en 2021-2022 est **de 47.7 %.**
- A ce taux de participation s'ajoute un taux estimé entre 10 et 15 % de femmes de 50 à 74 ans se faisant dépister dans le cadre d'une démarche de détection individuelle.
- En cumulant dépistage organisé et dépistage individuel, le taux de participation global se rapproche de l'objectif européen de 70% de participation.

Les coûts sont estimés à [1]:

- Coût total du cancer du sein : 3,2 milliards d'€ (2004) (actualisation données Assurance Maladie 2022 : dépenses pour cancers du sein actif s'élèvent à 3.4 milliards d'€ et dépenses pour les cancers du sein sous surveillance s'élèvent à 709 millions d'€)
- Coût total du dépistage organisé (DO) (tous financeurs) : 216,3 millions d'€ en 2008 (13 510 € par cancer dépisté), dont 211,1 millions d'€ pour l'assurance maladie.
- Coût total du dépistage individuel (DI, tous financeurs) : 37,6 millions d'€ (dont 24,4 millions d'€ pour l'Assurance maladie). Population cible du DO : 4,3 millions de femmes/an.

2- Le dépistage organisé du cancer colorectal

Le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR, depuis 2008-2009) : les femmes et les hommes de 50 à 74 ans sont invités, tous les deux ans, à réaliser à domicile un test de recherche de sang dans les selles. Plusieurs modalités sont possibles pour récupérer le kit : le demander lors d'une consultation chez un médecin, le retirer en pharmacie ou le commander en ligne.

[1] *HAS 2012, dépistage du cancer du sein*

Mesures mises en place :
Pour le dépistage organisé du cancer colorectal, des expérimentations sont en cours pour évaluer les effets d'un envoi des kits directement au domicile sans commande préalable.

- Faciliter les modalités d'accès au dépistage ;
- Promotion de la participation au dépistage organisé au DOCCR via des dispositifs de communication dédiés et une sensibilisation ad hoc par les médecins généralistes ;
- Renforcer le taux de participation au dépistage du cancer colorectal dans les territoires ultra-marins via des actions spécifiques.

Bénéficiaires :

- Le taux de participation pour les années **2022-2023 est 34,2 % et le taux pour l'année 2023 est de 35,3 %.**
- Le taux de participation au DOCCR est **de 34,2 % et l'objectif de passer de 34,2 % à 65 %.**

Coûts :

- Santé publique France vient de rappeler que la stratégie de dépistage par FIT était le plus coût-efficace (BEH 2025)[1] ;
- En parallèle, en 2022, les dépenses d'Assurance Maladie pour cancer colorectal actif s'élèvent à **1.5 milliards d'€ et po**ur cancer colorectal sous surveillance s'élèvent à 254 millions d'€).

3- Le dépistage organisé du col de l'utérus

La récente mise en place du DO en France en complément du DI s'est notamment basée sur une évaluation médico-économique réalisée par l'INCa[2]. Elle a conclu que le DO fondé sur un FCU tous les trois ans est une stratégie efficiente au seuil international de 40 000 €/QALY en incitant au passage au test HPV comme situation cible (désormais recommandé par la HAS chez les plus de 30 ans).

Ainsi, depuis 2018, les femmes de 25 à 65 ans n'ayant pas réalisé de dépistage dans les intervalles recommandés, sont invitées à consulter un professionnel de santé habilité à réaliser un prélèvement cervico-utérin dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU). Le déploiement du DOCCU répond à un enjeu fort de santé publique et constitue une grande avancée pour les femmes, notamment pour les plus éloignées du système de santé.

---

[1] *Santé publique France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2025, Estimation du taux de couverture du dépistage du cancer colorectal en France en 2022*
[2] *INCa, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2016, évaluation médico-économique du dépistage du cancer du col de l'utérus en France*

Mesures mises en place :
Pour le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, des travaux sont en cours pour mettre en œuvre l'autoprélèvement pour les femmes qui ne participent pas au dépistage

- Promotion de la participation au dépistage organisé au DOCCU via des dispositifs de communication dédiés ;
- Mobilisation des actions d'aller-vers par les CPAM, les acteurs de prévention dont les CRCDC, sous pilotage de l'ARS ;
- Renforcer le taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus dans les territoires ultra-marins via des actions spécifiques.
- Mettre en œuvre l'autoprélèvement (APV) dans le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus pour les femmes qui ne participent pas ou qui participent insuffisamment : mise en place de l'envoi des kits d'APV avec la relance par la CNAM.

Bénéficiaires :

- Le taux de **couverture 2019-2021 global est de 59.7%.**
- Actuellement, **le taux de couverture du DOCCU est de 59,5%.**
- On estime donc que **2 099 822 femmes participent chaque année** au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (calcul sur la base de données INSEE). En faisant l'hypothèse d'une augmentation du taux de participation de 59,5% à 80%, 723 468 femmes supplémentaires réaliseraient chaque année un dépistage du cancer du col de l'utérus, dont 77 813 dans la tranche d'âge 25-29 ans et 645 656 dans la tranche d'âge 30-65 ans (calcul sur la base de données INSEE).

Coûts :

- Pour le DI (qui était la seule modalité de dépistage avant la mise en place du DO)[1], les coûts sont estimés à des coûts médicaux directs de dépistage et de prise en charge du cancer du col de l'utérus **de 332 millions d'€** dont **225 millions d'€** pris en charge par l'Assurance maladie
- En parallèle, les économies induites du fait des cancers évités par un dépistage renforcé s'établiraient à 57,1 M€.

Au global, passer d'un taux de couverture **de 59,5% à 80%, engendrerait un coût supplémentaire de 48,9 M€,** mais permettrait en parallèle d'éviter 57M€ de dépenses de soins, soit par soustraction une économie finale de 8,2 M€.

4- Le dépistage du cancer du poumon

Concernant les dépistages organisés attendus, la mise en place d'une expérimentation du dépistage des cancers du poumon en France est une priorité inscrite dans notre feuille de route. Les travaux mis en place par l'INCa en 2023 ont abouti à l'élaboration d'un référentiel, dont la relecture par les sociétés savantes vient de se terminer. Un appel à candidatures a été lancé par l'INCa. Le projet IMPULSION a été retenu. Il s'agit d'un programme de recherche, qui vise à évaluer les conditions optimales d'organisation du dépistage, dans les suites de l'avis HAS. Il s'adressera aux fumeurs et ex-fumeurs de 50 à 74 ans et combinera

[1] *HAS, 2010, Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus*

un scanner thoracique à faible dose à une proposition de sevrage tabagique. Il nécessitera l'inclusion de 20 000 participants. L'entrée dans le programme sera multimodale : par le médecin traitant ou tiers formés (médecins spécialistes, professionnels de santé non médecins), en ligne (plateforme numérique ou ligne téléphonique), avec des actions d'aller-vers les personnes les plus isolées pour assurer l'accessibilité et l'équité du dépistage (ex : unité mobile, transports, accompagnateurs sociaux ou médico-soc Une mobilisation des actions d'aller-vers par les CPAM, les acteurs de prévention dont les CRCDC, sous pilotage de l'ARS sera mise en œuvre.

VI. Vacciner, au cœur de la stratégie préventive

Au cours des dix dernières années, la DGS a mis en place plusieurs mesures de prévention vaccinale, inscrites dans le **Plan Priorité Prévention 2018-2022,** afin de simplifier l'accès à la vaccination et renforcer l'adhésion du public.

Coût total des programmes de vaccination : Dépenses de prévention en santé relative aux programmes de vaccination est de **119,3 M€ du budget de la Sécurité sociale.**

1- Extension des obligations vaccinales (2018, 2025)

En France, les maladies à prévention vaccinale sont devenues plus rares, grâce à une couverture vaccinale élevée, en lien avec l'extension des obligations vaccinales des nourrissons : passage de 3 à 11 vaccins obligatoires pour les nourrissons dès 2018.

En 2025, ajout des vaccins contre les méningocoques ACWY et B. Vaccins pris en charge à 65 % par l'Assurance Maladie et le reste par la complémentaire santé.

Bénéficiaires :

- **Hausse des couvertures vaccinales** : par ex., rougeole (92,8 % en 2023 vs. 83,4 % en 2016), méningocoque C (89,1 % en 2023 vs. 35,5 % en 2017).
- **L'adhésion à la vaccination en général est en hausse** et retrouve des niveaux de confiance comparables à ceux des années 2000 avec près de 84% de Français se déclarant favorables à la vaccination en 2023 contre 75 % en 2016.

2- Extension des compétences vaccinales (2023-2024)

Cette mesure a pour objectif d'améliorer l'accessibilité et l'offre vaccinale sur tout le territoire. Ainsi, les textes du 8 août 2023 permettent désormais, aux infirmiers et aux pharmaciens, quel que soit leur mode d'exercice, après formation préalable, de prescrire et d'administrer les vaccins mentionnés dans le calendrier et selon ses recommandations aux personnes âgées de 11 ans et plus (à l'exception de la prescription des vaccins vivants atténués aux personnes immunodéprimées).

Cette mesure élargit également la cible des personnes pouvant être vaccinées par les sages-femmes à l'ensemble de la population.

Depuis 2024, les préparateurs en pharmacie sont également habilités à administrer certains vaccins sous supervision.

3- Vaccination gratuite contre les HPV en milieu scolaire (2023)

Chaque année en France, 6 400 nouveaux cas de cancers sont causés par les papillomavirus humains. Aujourd'hui, la vaccination contre les HPV prévient jusqu'à 90 % des infections HPV à l'origine de cancers.
La DGS/SP a ainsi pu coordonner une campagne de vaccination au collège inédite : proposée une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie au bénéfice des élèves de 5ème au sein des 7000 collèges publics et privés. Organisée en étroite collaboration avec le ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse, les agences régionales de santé, les rectorats et les établissements scolaires, cette campagne de vaccination constitue une avancée majeure en santé publique. Cette campagne au collège s'inscrit dans la diversification et la multiplication des offres vaccinales. Elle vient en complément à l'offre de vaccination en ville.

Bénéficiaires :

- Résultats encourageants : près **de 50 % ont reçu une première dose en 2023.**
- Hausse des couvertures : jeunes filles (1 dose, 54,6 % en 2023 vs. 47,8 % en 2022) et garçons (1 dose, 25,9 % en 2023 vs. 12,8 % en 2022).

La campagne de communication a par ailleurs sensibilisé les jeunes de 11 à 14 ans, ainsi que leurs parents à l'importance de cette vaccination. L'initiative d'information lancée lors de la vaccination dans les collèges a vraisemblablement eu un impact positif sur la vaccination en ville.

Coûts : Dotation de **21M€ aux ARS (FIR)** pour son déploiement + 3M€ pour la communication + prix du vaccin pris en charge par l'assurance maladie

4- Outils numériques et information vaccinale

De nombreux outils ont été créés, développés en format numérique afin d'élargir l'information vaccinale. Nous pouvons par exemple citer :

- La création du site « Vaccination Info Service » pour le grand public et les professionnels de santé ;
- Le développement du carnet de vaccination électronique sur « Mon espace santé » ;

A cela s'ajoute une présence accrue sur les réseaux sociaux afin d'informer et de sensibiliser le plus grand nombre.

Bénéficiaires :

- Ces mesures ont permis d'améliorer significativement les couvertures vaccinales, la confiance des Français (84 % favorables en 2023 vs. 75 % en 2016) et l'accessibilité aux vaccins.

VII. Renforcer les consultations de prévention pour constituer un parcours préventif

Les bilans prévention sont mis en œuvre depuis l'automne 2023 au travers d'une phase pilote réalisée en Hauts-de-France. Ces bilans à certains âges clés de la vie (18-25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans et 70-75 ans) doivent permettre de consacrer un temps dédié à la prévention dans le parcours de santé des usagers et d'aborder un véritable virage préventif.

Ces rendez-vous peuvent être réalisés par les médecins, les infirmiers les sages-femmes et les pharmaciens et sont rémunérés à hauteur de 30 €pour l'ensemble des professionnels effecteurs, pris en charge à 100% par l'Assurance maladie.

Dans certains cas, les professionnels peuvent coter des actes supplémentaires, dans la limite d'un acte facturable en sus par bilan de prévention :

- La réalisation d'un acte de prévention dans le cadre d'un programme de santé publique : un acte de vaccination pour les sages-femmes, les pharmaciens ou les infirmiers, un frottis cervico-utérin dans le cadre du dépistage pour les médecins et les sages-femmes ou la remise du kit DOCCR par le pharmacien ;
- La réalisation d'un acte relatif à un diagnostic réalisé au décours du bilan de prévention : une consultation avec examen clinique et prescription d'examens complémentaires pour les médecins et les-sages-femmes (consultation simple uniquement) et un électrocardiogramme pour les médecins.

Les bilans de prévention s'inscrivent parfaitement comme un dispositif permettant de lutter contre ces facteurs de risque, étant donné qu'il permet d'agir sur les habitudes et les modes de vie des personnes. Ils visent également à améliorer l'accessibilité et l'effectivité des actions de dépistage, et donc de lutter contre l'apparition de maladies.

Par ailleurs, des mesures comportementales peuvent également être prises afin de modifier les comportements et habitudes de vie des assurés. Cela passe notamment par des mesures de fiscalité sur les produits du tabac, sur les boissons et aliments sucrés

<u>Bénéficiaires :</u>

- 21 millions de concitoyens concernés
- En 2024, ce sont **60 882 bilans** qui ont été facturés.

<u>Coûts :</u>

Le chiffrage initial de la mesure, portée en LFSS pour 2024, s'élevait à 9,5 millions d'euros pour 2024, sur la base d'un taux de recours de 10%.

- Pour 2024, le montant global s'élève **à 1 826 460€.**
- Il représente un investissement d'environ 11M€ en 2025 votés en LFSS 2024.

VIII. Agir sur les déterminants environnementaux de santé :

23 % des décès et 25 % des pathologies chroniques dans le monde peuvent être attribués à des facteurs environnementaux et comportementaux. Ils peuvent contribuer à de nombreuses maladies d'origine souvent plurifactorielle que sont les cancers, les pathologies respiratoires, les allergies, l'asthme, les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'obésité, etc.

Pour agir sur les déterminants environnementaux de santé, l'Etat est doté d'un budget de 197M€. Son action s'inscrit principalement dans le cadre du quatrième plan national santé environnement, programme multisectoriel dont le budget prévisionnel pour la période 2021-2025 est estimé à 168 M€, dont :

- 90 M€ pour financer des programmes de recherche scientifique
- 40 M€ issus du plan de relance pour la réhabilitation des friches industrielles et des sites et sols pollués.

La contribution du ministère de la santé et de Santé publique France est estimée sur la période à 15 M€.

Le PNSE s'articule avec d'autres plans et stratégies sectoriels, les plans eau, Ecophyto 2030, Chlordécone, PFAS, perturbateurs endocriniens pour lesquels des moyens financiers ont été mis en œuvre pour prévenir et réduire les expositions, informer la population et professionnels, et financer des recherches.

1- Réduire les risques chimiques et physiques

Réduire les maladies chroniques et préserver la fertilité.
Publics visés : Population générale, en particulier femmes enfants populations vulnérables.
Coûts : 1,8M€.

2- Agir sur la nutrition pour une meilleure santé

Réduire l'obésité et autres pathologies liées.
Coûts : 2,2M€

3- Améliorer la qualité de l'eau

Garantir à une eau de qualité pour tous.
Publics visés : Population générale, en particulier femmes enfants populations vulnérables.
Coûts : 1M€

Annexe 2

2025

– LÉGISLATION COMPARÉE –

NOTE

sur

LES POLITIQUES DE PRÉVENTION EN SANTÉ

———

Allemagne – Royaume-Uni (Angleterre) – Canada (Québec)

———

Cette note a été réalisée en juillet 2025 à la demande
de la Commission des affaires sociales

**DIRECTION DE L'INITIATIVE PARLEMENTAIRE
ET DES DÉLÉGATIONS**



AVERTISSEMENT

Ce document constitue un instrument de travail élaboré à la demande des sénateurs, à partir de documents en langue originale, par la division de la Législation comparée de la direction de l'initiative parlementaire et des délégations. Il a un caractère informatif et ne contient aucune prise de position susceptible d'engager le Sénat.

S O M M A I R E

Pages

1. Introduction *329*
2. Tableau de synthèse *330*
3. Allemagne *331*
a) Le cadre juridique et institutionnel de la prévention en santé 331
(1) Les fondements législatifs 331
(2) L'intégration des politiques de prévention en santé 332
(3) Les autorités compétentes en matière de prévention en santé 332
(a) Les autorités chargées du pilotage de la politique *332*
(b) Les autorités chargées de la mise en œuvre de la politique *333*
(c) L'articulation entre les différents acteurs *334*
b) Le cadre financier de la prévention en santé 335
(1) Le budget des politiques de prévention 335
(2) Le financement des politiques de prévention 336
c) Les politiques de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre 337
(1) Les politiques de prévention en pratique 337
(2) L'intervention des acteurs de la prévention 339
(3) Le ciblage de certaines populations 340
(4) L'évaluation de l'impact des politiques de prévention 341
4. Royaume-Uni (Angleterre) *342*
a) Le cadre juridique et institutionnel de la prévention en santé 342
(1) Les fondements législatifs 342
(2) L'intégration de la politique de prévention en santé 342
(a) Le plan de santé à long terme du NHS *343*
(b) Le plan de santé décennal du NHS *345*
(3) Les autorités compétentes en matière de prévention en santé 346
(a) Les autorités chargées du pilotage *346*
(b) Les autorités chargées de la mise en œuvre de la politique *346*
(c) L'articulation entre les différents autorités et acteurs *347*
b) Le cadre financier de la prévention en santé 348
(1) Le financement des politiques de prévention 348
(2) Le budget des politiques de prévention 349
c) Les différentes politiques de prévention et de promotion de la santé et leur mise en œuvre 350
(1) Les politiques de prévention en pratique 350
(a) Exemples de politiques de prévention générales *350*
(b) Exemples de programmes de prévention ciblés *351*
(i) L'interdiction de la vente de tabac *351*
(ii) Le programme de prévention contre le diabète *351*
(iii) Le centre pour l'égalité et les inégalités sanitaires du NHS *352*
(iv) L'approche « Core20PLUS5 » *352*
(2) L'évaluation de l'impact des politiques de prévention 354
5. Canada (Québec) *355*
a) Le cadre juridique et institutionnel de la prévention en santé 355
(1) Les fondements législatifs 355
(2) Intégration des politiques de prévention en santé 355

(3) Autorités compétentes en matière de prévention en santé 356
(a) Autorités chargées du pilotage de la politique 356
(b) Autorités chargées de la mise en œuvre de la politique 357
(c) Articulation entre les différentes autorités 358
b) Le cadre financier de la prévention en santé 359
(1) Budget des politiques de prévention 359
(2) Financement des politiques de prévention 360
c) Les politiques de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre 361
(1) Les politiques de prévention en pratique 361
(2) Les acteurs de la prévention 362
(3) Existence de politiques ciblées 364
(4) Méthode d'évaluation de l'impact des politiques de prévention 365

1. Introduction

À la demande de la commission des affaires sociales, la division de la Législation comparée a réalisé une étude sur les politiques de prévention en santé en Allemagne, au Royaume-Uni (Angleterre) et au Canada (Québec). L'étude explore les politiques de prévention en santé mises en œuvre dans les trois pays, en analysant leur cadre juridique, leur financement et leurs dispositifs opérationnels.

Les trois pays partagent une volonté commune de structurer la prévention en santé autour d'un cadre juridique stable et d'une gouvernance interinstitutionnelle. Tous ont consacré un socle législatif spécifique à la prévention, parfois intégré dans un corpus plus large de santé publique, parfois porté par une loi *ad hoc*. Si la coordination interministérielle, la mobilisation d'acteurs multiples et l'ancrage territorial des actions apparaissent comme des constantes, en revanche, des divergences notables subsistent quant au degré de centralisation du pilotage, à l'autonomie des structures locales et à la place conférée à la société civile dans l'élaboration des stratégies.

Les trois systèmes de santé étudiés se caractérisent par un financement majoritairement public de la prévention en santé, mais selon des modalités contrastées. L'effort budgétaire consacré reste globalement modeste au regard des dépenses de santé totales, malgré des écarts importants. Tandis que certains dispositifs bénéficient de crédits pluriannuels fléchés, d'autres reposent sur des enveloppes plus instables, soumises aux arbitrages politiques. Le poids des financeurs varie également : centralisé au Québec, réparti entre assureurs publics et privés en Allemagne, et piloté par le NHS en Angleterre.

Enfin, dans les trois pays, les politiques de prévention suivent une approche de plus en plus ciblée et intersectorielle. Toutes visent à intervenir sur les déterminants sociaux de la santé, à travers des actions en milieu de vie, des campagnes de sensibilisation et des programmes de dépistage. La logique de cycle de vie – enfants, actifs, aînés – structure les interventions. Toutefois, l'intensité des efforts, la nature des priorités sanitaires et le degré de territorialisation varient sensiblement. L'évaluation des politiques reste inégalement développée.

2. Tableau de synthèse

	Allemagne	RU (Angleterre)	Canada (Québec)
Fondement juridique	Loi sur la prévention de 2015 intégrée au code de la sécurité sociale	*NHS Acts* 2006, 2012 et 2022 encadrant la prévention dans le système de santé public	Loi sur la santé publique de 2002 et Politique gouvernementale de prévention en santé (2016)
Mode de gouvernance	Gouvernance partagée entre État fédéral et *Länder*	Gouvernance centralisée *via* le NHS et l'UKHSA[1]	Gouvernance centralisée coordonnée par le ministère de la Santé, avec une forte concertation interministérielle
Principaux acteurs impliqués	Ministère fédéral, *Länder*, caisses d'assurance maladie, prestataires, employeurs, secteur associatif	*NHS England*, agences locales (ICS), autorités locales, UKHSA, secteur associatif	MSSS, Santé Québec, BCS, ministères sectoriels, municipalités, associations, établissements scolaires
Part des dépenses de santé publique consacrée à la prévention	Environ 5 % (25 Mds € sur 501 Mds € en 2023)	Environ 5 % (13 Mds £ sur dépenses publiques de santé en 2023)	Environ 3 % (1 Md CAD sur 32,4 Mds CAD en 2022–2023)
Sources de financement	Assurance maladie obligatoire (56 %), État fédéral, employeurs, secteur privé	Budget du NHS financé par l'impôt ; subventions aux autorités locales	Financement public provincial, partiellement complété par transferts fédéraux
Ciblage des politiques	Par étapes de vie et facteurs de risque (enfants, actifs, aînés ; diabète, addictions, etc.)	Approche cycle de vie et inégalités socioéconomiques (stratégie « Core20PLUS5 »)	Approche populationnelle, intersectorielle et territorialisée avec attention aux vulnérabilités
Dispositifs d'évaluation	Rapport quadriennal de la Conférence nationale sur la prévention ; projets expérimentaux évalués	Évaluations ponctuelles par les autorités locales et NHS ; indicateurs de performance	Indicateurs suivis par le BCS ; rapports d'analyse ; évaluations méthodologiques prévues par les plans d'action

[1] *UK Health Security Agency (Agence britannique de sécurité sanitaire).*

3. Allemagne

En Allemagne, la santé publique relève d'une compétence législative partagée entre l'État fédéral et les *Länder*, ces derniers disposant d'un rôle prépondérant dans sa mise en œuvre. Le système de prévention, historiquement centré sur la médecine individualisée, s'est progressivement structuré autour de politiques orientées vers des groupes de population.

Le pilotage fédéral incombe au ministère de la santé, assisté du *Robert-Koch-Institut* et du BfArM, tandis que les *Länder* mobilisent des offices de santé ou des structures régionales dédiées. La mise en œuvre repose sur les prestataires de soins, les caisses d'assurance maladie et l'Institut fédéral pour la santé publique, tout en impliquant également le secteur privé. La coordination est assurée par un organisme collégial fédéral : la Conférence nationale sur la prévention en santé, créée par la loi de 2015, qui réunit les principaux acteurs de la sécurité sociale et des institutions publiques autour d'une stratégie nationale articulée par des objectifs communs, des conventions régionales et un rapport quadriennal.

La prévention en santé repose sur le code de la sécurité sociale, qui fixe deux priorités : la prévention primaire et la promotion de la santé. Huit objectifs sanitaires sont définis, parmi lesquels la lutte contre le diabète, le cancer, les addictions ou encore les troubles dépressifs. Des mesures ciblées sont mises en œuvre dans divers milieux (écoles, entreprises, communes), portées par différents réseaux. La stratégie nationale identifie des groupes prioritaires selon les étapes de la vie : jeunes, actifs, personnes âgées. Près de la moitié des actions menées s'adressent à des publics spécifiques. L'évaluation des politiques repose sur des projets expérimentaux encadrés par la loi et sur un rapport quadriennal publié par la conférence nationale sur la prévention.

En 2023, l'Allemagne a consacré 25 milliards d'euros à la prévention en santé, sur un total de 501 milliards de dépenses de santé (12 % du PIB). La moitié de ce montant a financé des mesures de sécurité sanitaire (vaccinations, santé au travail, environnement).

a) Le cadre juridique et institutionnel de la prévention en santé

(1) Les fondements législatifs

En Allemagne, la santé publique est une compétence législative concurrente (*konkurrierende Gesetzgebung*), partagée entre l'État fédéral et les *Länder*[1]. En pratique, la majorité des mesures liées à la santé publique sont encadrées par les législations des *Länder* ; l'État fédéral n'intervient qu'à la marge, notamment lorsqu'il s'agit de problématiques nationales, telles que la protection contre les maladies ou la réglementation sur l'eau potable[2].

[1] *Loi fondamentale pour la République fédérale d'Allemagne (version traduite en français par le Bundestag), art. 74, al. 19 et 19a.*

[2] *The Lancet, Vol. 10, April 2025 – Public Health in Germany: structures, dynamics, and ways forward.*

(2) L'intégration des politiques de prévention en santé

Historiquement, la RFA a privilégié des soins individualisés centrés sur les médecins généralistes. Après la réunification en 1990, le système de santé publique unifié a adopté ce modèle, avec un rôle limité de l'État. L'autonomie individuelle (*Selbthilfe*) et la médecine individualisée y ont été mises en avant. Le concept de santé publique a commencé à se développer dans le milieu académique. En parallèle, la Charte d'Ottawa a stimulé diverses initiatives, comme le réseau des villes en bonne santé (*Netzwerk für gesunde Städte*). Les caisses d'assurance maladie ont également commencé à financer des mesures de prévention primaire, tandis que de nombreux organismes publics ont lancé des projets locaux de santé publique avec la participation des citoyens.

(3) Les autorités compétentes en matière de prévention en santé

(a) Les autorités chargées du pilotage de la politique

À l'échelle fédérale, la politique de santé publique est principalement pilotée par le **ministère fédéral de la santé**, dont la mission centrale consiste à élaborer des projets de loi et des décrets, ainsi qu'à édicter des actes administratifs. Ces actions s'inscrivent dans le cadre de ses responsabilités en matière de protection des intérêts des citoyens, de sécurité sanitaire et de financement du système de santé.[1] En outre, en vertu des articles 1 et 2 de la loi du 24 juin 1994 relative aux établissements successeurs de l'Office fédéral de la santé[2], deux autorités supérieures fédérales (*Bundesoberbehörde*) soutiennent le ministère fédéral de la santé dans l'exercice de ses missions : d'une part, **l'Institut fédéral pour les médicaments et les dispositifs médicaux** (*Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – BfArM*)[3], compétent pour l'octroi d'autorisations, la mise en circulation sur le marché et la surveillance des médicaments et, d'autre part, le ***Robert-Koch-Institut*** (RKI)[4], institut de recherche pour la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles.

À l'échelle des *Länder*, d'autres institutions interviennent en faveur de la prévention et la promotion de la santé :

– dans treize des seize *Länder*, des **organismes de droit public sont chargés de la promotion de la santé** (*Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung*)[5] et travaillent en collaboration avec l'organisme fédéral pour la prévention et la promotion de la santé (*Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung*)[6] ;

---

[1] *Ministère fédéral de la santé (Bundesministerium für Gesundheit), Missions et organisation : https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben.html (consulté le 16 juin 2025).*

[2] *Gesetz über Nachfolgeeinrichtungen des Bundesgesundheitsamtes.*

[3] *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (consulté le 16 juin 2025).*

[4] *Robert-Koch-Institut (consulté le 16 juin 2025).*

[5] *Le site internet institutionnel de l'organisme pour la promotion de la santé de Hambourg présente les organismes fédérés de chaque Land allemand (consulté le 16 juin 2025).*

[6] *Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (consulté le 16 juin 2025).*

– dans les trois autres *Länder* (Bade-Wurtemberg, Bavière et Rhénanie du Nord-Westphalie), ce sont des **offices de santé** (*Landesgesundheitsämter*) ou des **centres de santé** (*Landeszentren für Gesundheit*) qui ont pour missions communes la coordination des politiques de prévention et de promotion de la santé, la mise en réseau des acteurs concernés, la conception de projets ou encore l'organisation d'événements et de formations.

(b) Les autorités chargées de la mise en œuvre de la politique

La politique de prévention en santé est mise en œuvre par différents acteurs à différentes échelles[1], notamment :

– les **prestataires de soins**, qui opèrent des vaccinations et mettent en œuvre les programmes de dépistage de maladies (y compris cancers, maladies cardiovasculaires et maladies infantiles) ;

– l'**Institut fédéral pour la santé publique** (*Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit*)[2], chargé d'élaborer des campagnes de prévention, des programmes de formation et d'éducation notamment à l'école, des numéros verts, etc. ;

– en application de l'article 20 alinéa 1 du livre V du code de la sécurité sociale[3], les **caisses d'assurance maladie** (*gesetzliche Krankenkassen*) ont pour missions de proposer des prestations visant à empêcher et réduire les risques de maladie (principe de prévention primaire) et d'encourager les assurés à entretenir leur bonne santé par des cours de sport, des programmes d'éducation en santé, *etc.* (principe de promotion de la santé).

Prévention santé : les offres de l'*Allgemeine Ortskrankenkasse* (AOK)

L'AOK, principale caisse d'assurance maladie publique en Allemagne, propose des cours gratuits de prévention en santé autour de quatre thèmes : l'activité physique, la gestion du stress, la nutrition et les addictions[4]. Ces cours prennent la forme de séminaires en présentiel. Certaines branches régionales de la caisse proposent des offres complémentaires à leurs membres, à l'instar d'AOK Nordost et son programme #*CyberHealth*[5] : cours de sport en ligne animés par des coachs (pilates, yoga, sophrologie, etc.). L'accès à ces cours est pris en charge financièrement par AOK Nordost.

[1] *The Lancet, Vol. 10, April 2025 – Public Health in Germany: structures, dynamics, and ways forward, p. 334-336 – Governance, financing, structures and actors.*
[2] *L'ancien Centre fédéral d'éducation pour la santé (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) a été renommé Institut fédéral de la santé publique (Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit) en février 2025 ; ses missions demeurent inchangées.*
[3] *Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung, § 20 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung (consulté le 17 juin 2025).*
[4] *AOK, Präventions- und Gesundheitskurse (consulté le 17 juin 2025).*
[5] *AOK Nordost, CyberHealth, Gesund und fit leben – mit den Onlinekursen für Versicherte der AOK Nordost (consulté le 17 juin 2025).*

(c) L'articulation entre les différents acteurs

La conduite et la mise en œuvre de la politique de prévention en santé mobilisent à la fois des institutions publiques et des acteurs privés, aux statuts juridiques variés, qui interviennent à différents niveaux et à toutes les étapes du processus. Les **acteurs publics** y occupent une place centrale :

– à l'échelle fédérale, le ministère fédéral de la santé est chargé de concevoir et de mettre en œuvre les programmes et mesures de prévention, tandis que l'Institut Robert-Koch est responsable de la recherche en santé et de la production de données, d'études et de rapports sur le sujet ;

– à l'échelon régional, ce sont les offices de santé et autres structures publiques de prévention qui assurent la déclinaison opérationnelle de la politique de santé publique sur le terrain.

S'agissant du **secteur privé**, une partie de la prévention en santé repose sur les employeurs, qui ont l'obligation de garantir aux salariés des conditions de travail saines : cette obligation résulte du concept du « management lié à la santé dans les entreprises » (*betriebliches Gesundheitsmanagement*). Ainsi, l'article 4 de la loi du 7 août 1996 relative à la sécurité au travail (*Arbeitsschutzgesetz*)[1] définit les obligations générales incombant aux employeurs, comme la conception d'un environnement de travail respectueux de la santé physique et mentale des employés[2]. Certaines entreprises vont plus loin en proposant et prenant en charge partiellement ou totalement des cours de sport individuels et collectifs. C'est le cas, par exemple, de Bertelsmann BKK, acteur médiatique et culturel majeur en Allemagne. Depuis 1989, l'entreprise propose à ses salariés un programme baptisé « Sport et santé ». Le programme, pris en charge par l'entreprise, inclut une grande variété d'activités sportives, allant du fitness aux sports collectifs[3].

La coordination entre les secteurs public et privé prend souvent la forme de partenariats dans le cadre de campagnes de prévention ou autres initiatives ayant pour objectif la sensibilisation du public. En outre, la loi du 17 juillet 2015 relative à la promotion de la santé et de la prévention[4] a créé une **Conférence nationale sur la prévention en santé** (*nationale Präventionskonferenz*)[5]. Il s'agit d'un groupe de travail chargé de développer la stratégie nationale de prévention en santé. La conférence réunit en principe les organismes centraux des différentes branches de la sécurité sociale : l'assurance maladie (*gesetzliche Krankenversicherung*), l'assurance dépendance (*soziale Pflegeversicherung*), l'assurance accidents du travail (*gesetzliche*

---

[1] *Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz - ArbSchG).*

[2] *À ce sujet, des dispositions plus précises quant à l'étendue de cette obligation sont prévues par le règlement de 2004 sur les lieux de travail (Arbeitsstättenverordnung - ArbStättV), § 3a.*

[3] *https://www.bertelsmann-bkk.de/ueber-uns/medien/news/sportprogramm-sommer-2025? (consulté le 26 juin 2025).*

[4] *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG).*

[5] *Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, § 20e – Nationale Präventionskonferenz.*

Unfallversicherung) et l'assurance retraite (*gesetzliche Rentenversicherung*). Chacune d'elles bénéficie de deux voix pour les prises de décisions au sein du groupe de travail. En outre, depuis 2017, l'association des caisses privées d'assurance maladie (*Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.*) dispose aussi d'une voix au sein de la Conférence. D'autres acteurs publics sont associés à la Conférence avec une fonction consultative, notamment l'État fédéral (représenté par quatre ministères fédéraux), les *Länder* (représentés par quatre membres de ministères sociaux régionaux), l'Agence fédérale pour le travail (*Bundesagentur für Arbeit*) et les partenaires sociaux.

Outre la création de cette conférence, la loi a élargi les missions des caisses d'assurance maladie en matière de prévention dans les milieux de vie (*Lebenswelten*) et imposé la conclusion de conventions-cadres régionales (*Landesrahmenvereinbarungen*) entre les institutions de sécurité sociale et les autorités compétentes des *Länder*. Ces conventions visent à adapter la stratégie nationale aux réalités locales et à garantir la coordination des acteurs territoriaux.

Les membres de la Conférence développent une **stratégie nationale en matière de prévention de santé**, comprenant notamment des **recommandations cadres pour la promotion de la santé**, des **objectifs communs et harmonisés**, une **hiérarchisation des priorités** et donnant lieu à la rédaction d'un rapport quadriennal sur l'évolution et les accomplissements de la politique de prévention en santé[1].

b) Le cadre financier de la prévention en santé

(1) Le budget des politiques de prévention

Le *Robert-Koch-Institut* et l'Office fédéral de la statistique (*Statistisches Bundesamt*) rendent compte annuellement des informations sur la situation sanitaire et les prestations de soins dans le cadre d'un rapport fédéral sur la santé en Allemagne (*Gesundheitsberichterstattung*)[2]. Selon les dernières données disponibles, l'Allemagne a consacré, en 2023, 12 % de son PIB aux dépenses liées à la santé, soit environ 501 milliards d'euros, **dont 25 milliards d'euros pour la prévention et la sécurité sanitaire (***Prävention/Gesundheitsschutz*)[3]. La moitié est consacrée aux mesures de prévention et de sécurité sanitaires en général (notamment les campagnes de vaccination, la santé au travail et la protection de l'environnement).

[1] *Le dernier rapport de la Conférence nationale sur la prévention a été publié en 2023. Les rapports peuvent être consultés sur le site internet de la Conférence.*
[2] *https://www.gbe-bund.de/gbe/ (consulté le 30 juin 2025).*
[3] *Statistisches Bundesamt, Gesellschaft und Umwelt, Gesundheit – Gesundheitsaugaben (consulté le 18 juin 2023).*

D'autres postes de dépenses significatifs en matière de prévention en santé visent la promotion de la santé (programmes de sensibilisation, sport, etc.) à hauteur de 7,7 milliards d'euros en 2023 et les dépistages précoces de maladies, représentant 2,7 milliards d'euros en 2023.

Dépenses liées à la prévention en santé (en millions d'euros)

	2020	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
Total des dépenses liées à la santé	*438 917*	*476 088*	*501 176*	*500 780*	*538 221*
Total Prévention et sécurité sanitaires	16 164	34 383	42 561	24 835	Données manquantes*
Dont sécurité sanitaire	*7 131*	*23 713*	*31 215*	*12 770*	
Dont promotion de la santé	*5 222*	*6 604*	*7 206*	*7 722*	
Dont dépistage précoce de maladies	*2 332*	*2 578*	*2 604*	*2 691*	
Dont expertise et coordination	*1 478*	*1 484*	*1 536*	*1 652*	

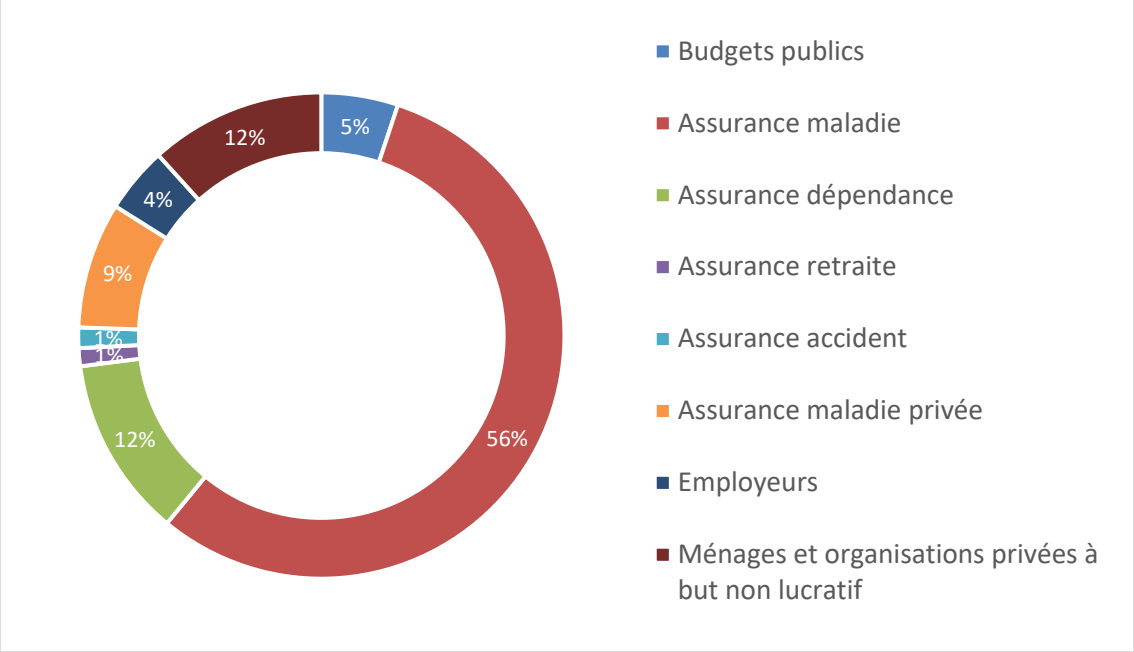
** Les chiffres disponibles concernant l'année 2024 sont une première estimation sur la base des valeurs déjà communiquées et mises à jour.*

Source : Statistisches Bundesamt, Gesellschaft und Umwelt, Gesundheit, Gesundheitsausgaben – Tabelle „Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten", 2024.

(2) Le financement des politiques de prévention

Pour 2024, les dépenses de santé, estimées à 538 milliards d'euros, ont été exécutées principalement par les assureurs publics, principalement l'assurance maladie (56 %). Le secteur privé (notamment les employeurs, ménages et organisations privées) représente 16 % des dépenses annuelles liées à la santé.

Répartition des dépenses de santé par organisme payeur (en % des dépenses totales)



Source : Statistisches Bundesamt, Gesellschaft und Umwelt, Gesundheit, Gesundheitsausgaben – Tabelle „Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern", 2024.

c) Les politiques de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre

(1) Les politiques de prévention en pratique

L'article 20 du livre V du code de la sécurité sociale fixe les priorités de l'assurance maladie en matière de prévention : « *La caisse d'assurance maladie prévoit […] des prestations visant à prévenir ou réduire les risques de maladie (prévention primaire), ainsi qu'à encourager les assurés à prendre en main leur santé (promotion de la santé)* ». Par « prévention primaire » (*primäre Prävention*) et « promotion de la santé » (*Gesundheitsförderung*), la loi désigne l'objectif d'éviter les maladies en agissant sur les comportements individuels. Le maintien en bonne santé de façon autonome constitue la priorité première de la politique allemande de prévention.

L'alinéa 3 de l'article 20 énumère **huit priorités sanitaires** qui forment le socle de la politique allemande de prévention et de promotion de la santé :

– le diabète de type 2 : réduire le risque de contracter la maladie, dépister et traiter les malades à un stade précoce ;

– le cancer du sein : réduire la mortalité, améliorer la qualité de vie ;

– la réduction de la consommation de tabac ;

– la croissance en bonne santé : compétence de vie, activité physique, alimentation ;

– l'augmentation des compétences en matière de santé, une plus grande souveraineté des patients ;

– les troubles dépressifs : prévenir, détecter précocement, traiter durablement ;

– le fait de vieillir en bonne santé ;

– la réduction de la consommation d'alcool.

Le code prévoit également une série de **dispositifs de prévention** : des campagnes de vaccination contre les maladies transmissibles (art. 20i), des traitements préventifs contre l'infection du VIH (art. 20j), des consultations gratuites de contrôle dentaire dans les écoles pour les jeunes de moins de douze ans (art. 21), des consultations annuelles subventionnées de contrôle dentaire pour les adolescents de moins de 18 ans (art. 22), des mesures de médecine préventive (art. 23), des méthodes de contraception (art. 24a), un recours encadré à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et aux techniques de stérilisation (art. 24b), des prestations spéciales durant la grossesse et de la maternité (art. 24c à 24i), des bilans de santé pour mineurs (art. 26) et majeurs (art. 25) et des programmes de dépistage de cancers (art. 25a).

Extrait du contrat de coalition entre le Parti chrétien-démocrate (CDU), l'Union chrétienne-sociale (CSU) et le Parti social-démocrate (SPD) pour la 21e législature « Responsabilité pour l'Allemagne »

« ***Prévention***

« La prévention des maladies et la promotion de la santé jouent un rôle important pour nous. Nous nous adressons aux personnes, en particulier aux enfants, de manière ciblée, structurée et accessible. Les examens médicaux pédiatriques existants seront élargis et la procédure d'invitation systématique aux examens de prévention sera renforcée. Nous soutenons les offres volontaires au niveau communal, en portant une attention particulière aux groupes vulnérables. La solitude, ses effets et la manière d'y faire face seront placés au cœur de nos priorités. Nous supprimerons les obstacles pour permettre un meilleur échange de données dans le cadre de la loi sur l'utilisation des données de santé [1]. Nous étudierons comment, après la fin du pacte pour le service de santé publique[2], nous pourrons continuer à soutenir ce dernier dans un effort commun entre la Fédération, les Länder et les communes[3]. »

Source : https://www.cdu.de/app/uploads/2025/04/KoaV-2025-Gesamt-final-0424.pdf, lignes 3364 à 3372.

[1] *Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GNDG).*
[2] *Öffentlicher Gesundheitsdienst - ÖGD*
[3] *La crise du Covid-19 a révélé les faiblesses du service public de la santé en Allemagne. En réponse, le Pacte pour le service public de la santé, adopté en septembre 2020, prévoit une augmentation des effectifs et une modernisation des services, notamment par une meilleure interconnexion. Un budget de 4 milliards d'euros est prévu pour sa mise en œuvre entre 2021 et 2026.*

(2) L'intervention des acteurs de la prévention

Les acteurs de la prévention en santé interviennent surtout à l'échelle locale, au sein de structures diverses comme les crèches, les établissements scolaires, les universités ou les entreprises.

L'**Association de coopération pour l'égalité des chances en matière de santé** (*Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit*) regroupe 75 partenaires issus des domaines de la santé, des services sociaux, de l'environnement, du développement urbain, de l'éducation et de l'aide aux enfants et aux jeunes[1]. Elle communique les offres de promotion de la santé en fonction des situations sociales grâce à sa base de données, met en réseau des institutions de différents domaines au niveau des *Länder* et des communes, encourage l'échange entre la science et la pratique et relie les structures existantes. L'association de coopération gère 16 centres de coordination pour l'égalité des chances en matière de santé. Depuis 2011, elle pilote le programme de partenariat local « La santé pour tous ! » (*Gesundheit für alle!*), établissant des stratégies de santé couvrant toutes les phases de la vie (*Präventionsketten*) afin d'améliorer les conditions de vie de tous, indépendamment de leur situation sociale respective. Les centres de coordination pour l'égalité des chances en matière de santé accompagnent et conseillent les territoires dans ce domaine, notamment par le biais d'ateliers d'apprentissage pratique.

Le **réseau des villes en bonne santé** (*Netzwerk für gesunde Städte*)[2] est un réseau de municipalités allemandes participant à une initiative de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il regroupe des villes qui intègrent la santé comme objectif transversal dans leurs politiques publiques, conformément aux principes d'une approche globale de promotion de la santé :

– établissement d'un rapport régulier sur la santé, pris en compte dans les décisions politiques ;

- définition de problématiques spécifiques liées à la santé ;

– mise en œuvre de conférences locales sur la santé qui servent à convenir d'objectifs territoriaux en matière de santé ;

– développement, mise en œuvre et évaluation en commun d'un programme d'action sanitaire ;

– travail intensif de relations publiques.

Enfin, le **programme conjoint de l'État fédéral et des *Länder*** sur la cohésion sociale (*Bund-Länder-Programm sozialer Zusammenhalt*)[3] a pour objectif de remédier à des dysfonctionnements urbains, fonctionnels et socio-économiques complexes en intégrant les administrés au processus

---

[1] *GKV-Spitzenverband, Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V, p. 34.*
[2] *Ibid., p. 35.*
[3] *Sozialer Zusammenhalt (consulté le 27 juin 2025).*

décisionnel. Ce programme réunit les différents acteurs issus de la politique, de l'administration, des écoles, des organismes indépendants, des habitants et des entreprises, en créant et en animant des initiatives et des groupes de travail interdisciplinaires. L'accent est mis sur l'augmentation des chances en matière de santé et de formation, l'intégration, la justice environnementale, la protection du climat et la sécurité. L'amélioration des conditions de vie de la population des quartiers défavorisés est au cœur de ce programme.

(3) Le ciblage de certaines populations

La **stratégie nationale de prévention** en Allemagne identifie des **groupes cibles prioritaires** (*Zielgruppe*) selon les étapes de la vie afin d'adapter les interventions aux besoins spécifiques de chacun. Trois grands objectifs structurent cette approche : bien grandir, bien vivre et travailler, et bien vieillir[1].

Pour l'enfance et la jeunesse, les publics visés sont les familles en attente d'un enfant, les jeunes parents, les enfants, les adolescents, les apprentis et les étudiants. Ils sont considérés comme particulièrement réceptifs aux messages de santé et susceptibles de bénéficier durablement d'un accompagnement précoce.

Dans la population active, la stratégie cible les salariés, les demandeurs d'emploi et les personnes engagées dans le bénévolat. Pour ces publics, la prévention vise notamment à renforcer la santé mentale et à prévenir les troubles musculo-squelettiques, en lien avec les conditions de travail.

Enfin, chez les personnes âgées, les efforts portent sur celles vivant à domicile comme en établissement, avec une attention particulière à la préservation de l'autonomie. La stratégie accorde une importance centrale à l'égalité des chances en santé, en adaptant les mesures aux besoins sociaux et genrés des différents groupes. Elle souligne aussi le **rôle clé des communes** dans la coordination des actions à destination de ces populations, à travers des structures locales de gouvernance en santé.

Selon le rapport annuel de 2024 sur la prévention en santé (*Präventionsbericht*)[2], publié par l'assurance maladie, **48 % des mesures de prévention en 2023** s'adressaient à des groupes de personnes spécifiques dans le milieu de vie concerné. Sur l'ensemble des activités axées sur ces groupes cibles, 88 % étaient ciblées sur des groupes d'âge. Environ 37 % d'entre elles concernaient des enfants en âge préscolaire, suivis par les enfants âgés de 7 à 11 ans (34 %). Environ 30 % des activités étaient destinées aux adolescents, 32 % aux jeunes adultes et 31 % aux adultes en début de carrière.

[1] *GKV-Spitzenverband, Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V, p. 18.*
[2] *Präventionsbericht 2024, p. 45.*

(4) L'évaluation de l'impact des politiques de prévention

La Conférence nationale sur la prévention publie **tous les quatre ans un rapport de prévention** (*Präventionsbericht*)[1] qui dresse un état des lieux des actions menées, évalue les progrès accomplis par rapport aux objectifs fixés et propose des ajustements. Ce rapport constitue l'outil principal de suivi de la stratégie nationale.

Berlin et Brandebourg : région du futur de la santé numérique[2] (projets expérimentaux)

Le ministère fédéral de la santé a élaboré en 2022 une série de projets expérimentaux (limités aux **Länder** de Berlin et du Brandebourg) afin d'évaluer l'efficacité et l'impact d'un service public de la santé numérique (*Digitalisierung des Gesundheitswesens*)[3]. À titre d'exemple, il existe un projet expérimental pour la mise en œuvre de la télémédecine pour les personnes nécessitant des soins dans les zones rurales, un projet expérimental d'applications détectrices de symptômes (*Symptom Checker Apps*), ou encore un projet expérimental de diagnostics dentaires préventifs améliorés grâce à l'intelligence artificielle (IA)[4].

Ces projets s'inscrivent dans une stratégie plus large de numérisation du système de santé, qui vise à améliorer l'accès aux soins, personnaliser les messages de prévention et faciliter l'évaluation des interventions par la collecte de données en temps réel.

[1] *Voir supra.*
[2] *Ministère fédéral de la santé, Was ist die Zukunftsregion Digitale Gesundheit? (consulté le 20 juin 2025).*
[3] *L'ensemble de ces projets expérimentaux liés à la prévention en santé en ligne sont listés sur le site internet du ministère fédéral de la Santé (consulté le 20 juin 2025).*
[4] *À l'issue de l'initiative « Région du futur de la santé numérique », un rapport a été publié en mars 2023 qui rend compte des résultats des projets expérimentaux mis en œuvre (consulté le 20 juin 2025).*

4. Royaume-Uni (Angleterre)

Au Royaume-Uni, les soins de santé sont largement décentralisés, de telle sorte que l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord sont responsables de la santé publique et des services de santé. Le gouvernement du Royaume-Uni alloue ainsi un budget pour les soins de santé en Angleterre et des subventions globales à l'Écosse, au Pays de Galles et à l'Irlande du Nord, qui, à leur tour, décident de leurs propres politiques en la matière[1]. La présente note se concentre sur la politique de prévention en santé en Angleterre.

a) Le cadre juridique et institutionnel de la prévention en santé

(1) Les fondements législatifs

En Angleterre, la politique de prévention en matière de santé est encadrée par trois textes principaux : la loi sur le service national de santé de 2006 (*National Health Service Act 2006*)[2], la loi sur la santé et la protection sociale de 2012 (*Health and Social Care Act 2012*)[3] et la loi sur la santé et les soins de 2022 (*Health and Care Act 2022*)[4] [5].

Les dispositions contenues dans ces textes sont de nature très large et la politique de prévention en santé repose essentiellement sur le **programme de prévention du service national de santé** (*NHS Prevention Programme*)[6]. Il s'agit du vecteur principal qui réunit et coordonne les différentes politiques de prévention.

(2) L'intégration de la politique de prévention en santé

La prévention est identifiée comme un objectif de politique de santé publique. Elle intègre généralement des **objectifs transversaux, notamment sociaux et économiques**.

Le NHS a reconnu dans son **Plan de santé sur le long terme** (*NHS Long Term Plan*)[7] la prévention comme un volet spécifique de ce plan, indissociable des politiques sociales et économiques[8]. En effet, le coût des admissions à l'hôpital dues aux inégalités socio-économiques est estimé à

---

[1] https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/royaume_uni.html *(consulté le 24 juin 2025).*
[2] National Health Service Act 2006.
[3] Health and Social Care Act 2012.
[4] Health and Care Act 2022.
[5] *En Écosse, la loi sur la santé publique de 2008 (Public Health etc. (Scotland) Act 2008) contient également des dispositions sur la prévention.*
[6] https://www.england.nhs.uk/ourwork/prevention/ *(consulté le 17 juin 2025).*
[7] *Site dédié au programme :* https://www.longtermplan.nhs.uk/ *(consulté le 18 juin 2025).*
[8] https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf, *p. 33.*

4,8 milliards de livres sterling (5,6 milliards d'euros) en 2012[1]. Par ailleurs, la politique de prévention en santé est elle-même intégrée dans la politique plus vaste du NHS qui a également des responsabilités en matière d'éducation et de logement[2].

En 2023, la fonction de **« champion du gouvernement pour la prévention personnalisée** » a été créée spécialement pour traiter la question de la prévention en santé[3]. La première personne à avoir été nommée à cette fonction est le professeur John Deanfield, qui a présenté en 2024 dans un rapport indépendant sa vision pour un service moderne et personnalisé de prévention en matière de santé cardiaque[4]. Le professeur insiste sur le caractère non durable de l'approche curative actuelle et affirme qu'une « *réorientation vers la prévention* » constitue la meilleure réponse à la crise sanitaire et économique[5]. Il estime qu'en appliquant plus tôt et plus largement les mesures de prévention connues et fondées sur des données probantes, il serait possible de gagner 20 jours en bonne santé par personne et par an au Royaume-Uni, soit une réduction de 33 % des problèmes de santé, ce qui permettrait d'augmenter le PIB de 320 milliards de livres sterling (377 milliards d'euros) sur une période de 20 ans[6].

(a) Le plan de santé à long terme du NHS

En 2019, NHS a présenté un plan sur le long terme (*NHS Long Term Plan*)[7], issu d'une vaste consultation publique présentant une stratégie sur dix ans en matière d'organisation et de gouvernance de l'offre de soins[8].

Ce plan comporte un **chapitre 2 dédié à la prévention**, qui se décline en **six volets thématiques** correspondant aux principaux facteurs de risque à

---

[1] *M. Asaria, T. Doran, R. Cookson, The costs of inequality: whole-population modelling study of lifetime inpatient hospital costs in the English National Health Service by level of neighbourhood deprivation, 2016, p. 1.*

[2] *NHS, The NHS Long Term Plan, 2019, para. 2 .4, p. 34.*

[3] *https://www.gov.uk/government/news/government-to-consider-radical-new-approach-to-prevent-life-threatening-cardiovascular-disease, (consulté le 10 juin 2025).*

[4] *https://www.gov.uk/government/publications/making-prevention-everyones-business/making-prevention-everyones-business-a-transformational-approach-to-personalised-prevention-in-england, (consulté le 10 juin 2025).*

[5] *https://www.gov.uk/government/publications/making-prevention-everyones-business/making-prevention-everyones-business-a-transformational-approach-to-personalised-prevention-in-england#contents (consulté le 10 juin 2025).*

[6] *https://www.gov.uk/government/publications/making-prevention-everyones-business/making-prevention-everyones-business-a-transformational-approach-to-personalised-prevention-in-england, (consulté le 19 juin 2025).*

[7] *Site dédié au programme : https://www.longtermplan.nhs.uk/ (consulté le 5 juin 2025).*

[8] *https://www.longtermplan.nhs.uk/about/ (consulté le 18 juin 2025).*

l'origine de décès prématurés en Angleterre[1], selon l'étude sur « la charge mondiale de la morbidité » (*Global Burden of Disease*, GBD)[2]. Ces six volets sont[3] :

– le **tabagisme**. Malgré une baisse significative, l'Angleterre compte encore 6,1 millions de fumeurs et il est estimé que près d'un quart des femmes enceintes fument pendant leur grossesse. Les fumeurs consultent leur médecin généraliste 35 % plus souvent que les non-fumeurs et le tabagisme est lié à près d'un demi-million d'admissions à l'hôpital chaque année. Sur la base d'un modèle mis en œuvre au Canada et à Manchester, le plan prévoit que toutes les personnes admises à l'hôpital se voient systématiquement proposer des services de traitement du tabagisme financés par le NHS à partir de 2023. Un nouveau suivi de grossesse sans tabac, comprenant des séances et des traitements ciblés, est également prévu, ainsi qu'une nouvelle offre universelle de sevrage tabagique dans le cadre des établissements psychiatriques spécialisés ;

– l'**obésité**. Près de deux tiers des adultes et un tiers des enfants quittant l'école primaire en Angleterre sont en surpoids ou obèses et ce phénomène touche particulièrement les catégories sociales les plus pauvres. Le plan de santé à long terme s'engage notamment à proposer une offre de soins ciblée et un accès à des services de gestion du poids dans les centres de soins primaires aux personnes ayant reçu un diagnostic de diabète de type 2 ou d'hypertension et dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 30 ; de même, il s'engage à financer un doublement du programme de prévention du diabète du NHS au cours des cinq prochaines années ;

– l'**alcool**. À l'instar des équipes spécialisées dans les soins liés à l'alcool mises en place dans plusieurs hôpitaux (Bolton, Salford, Nottingham, Liverpool, Londres et Portsmouth) – qui ont permis de réduire sensiblement les passages aux urgences, les durées d'hospitalisation, les réadmissions et les appels aux services d'ambulance –, les établissements enregistrant le plus grand nombre d'admissions liées à l'alcoolisme doivent être soutenus dans la création de structures similaires, en partenariat avec les autorités locales responsables des services de traitement des addictions. S'il était mis en œuvre dans les 25 % d'hôpitaux les plus touchés, ce programme permettrait d'éviter environ 50 000 admissions sur cinq ans ;

– la **pollution de l'air**. Sur ce point, le plan prévoit que le NHS s'engage à réduire les déplacements du personnel et des patients en développant les consultations à distance, ainsi qu'à diminuer de 20 % d'ici 2023-2024 les émissions de polluants atmosphériques liées à son parc automobile ;

– la **résistance antimicrobienne**. En dépit de la baisse du nombre de prescriptions d'antibiotiques en soins primaires de 13 % entre 2013 et 2017, le plan de santé estime que des progrès supplémentaires sont nécessaires et

[1] *NHS, The NHS Long Term Plan, 2019, p. 33 et suivantes*
[2] *https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd (consulté le 18 juin 2025).*
[3] *NHS, The NHS Long Term Plan, 2019, p. 33 et suivantes.*

prévoit la mise en œuvre du plan d'action quinquennal du gouvernement sur la résistance aux antimicrobiens[1] ;

– et les **inégalités sanitaires**. En Angleterre, le NHS cible une plus grande part de financement vers les zones présentant de fortes inégalités de santé (1 milliard de livres sterling supplémentaire annoncé d'ici 2023-24, soit environ 1,18 milliard d'euros). Le plan prévoit également la définition d'objectifs mesurables pour réduire les inégalités.

Les systèmes de soins intégrés (*Integrated Care Systems*, ICS – cf. *infra*) étaient chargés de décliner et de mettre en œuvre cette stratégie au niveau local pour les cinq prochaines années[2].

Cependant, la pandémie de covid-19 et les difficultés à pallier les dysfonctionnements du NHS ont poussé le nouveau gouvernement issu des élections législatives de juillet 2024 à élaborer un nouveau plan, baptisé le « *Ten Year Health Plan* »[3].

(b) Le plan de santé décennal du NHS

Le secrétaire d'État pour la santé et la protection sociale, M. Wes Streeting, a annoncé à l'automne 2025 l'intention du gouvernement de présenter une **nouvelle stratégie sanitaire sur dix ans, dénommée « plan de santé décennal du NHS »** (*NHS' 10 Year Health Plan*)[4]. Cette décision fait suite au rapport indépendant de Lord Darzi sur l'état du NHS en Angleterre[5] – qui soulignait ses mauvais résultats – et s'inscrit dans le contexte du projet du gouvernement britannique de supprimer le NHS en tant qu'agence en le réintégrant au sein du ministère de la santé et de la protection sociale (*Department of health and Social care*)[6].

Annoncé pour le printemps 2025 mais non publié à ce jour, ce plan applicable à l'Angleterre permettrait de réaliser trois grands « changements » pour passer « *de l'hôpital à la communauté* », « *de l'analogique au numérique* » et « *de la maladie à la prévention* »[7]. Concernant la prévention, il s'agira de « *raccourcir le temps passé en mauvaise santé en prévenant les maladies avant qu'elles ne surviennent, ainsi que d'identifier plus rapidement et gérer les maladies chroniques* »[8]. Il est également indiqué que le modèle de soin devra

[1] *UK 5-year action plan for antimicrobial resistance 2024 to 2029 (consulté le 25 juin 2025).*
[2] *NHS, The NHS Long Term Plan, 2019, p. 3.*
[3] *https://www.longtermplan.nhs.uk/ (consulté le 18 juin 2025).*
[4] *https://www.gov.uk/government/publications/road-to-recovery-the-governments-2025-mandate-to-nhs-england/road-to-recovery-the-governments-2025-mandate-to-nhs-england, (consulté le 12 juin 2025).*
[5] *Independent Investigation of the National health Service in England, Lord Darzi, 2024.*
[6] *https://www.gov.uk/government/speeches/pm-remarks-on-the-fundamental-reform-of-the-british-state-13-march-2025 (consulté le 12 juin 2025).*
[7] *https://www.gov.uk/government/publications/road-to-recovery-the-governments-2025-mandate-to-nhs-england/road-to-recovery-the-governments-2025-mandate-to-nhs-england, (consulté le 12 juin 2025).*
[8] *https://www.gov.uk/missions/nhs, (consulté le 12 juin 2025).*

être plus durable, en mettant l'accent sur la **prévention tout au long du parcours** de soin du patient.[1]

Ce plan s'appuie, comme le précédent, sur la participation citoyenne. Selon le NHS, 220 000 contributions ont été reçues dans le cadre de la consultation publique[2].

(3) Les autorités compétentes en matière de prévention en santé

(a) Les autorités chargées du pilotage

Le pilotage de la politique de prévention et de promotion de la santé en Angleterre relève de la **responsabilité du secrétaire d'État pour la santé**. L'article 2A de la loi sur le service national de santé de 2006 dispose notamment que le secrétaire d'État pour la santé doit prendre les mesures nécessaires pour fournir des services ou des établissements pour la prévention des maladies[3]. La loi sur la santé et la protection sociale de 2012 dispose en outre, en son article premier, que le secrétaire d'État pour la santé doit promouvoir un « *service de santé complet conçu pour garantir l'amélioration […] de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies physiques et mentales* »[4].

En pratique, le NHS assure cette fonction de pilotage de la politique de prévention : en vertu de l'article 13 de la loi sur le service national de santé de 2006[5], il est chargé de l'amélioration constante de la qualité des services rendus aux individus ou en lien avec la prévention.

L'**agence de sécurité sanitaire du Royaume-Uni** (*UK Health Security Agency, UKSA*) – agence exécutive rattachée au ministère de la santé et de la protection sociale[6] – joue également un rôle en matière de pilotage de la prévention en santé, plus particulièrement en matière de prévention des maladies infectieuses et des risques environnementaux[7].

(b) Les autorités chargées de la mise en œuvre de la politique

Selon l'article 14 de la loi sur la santé et la protection sociale de 2012, les « **groupements de mise en œuvre des soins** » (*clinical commissioning groups*) – les agences locales du NHS – organisaient la fourniture de services en lien avec la prévention[8].

---

[1] https://www.gov.uk/missions/nhs, *(consulté le 12 juin 2025).*
[2] https://www.longtermplan.nhs.uk/, *(consulté le 18 juin 2025).*
[3] National Health Service Act 2006, s. 2A.
[4] Health and Social Care Act 2012, s. 1.
[5] National Health Service 2006, s. 13E.
[6] https://www.gov.uk/government/organisations/uk-health-security-agency, *(consulté le 11 juin 2025).*
[7] https://www.gov.uk/government/organisations/uk-health-security-agency/about, *(consulté le 11 juin 2025).*
[8] Health and Social Care Act 2012, s. 14.

Cependant, ces organismes ont été récemment remplacés par les « **systèmes de soins intégrés** » (*Integrated Care Systems*, ICS), en application de la loi sur la santé et les soins de 2022. Les 42 ICS en Angleterre sont des partenariats locaux qui rassemblent les services du NHS, les représentants des collectivités locales, les travailleurs sociaux et le secteur associatif afin de développer des services communs[1]. Chaque ICS comporte un partenariat et un conseil de soins. Ainsi, l'article 21 de cette loi modifie la loi sur le NHS en son article 3A[2] afin de préciser que les **conseils de soins intégrés doivent organiser la fourniture de services de prévention**[3].

(c) L'articulation entre les différents autorités et acteurs

Le NHS et l'Agence de sécurité sanitaire du Royaume-Uni collaborent dans le cadre de leur action en Angleterre, notamment en matière de vaccination ainsi que pour la conception de plans d'intervention d'urgence. Ils mènent également un travail de surveillance conjoint des infections liées aux soins. Le plan d'action de l'Agence de sécurité sanitaire souligne que cette coopération permet de sauver des vies et des ressources par l'action de la prévention[4].

Bien que le NHS domine le système de santé au Royaume-Uni[5], il existe parallèlement une **offre de soins de santé privée**. Il arrive que NHS contractualise avec ces acteurs privés pour fournir certains services à ses usagers, notamment dans le but de tirer profit de la disponibilité du secteur indépendant pour faire face au problème des listes d'attente de patients[6]. Par ailleurs, certains usagers souscrivent des assurances privées pour prendre en charge les frais de santé qui ne sont pas couverts par NHS. Selon la Fondation pour la santé, 24 %de la population serait encline à payer une telle assurance et 14 % en bénéficient déjà[7].

Enfin, au niveau local, la coordination entre les différents acteurs s'effectue au sein des **systèmes de soins intégrés** (ICS – cf. *supra*).

---

[1] https://www.england.nhs.uk/commissioning/who-commissions-nhs-services/ccg-ics/ *(consulté le 20 juin 2025).*
[2] *National Health Service Act 2006, s. 3*.
[3] *Health and Care Act 2022, s. 21*.
[4] *UK Health Security Agency, Strategic Plan, 2023 to 2026, p. 17*.
[5] *C. Courbage, A. de Coulon, Prevention and Private Health Insurance in the U.K., 2004, p. 3.*
[6] *The Health Foundation, Is the Use of Privately Funded Health Care on the Rise ? 2024*
[7] *The Health Foundation, Is the Use of Privately Funded Health Care on the Rise ? 2024*

b) Le cadre financier de la prévention en santé

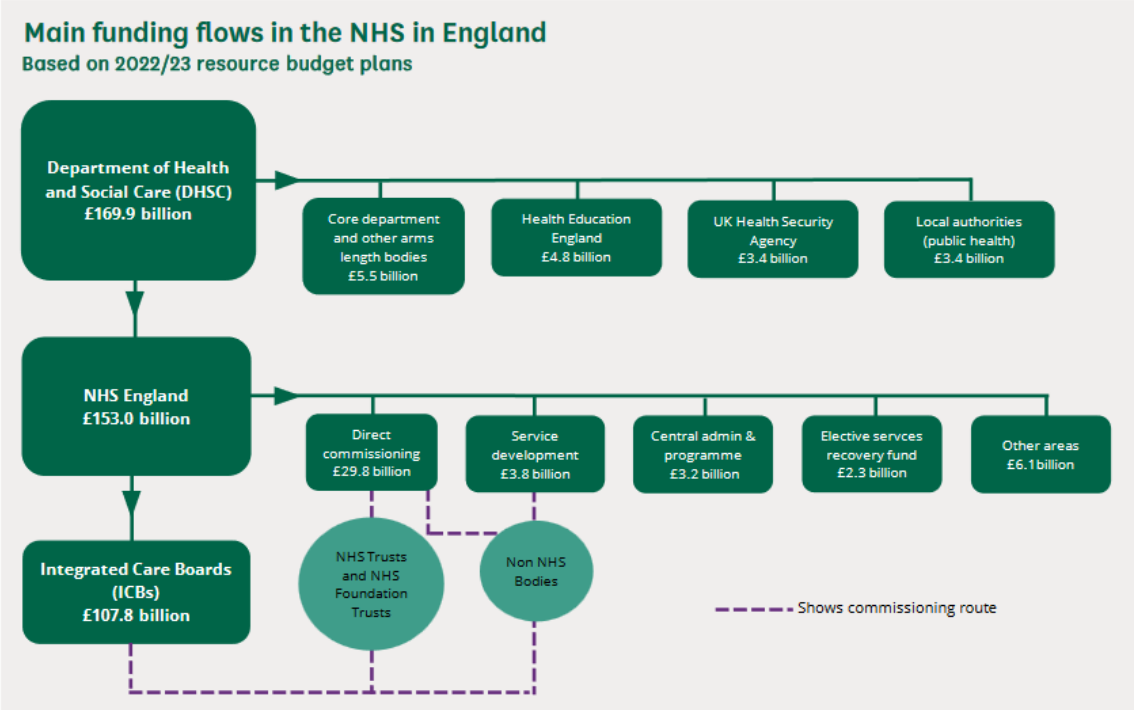
(1) Le financement des politiques de prévention

En Angleterre, les dépenses de prévention en santé sont quasi exclusivement financées par **l'impôt**, à partir du **budget alloué au ministère de la santé et de la protection sociale** (*Department of Health and Social Care*, DHSC)[1]. Le DHCS alloue ensuite des financements à deux types d'entités afin de mettre en œuvre des actions de prévention :

– d'une part, les autorités locales reçoivent une subvention de santé publique (*public health grant*) ;

– et, d'autre part, le NHS reverse ensuite la majorité de son budget aux ICS, qui financent au niveau local une large gamme de services de santé (soins hospitaliers, soins primaires de médecine générale, psychiatrie etc.), dont des actions de prévention[2].

Les principaux flux financiers au sein du NHS (exercice 2022-2023)



Source : House of Commons Library

Une part résiduelle de financement provient **des frais payés par les patients pour la prescription de certains médicaments** (environ 10 % des ordonnances exigent des frais de prescription de 9,90 livres sterling par unité – représentant un montant total de 670 millions de livres sterling en 2022-2023,

[1] *House of Commons Library, Research Briefing, NHS Funding and expenditure, 2024, p. 12.*
[2] *Ibid.*

soit environ 791 millions d'euros) et pour les **soins dentaires** (entre 27 et 319 livres sterling par patient selon la complexité de l'acte, soit 807 millions de livres sterling en 2022-2023, environ 952 millions d'euros)[1].

Les financements publics couvrent généralement la totalité du coût des actes de prévention et il n'y a pas de reste à charge pour le patient. Par exemple, une visite chez le médecin généraliste est gratuite[2]. De même, le bilan de santé du NHS (*cf. infra*) est gratuit et permet d'effectuer un ensemble de test pour dépister le diabète, les maladies cardiovasculaires ou encore l'hypertension pour les personnes âgées de 40 à 74 ans[3].

(2) Le budget des politiques de prévention

En **Angleterre**, au titre de l'exercice budgétaire 2024-2025, la **subvention de santé publique** (*public health grant*) allouée aux autorités locales s'élevait à **3,6 milliards de livres sterling** (4,2 milliards d'euros). Ceci représente 2,2 % du budget total du NHS *England*[4]. Cette subvention sert principalement à financer des services de prévention en faveur des jeunes enfants (entre 0 et 5 ans), des services de santé sexuelle, des programmes de sevrage tabagique ou encore et des services liés à la drogue et à l'alcool[5]. Pour l'exercice 2025-2026, la subvention de santé publique s'élèvera à **3,9 milliards de livres sterling** (4,6 milliards d'euros).

Pour **l'ensemble du Royaume-Uni**, les statistiques officielles en matière de dépenses de santé indiquent que les dépenses de « soins préventifs » (*preventive care*) ont atteint **13 milliards de livres sterling** (15,2 milliards d'euros), soit environ **5,2 % des dépenses publiques de santé** en 2023[6]. Ceci correspond à une réduction de près de 38 % par rapport à 2022, ce qui s'explique principalement par la fin de la pandémie de covid-19. La part des dépenses dévolues à la prévention a ainsi été ramenée à des niveaux proches de ceux observés avant la pandémie, même si elle reste supérieure à la période pré-covid-19. On peut noter que 11,8 % de ces dépenses de prévention concernent les services de vaccination contre le covid-19, toujours disponibles en 2023 pour les personnes à risque[7].

Par ailleurs, dans le cadre de la **revue de dépenses pour 2025** (*spending review*), le gouvernement britannique a annoncé investir 10 milliards de livres sterling (11,7 milliards d'euros) dans la transformation numérique

---

[1] *Ibid.*
[2] https://www.nhsgp.net/how-much-does-it-cost-for-a-gp-appointment/, *(consulté le 23 juin 2025).*
[3] https://www.england.nhs.uk/diabetes/diabetes-prevention/, *(consulté le 23 juin 2025).*
[4] *Department of Health & Social Care, Public health ring-fenced grant financial year 2024 to 2025 : local authority circular, 2025.*
[5] *The Health Foundation, Options for restoring the public health grant, 2024.*
[6] *Office for National Statistics, Healthcare expenditure, UK Health Accounts : 2023 and 2024, p. 7. Les dépenses de santé sont estimées au total à 317 milliards de livres sterling en 2024 dont 258 milliards de dépenses publiques, prises en charge par le NHS, les autorités locales et d'autres organismes. Le budget du NHS England représente quant à lui 187 milliards d'euros.*
[7] *Office for National Statistics, Healthcare expenditure, UK Health Accounts : 2023 and 2024, p. 8.*

du NHS d'ici 2028-2029[1] ainsi qu'un investissement de 80 millions de livres sterling (93,6 millions d'euros) par an dans les programmes de sevrage tabagique et dans les mesures de mise en place du projet de loi sur le tabac et les vapoteuses[2].

Par ailleurs, le montant des dépenses de prévention non prises en charge par le NHS était estimé à 1,8 milliard de livres sterling (2,1 milliards d'euros) en 2023, sur les 36,7 milliards de livres sterling (42,9 milliards d'euros) à la charge des usagers, soit 5 % des dépenses totales[3].

c) Les différentes politiques de prévention et de promotion de la santé et leur mise en œuvre

(1) Les politiques de prévention en pratique

En pratique, il existe des politiques de prévention générales et des politiques ciblant certaines pathologies.

(a) Exemples de politiques de prévention générales

Des politiques ont été mises au point pour améliorer la prévention en santé, sans nécessairement viser une ou plusieurs pathologies.

À titre principal, le **programme de bilan de santé du NHS** (*NHS Health Check programme*)[4] permet aux personnes âgées de 40 à 74 ans n'ayant pas eu de problèmes de santé spécifique jusqu'alors, de réaliser un bilan de santé gratuit. Ce bilan vise aussi à informer sur les risques de maladies cardiaques, de diabète, de maladies rénales et d'accidents cardiovasculaires. Les patients de plus de 65 ans bénéficient également d'une prévention concernant les risques de démence. Les patients concernés reçoivent une invitation de leur médecin traitant ou du conseil local de leur lieu de résidence **tous les cinq ans**[5]. Les résultats du bilan de santé ainsi qu'un score de risque de maladie cardiovasculaire sont généralement communiqués lors du rendez-vous. Entre début 2020 et fin 2024, 69,7 % des personnes éligibles en Angleterre (soit 11,16 millions) ont été invitées à réaliser un bilan de santé, 39 % ont accepté cette invitation et 27 % ont effectivement réalisé le bilan de santé[6]. Le taux de réponses positives à ces sollicitations augmente puisque durant l'année 2023-2024, 3,55 millions de personnes ont reçu une invitation pour réaliser un bilan de santé (22 % de la population éligible) et 1,42 million (soit près de 40 %) d'entre elles ont réalisé le bilan de santé[7].

---

[1] *HM Treasury, Spending Review 2025.*
[2] *HM Treasury, Spending Review 2025.*
[3] *The Health Foundation, The use of privately funded healthcare on the rise, 2024, Figure 4.*
[4] *https://www.healthcheck.nhs.uk/, (consulté le 16 juin 2025).*
[5] *https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/nhs-health-check/, (consulté le 16 juin 2025).*
[6] *https://fingertips.phe.org.uk/profile/nhs-health-check-detailed/data (consulté le 26 juin 2026).*
[7] *Ibid.*

Par ailleurs, une **application dédiée du NHS** (*NHS App*)[1] a également été lancée en 2019. Devant son succès, le professeur John Deanfield appelle dans son rapport indépendant, à y insérer un « portail de prévention » pour permettre aux usagers d'accéder à leurs données et de recevoir des plans de prévention personnalisés[2].

Enfin, le **plan stratégique pour la période 2023-2026 de l'agence de sécurité sanitaire** du Royaume-Uni prévoit l'amélioration de la réponse face aux risques sanitaires par l'intermédiaire d'un « *système de pointe pour la gestion des incidents dans le cadre de la prévention des infections* »[3].

(b) Exemples de programmes de prévention ciblés

Conformément aux six priorités identifiées dans le plan de santé à long terme, le NHS et ses agences locales (ICS) ont développé des programmes de prévention en santé ciblés sur certains facteurs de risque comme l'obésité[4], la tuberculose[5], le tabagisme[6], l'alcoolisme[7] ou le VIH[8].

De plus, il existe des **politiques ciblées adoptant une approche populationnelle**, c'est-à-dire qui visent une partie de la population présentant un besoin plus important de prévention.

Des exemples d'actions de prévention ciblées sont présentés ci-après.

(i) L'interdiction de la vente de tabac

Concernant le tabagisme, le gouvernement britannique a déposé devant le Parlement, à l'automne 2024, un **projet de loi sur le tabac et les vapoteuses** (*Tobacco and Vapes Bill*)[9]. Actuellement encore en cours d'examen, ce texte vise à mettre fin au tabagisme au Royaume-Uni en éliminant progressivement la vente de tabac à travers le pays, notamment en interdisant la vente de tabac aux personnes nées à compter du 1er janvier 2009[10].

(ii) Le programme de prévention contre le diabète

Le NHS a mis en place un programme de prévention contre le diabète de type 2 intitulé « *The Healthier You NHS Diabetes Prevention Programme* »[11].

---

[1] https://www.nhs.uk/nhs-app/, *(consulté le 19 juin 2025).*
[2] https://www.gov.uk/government/publications/making-prevention-everyones-business/making-prevention-everyones-business-a-transformational-approach-to-personalised-prevention-in-england, *(consulté le 19 juin 2025).*
[3] UK Health Security Agency, Strategic Plan, 2023 to 2026, p. 42.
[4] https://www.england.nhs.uk/ourwork/prevention/obesity/, *(consulté le 5 juin 2025).*
[5] https://www.england.nhs.uk/ourwork/prevention/tuberculosis-programme/, *(consulté le 5 juin 2025).*
[6] https://www.england.nhs.uk/ourwork/prevention/tobacco-dependency-programme/, *(consulté le 5 juin 2025).*
[7] https://www.england.nhs.uk/ourwork/prevention/alcohol-dependency-programme/, *(consulté le 5 juin 2025).*
[8] https://www.england.nhs.uk/ourwork/prevention/hiv-prevention/, *(consulté le 5 juin 2025).*
[9] https://bills.parliament.uk/bills/3879, *(consulté le 17 juin 2025).*
[10] Department of Health and Social care, Tobacco and Vapes Bill, 2024.
[11] https://www.england.nhs.uk/diabetes/diabetes-prevention/,

Ce programme permet d'identifier les personnes à risque et de les diriger vers un programme de neuf mois basé sur un changement d'hygiène de vie. Il peut être effectué en présentiel ou bien à distance, à l'aide d'outils numériques. En présentiel, des rencontres de groupe en face à face sont organisées et un soutien est offert pour aider les personnes à gérer leur poids, manger sainement et exercer des activités physiques[1]. Ce programme est mis en œuvre dans les systèmes de soins intégrés (ICS) en Angleterre[2].

Selon l'enquête indépendante menée par Lord Darzi, le programme est un exemple de l'efficacité de la prévention en santé car il a permis une **réduction du risque de diabète de type 2 de presque 40 %**[3].

(iii) Le centre pour l'égalité et les inégalités sanitaires du NHS

En Angleterre, le NHS a créé un centre pour l'égalité et les inégalités sanitaires (*The Equality and Health Inequalities Hub*)[4]. Ce centre, conformément aux responsabilités légales de l'agence en la matière, organise des programmes ayant pour objectif le développement de l'égalité entre les patients. Il existe à ce titre le « **programme d'égalité des patients** » (*Patient equalities programme*)[5], ou encore le **« programme national d'amélioration des inégalités en matière de soins de santé »** (*National Healthcare Inequalities Improvement Programme*)[6].

Les outils employés au sein de chaque programme varient en fonction de leur thématique. Par exemple, un projet visant à réduire les inégalités dans le diagnostic de l'hypertension artérielle a reposé sur l'implication active du NHS et sur une approche fondée sur des données issues de plusieurs disciplines[7]. À cette fin, la plateforme d'analyse des données de santé *EZ Analytics*[8] a été utilisée.

(iv) L'approche « Core20PLUS5 »

Selon le NHS, les facteurs de risque sanitaires sont souvent accrus au sein des populations défavorisées[9]. On estime que le cinquième de la population la plus défavorisée développe des pathologies chroniques dix ans plus tôt que le cinquième le plus favorisé. Pour y remédier, *NHS England* a fait de la lutte contre ces inégalités de santé une priorité.

---

[1] https://www.england.nhs.uk/diabetes/diabetes-prevention/, *(consulté le 23 juin 2025).*
[2] https://www.england.nhs.uk/diabetes/diabetes-prevention/resources/provider-contact-details/, *(consulté le 23 juin 2025).*
[3] , Lord Darzi, 2024, *p. 5.*
[4] https://www.england.nhs.uk/about/equality/equality-hub/ *(consulté le 5 juin 2025).*
[5] https://www.england.nhs.uk/about/equality/equality-hub/patient-equalities-programme/ *(consulté le 5 juin 2025).*
[6] https://www.england.nhs.uk/about/equality/equality-hub/national-healthcare-inequalities-improvement-programme/ *(consulté le 5 juin 2025).*
[7] https://www.england.nhs.uk/about/equality/equality-hub/case-studies/how-lambeth-is-closing-the-health-inequality-gap-for-black-and-minority-ethnic-patients-with-high-blood-pressure/, *(consulté le 5 juin 2025).*
[8] https://operosehealth.ac-page.com/ez-analytics, *(consulté le 5 juin 2025).*
[9] https://www.england.nhs.uk/ourwork/prevention/about-prevention-programme/, *(consulté le 5 juin 2025).*

Ainsi, l'agence a également recours à une approche nommée « Core20PLUS5[1] », visant à développer et mettre en place des **interventions ciblées à grande échelle**. Dans ce cadre, plusieurs initiatives ont été mises en œuvre :

– le **programme numérique de gestion du poids**[2] en juillet 2021, adressé aux adultes souffrant d'obésité et diagnostiqués de diabète, d'hypertension artérielle, ou des deux maladies. Ce programme dure 12 semaines et se déroule en ligne, *via* un smartphone ou un ordinateur. Le programme est gratuit et pour y participer, il faut être concerné et avoir été recommandé par son médecin traitant[3] ;

– la mise en place « **d'équipes de soin pour l'alcool** » (*alcohol care team*) au sein des hôpitaux anglais où les taux d'alcoolisme sont les plus élevés[4].

Exemple pratique de résultat : le cas du traitement de l'hypertension chez les patients noirs et issus de minorités ethniques

Grâce à un projet d'un an mené en 2023 par deux médecins généralistes du district londonien de Lambeth, l'inégalité de traitement de l'hypertension artérielle chez les patients noirs et issus de minorités ethniques est en très net recul. Les consultations étaient accompagnées de mesures gratuites de la tension artérielle dans les pharmacies du district.

Les résultats constatés à l'issue de programme sont les suivants :

– 300 patients issus de la communauté diagnostiqués ;

– 87 % des patients âgés en de moins de 80 ans suivis contre 61 % au début du projet et 95 % des patients âgés de plus de 80 ans suivis contre 77 % au début du projet ;

– élimination de l'écart de 12 % entre les patients blancs et noirs en ce qui concerne le contrôle de la tension artérielle.

Source : https://www.england.nhs.uk/about/equality/equality-hub/case-studies/how-lambeth-is-closing-the-health-inequality-gap-for-black-and-minority-ethnic-patients-with-high-blood-pressure/ (consulté le 26 juin 2025).

[1] *https://www.england.nhs.uk/about/equality/equality-hub/national-healthcare-inequalities-improvement-programme/core20plus5/, (consulté le 5 juin 2025).*
[2] *https://www.england.nhs.uk/digital-weight-management/, (consulté le 5 juin 2025).*
[3] *https://www.england.nhs.uk/digital-weight-management/how-to-access-the-programme/, (consulté le 5 juin 2025).*
[4] *Public Health England, Optimal Alcohol Care Teams, 2019.*

(2) L'évaluation de l'impact des politiques de prévention

Les politiques de prévention font ponctuellement l'objet d'études pour mesurer leurs impacts quantitatifs et qualitatifs.

Par exemple, **l'impact du *NHS Health Check programme*** a été évalué à l'occasion du rapport de performance du ministère de la santé et de la protection sociale[1]. L'évaluation est principalement fondée sur les données quantitatives recueillies par les autorités locales chaque trimestre[2].

[1] *Department of Health and Social Care, Annual Report and Accounts 2023-2024*.
[2] *Department of Health and Social Care, Annual Report and Accounts 2023-2024, Figure 22, p. 62.*

5. Canada (Québec)

Au Québec, la prévention en santé repose sur la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS), adoptée en 2016 dans le cadre de la Loi sur la santé publique de 2002. Inspirée de l'approche de la « Santé dans toutes les politiques », elle s'appuie sur deux plans d'action successifs (2017-2021 et 2022-2025) et mobilise un large réseau interministériel coordonné par le ministère de la Santé et le Bureau de coordination et de soutien (BCS). Santé Québec et plus de 200 partenaires non gouvernementaux contribuent à la mise en œuvre concrète.

Le financement a connu une évolution contrastée : 20 millions de dollars par an pour le premier plan, doublé à 40 millions pour le second. En 2024, la fin de la PGPS s'est accompagnée d'une baisse marquée des crédits, malgré des investissements ponctuels en vaccination et dépistage. La stratégie nationale annoncée pour 2025-2026 ne remplace pas encore l'ampleur de la PGPS. Le financement repose sur un système universel public, avec une attention croissante portée à la performance.

Les politiques mises en œuvre ciblent la qualité de vie, la santé des jeunes et la réduction des inégalités. Elles mobilisent une pluralité d'acteurs et adoptent des approches spécifiques selon les publics. Le BCS assure le suivi par indicateurs et évaluation continue.

a) Le cadre juridique et institutionnel de la prévention en santé

(1) Les fondements législatifs

La *Politique gouvernementale de prévention en santé* (PGPS)[1], adoptée par le Gouvernement du Québec en 2016, constitue le socle de référence en matière de prévention. Elle s'inscrit dans le cadre de la loi sur la santé publique (LSP) de 2002[2], qui établit les bases du développement de la prévention et encourage les politiques publiques favorables à la santé.

(2) Intégration des politiques de prévention en santé

Entre 2006 et 2012, le Québec s'est doté d'un plan d'action gouvernemental visant à promouvoir les saines habitudes de vie et à prévenir les problèmes liés au poids. Ce plan définissait un cadre d'intervention structuré, associant orientations générales et mesures concrètes, afin de limiter les répercussions individuelles et sociales de ces troubles[3].

Cette démarche a préparé le terrain pour une politique de prévention plus large. En 2013, le Premier ministre du Québec et le ministre de la santé ont en effet exprimé leur volonté de mettre en place une politique nationale

[1] *Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS)*.
[2] *Loi sur la santé publique de 2002*.
[3] *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux.*

en matière de prévention. Cette ambition a pris forme en 2016 avec l'adoption de la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS), fondée sur l'approche dite de « Santé dans toutes les politiques » (SdTP)[1].

Développée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cette « approche intersectorielle des politiques publiques »[2] consiste à intégrer systématiquement les considérations sanitaires dans l'ensemble des décisions politiques, quel que soit le secteur concerné. C'est dans cette perspective que la PGPS a fait de la prévention un objectif explicite et prioritaire des politiques publiques québécoises.

Conformément à cette logique, la PGPS se distingue par son caractère transversal. Elle vise à agir simultanément sur un ensemble de facteurs déterminants de la santé, qu'ils soient individuels, sociaux, économiques ou environnementaux. Elle ne se substitue pas aux autres stratégies gouvernementales, mais les complète en s'inscrivant dans une démarche cohérente et intégrée[3].

Pour mettre en œuvre cette politique, deux plans d'action interministériels (PAI) ont été successivement adoptés : le premier pour la période 2017-2021[4], le second pour 2022-2025[5]. Ensemble, ces plans traduisent les quatre grandes orientations et les neuf cibles de la PGPS en onze objectifs, vingt-huit mesures et cent actions concrètes que le gouvernement s'est engagé à réaliser sur une période de dix ans[6].

L'ensemble de cette planification repose sur des données probantes. Les objectifs chiffrés et les indicateurs de suivi sont établis à partir des informations fournies par l'Institut de la statistique du Québec, qui documente régulièrement l'état de santé de la population.

(3) Autorités compétentes en matière de prévention en santé

(a) Autorités chargées du pilotage de la politique

Le **ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)** est en charge du pilotage stratégique de la politique de prévention et de promotion de la santé au niveau provincial. Il pilote notamment les plans d'action interministériels pris dans le cadre de la PGPS[7].

---

[1] *Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques 2013 ; OMS [WHA67.12] 2014.*
[2] *Ibid.*
[3] *https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3617-portrait-sante-politiques-canada-modele-collaboratif-quebec.pdf.*
[4] *Plan d'action interministériel 2017-2021.*
[5] *Plan d'action interministériel 2022-2025.*
[6] *Ibid., p. 7.*
[7] *Portrait de la santé dans toutes les politiques au Canada : le modèle collaboratif du Québec pour la gouvernance de la prévention en santé, Centre de collaboration nationale pour les politiques publiques de santé Institut national de santé publique du Québec, p. 5.*

Trois instances gouvernementales de concertation soutenues par le Bureau de coordination et de soutien (BCS) interviennent dans la gouvernance de la PGPS :

- le **comité interministériel de sous-ministres adjoints** des ministères impliqués dans la PGPS. Sa structure permet de tenir compte des « *enjeux relatifs à la gestion intersectorielle* » et d'assurer la cohérence de l'action de ministères ;

- *le **comité interministériel de directeurs.** Cette instance qui réunit les responsables des ministères et organismes gouvernementaux au moins une fois par an prend les décisions relatives à la planification et à la gestion de la mise en œuvre des engagements gouvernementaux ;*

- *le **réseau de tandems intersectoriels.** Ces tandems sont composés par les professionnels des ministères et organismes gouvernementaux porteurs et coresponsables des actions listées dans les PAI et les professionnels des ministères ou organismes collaborant à ces actions. Ils assurent notamment la mise en œuvre de celles-ci « selon des paramètres convenus collectivement »*[1].

(b) Autorités chargées de la mise en œuvre de la politique

Dans le cadre du premier plan d'action interministériel (PAI) de la PGPS, couvrant la période 2016-2021, 16 ministères et organismes gouvernementaux ont été mobilisés, aux côtés d'environ 80 partenaires non gouvernementaux œuvrant à l'échelle nationale, régionale ou locale[2]. Le second PAI, en vigueur pour la période 2022-2025, implique un nombre accru de participants : 27 ministères et organismes sont associés à la mise en œuvre des actions, en tant que responsables ou collaborateurs. À ceux-ci s'ajoutent plus de 200 partenaires non gouvernementaux, parmi lesquels des associations, des municipalités et des universités.

Depuis 2016, le gouvernement du Québec insiste sur la nécessité d'une « *convergence des efforts* » entre l'ensemble des acteurs, qu'ils soient publics ou issus de la société civile. Ces partenaires sont chargés de la réalisation concrète des actions prévues par la PGPS, selon leurs champs de compétence, leurs ressources et, le cas échéant, sur des territoires déterminés.

Créée en 2024, la société d'État Santé Québec joue désormais un rôle central dans le dispositif. Elle assure l'offre et la coordination des services de santé et de services sociaux à travers les établissements publics, tout en soutenant les prestataires privés. Elle est responsable de la mise en œuvre opérationnelle des orientations et standards définis par le ministère[3].

---

[1] *Plan d'action interministériel 2022-2025. p.63.*

[2] *Portrait de la santé dans toutes les politiques au Canada : le modèle collaboratif du Québec pour la gouvernance de la prévention en santé, Centre de collaboration nationale pour les politiques publiques de santé Institut national de santé publique du Québec, p.7.*

[3] *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux du 9 décembre 2023*.

Un grand nombre d'associations participe également à la mise en œuvre des mesures prévues par la PGPS. Il s'agit principalement d'organisations actives dans la sensibilisation ou la formation en matière de prévention, dans des domaines variés tels que la santé au travail ou la nutrition.

Les municipalités locales, les associations de municipalités ainsi que les municipalités régionales de comté (MRC)[1] sont pleinement associées à la réalisation des actions, en raison de leur proximité directe avec les populations concernées[2].

Enfin, plusieurs établissements universitaires, établissements de santé et centres de formation sont mobilisés pour appuyer la politique. Ils interviennent dans la formation, l'accompagnement et la sensibilisation tant des professionnels de santé que des acteurs de terrain et des bénéficiaires de la prévention[3].

(c) Articulation entre les différentes autorités

Les plans d'action interministériels (PAI) déclinent les orientations stratégiques de la PGPS en objectifs spécifiques. À chaque objectif correspond une ou plusieurs mesures, elles-mêmes traduites en actions concrètes. Pour chacune de ces actions, le PAI désigne un ministère porteur, identifie un ou plusieurs ministères collaborateurs, et précise les partenaires associés ainsi que leurs rôles respectifs[4].

Au sein du ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), la coordination de cette architecture complexe est assurée par le Bureau de coordination et de soutien (BCS) de la PGPS. Ce bureau est chargé de superviser la mise en œuvre des actions, de gérer les flux d'information entre les parties prenantes et de maintenir les liens avec l'ensemble des partenaires mobilisés[5].

Le BCS soutient également les instances de concertation par le déploiement d'une stratégie de communication continue, la diffusion d'outils communs, et la mise en place de mécanismes de collaboration destinés à faciliter le travail collectif et la résolution des problèmes. Il joue ainsi un rôle de facilitateur entre tous les acteurs impliqués[6].

Parmi les dispositifs de concertation mis en place, les Tables intersectorielles régionales sur les saines habitudes de vie (TIR-SHV) jouent

---

[1] *Les MRC ont pour objectif de regrouper les municipalités d'un même territoire afin d'assurer une gestion cohérente d'un certain nombre de compétences.*
[2] *Plan d'action interministériel 2022-2025. p.14-60.*
[3] *Ibid.*
[4] *Portrait de la santé dans toutes les politiques au Canada : le modèle collaboratif du Québec pour la gouvernance de la prévention en santé, Centre de collaboration nationale pour les politiques publiques de santé Institut national de santé publique du Québec, p.7.*
[5] *Plan d'action interministériel 2022-2025. p.62.*
[6] *Ibid.*

un rôle structurant. Elles rassemblent les partenaires régionaux chargés de la mise en œuvre locale des actions prévues par la PGPS. L'articulation entre les échelons régional et local repose sur une collaboration étroite avec les organisations non gouvernementales (ONG), qui veillent notamment à l'inclusion des populations les plus vulnérables[1].

b) Le cadre financier de la prévention en santé

(1) Budget des politiques de prévention

Le budget alloué à la mise en œuvre du premier plan d'action interministériel (PAI) 2017-2021 s'élevait à 20 millions de dollars canadiens par an (environ 13,6 millions d'euros), soit un total de 80 millions de dollars canadiens (environ 54,5 millions d'euros) sur quatre exercices budgétaires. La pandémie de covid-19 a conduit à la prolongation du PAI d'une année supplémentaire, accompagnée d'un financement additionnel de 13,3 millions de dollars canadiens (environ 9,1 millions d'euros)[2].

Le second PAI, couvrant la période 2022-2025, a bénéficié d'un doublement du budget annuel, porté à 40 millions de dollars canadiens (environ 27,3 millions d'euros) par an[3].

Pour la période 2024-2026, le budget de la santé publique, incluant la prévention et la promotion des habitudes de vie, a été réduit de 269 millions de dollars canadiens (environ 183,5 millions d'euros). Aucune reconduction de la PGPS n'a été décidée, ce qui a entraîné l'arrêt du financement pour de nombreux organismes qui en dépendaient[4].

En novembre 2024, le gouvernement du Québec a annoncé la création d'une nouvelle stratégie nationale de prévention en santé, dont les modalités restent à définir[5]. Pour l'année budgétaire 2025-2026, cette stratégie se voit attribuer 15 millions de dollars canadiens (environ 10,2 millions d'euros), contre 40 millions de dollars canadiens (environ 27,3 millions d'euros) alloués en 2025 pour la dernière année d'application de la PGPS.

Parallèlement, des investissements ponctuels ont été annoncés : 243,7 millions de dollars canadiens (environ 166,4 millions d'euros) sont destinés à élargir la vaccination auprès des clientèles vulnérables, et 10 millions de dollars canadiens (environ 6,8 millions d'euros) à la mise en place du dépistage néonatal de l'amyotrophie spinale[6]. Ces mesures

---

[1] *Portrait de la santé dans toutes les politiques au Canada : le modèle collaboratif du Québec pour la gouvernance de la prévention en santé, Centre de collaboration nationale pour les politiques publiques de santé Institut national de santé publique du Québec, p.7.*

[2] *Plan d'action interministériel 2022-2025.* P.4.

[3] *https://www.sommetsantedurable.ca/wp-content/uploads/2023/01/La-Politique-gouvernementale-de-prevention-en-sante.pdf.*

[4] Analyse budgétaire : une santé publique affaiblie de 269 millions pour la période 2024-2026, Association pour la santé publique du Québec.

[5] *Stratégie nationale de prévention en santé.*

[6] *Pour un Québec fort : Plan budgétaire, Mars 2025,*

représentent un investissement additionnel de 268,7 millions de dollars canadiens (environ 183,2 millions d'euros) sur cinq ans.

À ce jour, aucun programme ne remplace la PGPS dans son ampleur. Seule la stratégie nationale en santé constitue un projet en développement.

Enfin, les dépenses globales du Québec en santé publique ont connu une baisse marquée : elles sont passées de 2 milliards de dollars canadiens (environ 1,36 milliard d'euros) en 2021-2022 à un peu plus de 1 milliard de dollars canadiens (environ 682 millions d'euros) en 2022-2023. Bien que ce montant reste supérieur aux 427,6 millions de dollars canadiens (environ 291,8 millions d'euros) de 2018-2019, il ne représente que 3,1 % du budget total de la santé, un taux inférieur à la moyenne canadienne qui s'établissait à 6,1 % en 2024[1].

(2) Financement des politiques de prévention

Les mesures de prévention en santé, et plus particulièrement celles issues de la PGPS, sont directement financées par le gouvernement provincial. Les ministères et organismes gouvernementaux désignés comme « porteurs » sont chargés de l'administration des fonds attribués à chaque action spécifique.

Le système de santé québécois repose sur une logique publique, l'État agissant comme principal assureur et administrateur. Deux régimes universels assurent la couverture de l'ensemble de la population : le régime d'assurance hospitalisation, instauré en 1961, et le régime d'assurance maladie, mis en place en 1970[2].

L'ensemble des coûts des services médicaux et hospitaliers couverts relève de la responsabilité financière exclusive de l'État provincial, y compris lorsque ces services sont rendus dans des cliniques privées. Parallèlement, un régime mixte d'assurance médicaments est en vigueur, et des assurances privées complètent la couverture pour les services non inclus dans les régimes universels[3].

En 2014, le financement des services couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) provenait à 21 % du transfert fédéral d'une part de fiscalité, à 46 % de la fiscalité générale du gouvernement du Québec, à 18 % des contributions des employeurs et à 7 % des contributions des usagers[4].

Dans une perspective plus récente, le plan stratégique de Santé Québec a introduit le principe d'un « financement aligné sur les besoins et la

---

[1] *du réseau de la santé et des services sociaux, Santé Québec, p.28. Plan stratégique 2025-2028 - Documents et autres ressources - Santé Québec.*

[2] *Le système de santé et de Services sociaux au Québec En bref, ministère de la Santé et de la santé et des services sociaux, p.3.*

[3] *https://www.alass.org/wp-content/uploads/webinar-3-3-21_MLaberge.pdf.*

[4] *Ibid.*

valeur créée », présenté comme un enjeu stratégique. Cette approche vise à répartir les ressources en fonction de l'impact réel des services sur l'état de santé de la population, et à promouvoir des modèles de financement fondés sur la performance[1].

La mise en œuvre des actions de prévention mobilise également des organisations non gouvernementales et des entités du secteur privé, dans une logique de collaboration dépassant le seul cadre du financement public[2]. Cette coopération repose sur une mutualisation coordonnée des ressources matérielles et financières déjà prévues dans d'autres cadres stratégiques, tels que le Programme national de santé publique 2015-2025[3].

c) Les politiques de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre

(1) Les politiques de prévention en pratique

Les politiques de prévention mises en œuvre au Québec privilégient plusieurs thématiques jugées prioritaires. Qu'il s'agisse de la PGPS ou d'autres programmes de prévention, la plupart des actions reposent sur une concertation étroite entre les instances régionales et locales, ainsi que sur l'identification, la diffusion et l'appropriation des meilleures pratiques en matière de prévention auprès de la population.

Le plan d'action 2022-2025 de la PGPS consacre l'essentiel de ses crédits à trois grands postes de dépenses. Le premier concerne les interventions en milieu de vie, visant à maintenir ou améliorer la qualité de vie dans les communautés, avec un budget total de 21,9 millions de dollars canadiens (environ 14,9 millions d'euros) sur trois ans. Ces interventions portent notamment sur le soutien à des initiatives locales ou régionales en matière d'alimentation et de prévention des maladies chroniques, en partenariat avec les associations et les acteurs du territoire.

Le deuxième poste, doté de 12 millions de dollars canadiens (environ 8,2 millions d'euros) sur trois ans, vise à promouvoir la santé et le bien-être des jeunes en milieu scolaire. Les actions correspondantes ont pour objectif de renforcer les compétences personnelles et sociales des élèves en leur offrant davantage d'occasions de bouger et de manger sainement[4].

Le troisième volet budgétaire est consacré à la prévention et à la réduction des vulnérabilités sociales et des inégalités de santé, à travers le renforcement d'actions concertées sur les déterminants sociaux. Il mobilise 11,2 millions de dollars canadiens (environ 7,6 millions d'euros) sur trois ans, afin de garantir aux personnes vulnérables un meilleur accès à la prévention ainsi qu'un accompagnement plus adapté à leurs besoins spécifiques.

---

[1] *Plan stratégique 2025-2028 du réseau de la santé et des services sociaux, Santé Québec, p.31.*
[2] *Plan d'action interministériel 2017-2021.*
[3] *Programme national de santé publique – 2015-2025.*
[4] *Plan d'action interministériel 2022-2025. p.14-60.*

En parallèle, un plan d'action 2024-2026 a été adopté dans le cadre des orientations prioritaires 2023-2030 du Programme québécois de cancérologie. L'axe 2 de ce plan, consacré à la promotion des saines habitudes de vie et à la prévention, met l'accent sur l'accès à l'information concernant la lutte contre le tabagisme, ainsi que la sensibilisation aux risques liés à l'alcool et aux substances psychoactives[1].

La promotion de la santé en milieu de travail s'appuie sur plusieurs leviers : des campagnes de communication ciblées, la diffusion de bonnes pratiques, et le développement d'un réseau d'ambassadeurs sous le label « Entreprise en santé » [2].

En matière d'environnement, la gestion du bruit et de la qualité de l'air est améliorée grâce à l'élaboration d'un cadre de gestion pour les bâtiments publics, à la réalisation d'études spécialisées, ainsi qu'à la création d'un comité interministériel dédié à la qualité de l'air dans ces bâtiments[3].

L'approche intersectorielle se manifeste également dans le domaine de la nutrition. Plusieurs initiatives visent à améliorer la qualité nutritive de l'offre alimentaire : création d'un comité scientifique pour la reformulation des aliments transformés, suivi de la qualité de l'offre alimentaire — notamment au moyen de l'étude « NutriQuébec » —, développement d'outils facilitant les achats institutionnels, et soutien ciblé à l'industrie agroalimentaire biologique[4].

Enfin, une stratégie spécifique a été mise en place pour renforcer la littératie en santé. Elle vise à rendre l'information plus accessible et plus compréhensible pour tous, en favorisant une meilleure autonomie dans la gestion des maladies chroniques. Cette stratégie repose également sur la formation des professionnels de santé à des techniques de communication plus efficaces[5].

(2) Les acteurs de la prévention

Selon les dispositions de l'article 3 de la Loi sur l'**institut national de santé publique du Québec (INSPQ)**[6]**,** celui-ci a pour mission de soutenir le ministre de la santé, les organismes gouvernementaux et régionaux « *dans l'exercice de leurs responsabilités, en rendant disponibles son expertise et ses services spécialisés de laboratoire et de dépistage* »[7].

Des **associations spécialisées, associations d'usagers** ou associations représentant des intérêts spécifiques à une communauté sont impliquées du

[1] *Plan d'action 2024-2026 du programme québécois de cancérologie, p.4.*
[2] *Plan d'action interministériel 2022-2025. p.14-60.*
[3] *Ibid.*
[4] *Ibid.*
[5] *Ibid.*
[6] *Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec de 1998.*
[7] *Mémoire déposé dans le cadre de la consultation du commissaire à la santé et au bien-être concernant la couverture publique des services en santé et en services sociaux, INSPQ, 2016.*

fait de leur expertise et de leurs réseaux dans leurs domaines respectifs[1]. Par exemple, les fédérations sportives et l'Association régionale de loisirs pour personnes handicapées sont mobilisées pour améliorer l'accès au sport pour les personnes en situation de handicap. Les associations représentant les communautés autochtones sont pleinement impliquées s'agissant des mesures qui touchent aux Premières Nations du Canada[2].

Le développement des capacités des personnes dès leur plus jeune âge est un objectif majeur de la politique de prévention québécoise et les établissements scolaires et services de garde éducatifs à l'enfance (SGEE) sont des **espaces d'intervention privilégiés**. L'augmentation de la qualité des services liés à la petite et jeune enfance passe par l'amélioration de la formation du personnel, la révision des programmes éducatifs (programme « Accueillir la petite enfance »), et le développement de cadres de référence par les acteurs eux-mêmes (programme « Gazelle et Potiron » pour l'alimentation saine)[3].

Le plan stratégique 2025-2028 de Santé Québec entend « *engager les citoyens pour qu'ils soient des acteurs de leur santé* » et faire collaborer entre eux les acteurs communautaires, municipaux, scolaires, privés et d'autres secteurs afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé[4].

En ce qui concerne l'acquisition et la communication des informations relatives aux gestes de préventions et aux risques devant être anticipés, les professionnels de santé bénéficient de formations et les pharmacies sont également impliquées pour favoriser la promotion des saines habitudes de vie[5].

Certaines thématiques très spécifiques mobilisent des acteurs qui ne sont pas usuellement associés à la prévention en santé. C'est notamment le cas dans le cadre de la PGPS en matière d'aménagement et de mobilité durable. Dans ce cadre, les associations touristiques et organismes de soutien sont partenaires des actions de prévention, au même titre que les promoteurs d'évènements et organisateurs de festivals[6].

S'agissant de la santé au travail, les conseillers en ressources humaines et en relations industrielles, les fédérations des chambres de commerce du Québec et des chefs d'entreprises ambassadeurs sont partenaires du réseau visant à diffuser et implanter des meilleures pratiques en santé et mieux-être au travail[7].

---

[1] *Plan d'action interministériel 2022-2025. p.14-60.*
[2] *Ibid.*
[3] *Ibid.*
[4] *Plan stratégique 2025-2028 du réseau de la santé et des services sociaux, Santé Québec, p.38.*
[5] *Plan d'action interministériel 2022-2025. p.14-60.*
[6] *Ibid., p.32.*
[7] *Ibid., P.41.*

(3) Existence de politiques ciblées

La politique de prévention en santé du Québec intègre des approches ciblées afin de répondre aux besoins particuliers de certaines catégories de population identifiées comme plus vulnérables.

Pour les Premières Nations et les Inuits, les interventions visent à adapter les services aux spécificités géographiques, linguistiques et culturelles de ces communautés. L'objectif est d'améliorer les modalités de prestation des soins et d'assurer une continuité dans l'accompagnement, fondée sur les réalités communautaires. Parmi les initiatives concrètes figurent l'adaptation culturelle des outils de repérage des troubles du développement dans le cadre du programme « Agir tôt », la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé et de prévention culturellement adaptées, ainsi que le déploiement de « navigateurs de services » au sein du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), chargés d'accompagner les personnes concernées dans leur parcours de soins[1].

Des mesures spécifiques sont également prévues pour les enfants et les jeunes vivant en situation de grande précarité, avec pour finalité la réduction des inégalités sociales. Il s'agit notamment de garantir l'accès à des services de garde éducatifs à l'enfance (SGEE) de qualité pour les familles défavorisées, de développer des outils d'intervention précoce pour les enfants ayant des besoins particuliers, ou encore de mettre en œuvre des campagnes de sensibilisation autour de l'image corporelle. Parallèlement, la formation du personnel des SGEE est renforcée, notamment en ce qui concerne les outils de surveillance du développement.

Les aînés font également l'objet d'une attention spécifique. Le gouvernement favorise leur maintien à domicile en soutenant des actions concertées entre les établissements de santé et de services sociaux. Il encourage par ailleurs l'implication de ces établissements dans les démarches « Municipalité amie des aînés » (MADA), en vue de créer des environnements plus adaptés au vieillissement.

Dans le cadre du second PAI (2022-2025), un soutien ciblé est prévu pour les personnes réfugiées, immigrantes ou nouvellement arrivées, en situation de vulnérabilité. À l'instar des autres groupes aux besoins particuliers, ces personnes doivent pouvoir bénéficier d'un accès équitable aux soins de santé, à travers une offre prenant en compte les dimensions interculturelles, linguistiques et les trajectoires migratoires spécifiques[2].

La politique québécoise de prévention en santé adopte ainsi une approche à la fois transversale et intersectorielle. Elle reconnaît que les facteurs de vulnérabilité peuvent se cumuler chez une même personne, entraînant des situations de précarité accrue. Cette reconnaissance se traduit par des mesures croisées, par exemple en direction des enfants issus de

[1] *Ibid., p.44.*
[2] *Plan d'action interministériel 2022-2025. p.48.*

milieux défavorisés appartenant à des communautés autochtones ou vivant dans des contextes d'exclusion multiples[1].

Pour chaque action envisagée, les plans d'action interministériels précisent les résultats attendus et les indicateurs de suivi associés. Le Bureau de coordination et de soutien (BCS) de la PGPS est chargé de suivre et de quantifier ces indicateurs tout au long de la mise en œuvre.

(4) Méthode d'évaluation de l'impact des politiques de prévention

Un cadre préliminaire de suivi et d'évaluation a été élaboré par le Bureau de coordination et de soutien (BCS) de la PGPS, en collaboration avec les ministères concernés et la direction de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce cadre repose sur des fondements méthodologiques rigoureux, tout en conservant une souplesse suffisante pour s'adapter à la diversité des contextes de mise en œuvre. Il s'inscrit dans une logique de « culture d'évaluation et d'amélioration continue », régulièrement mise en avant dans les documents stratégiques.

Des crédits spécifiques sont consacrés à l'évaluation des actions menées. Pour la période couverte par le plan d'action 2022-2025, une enveloppe de 0,6 million de dollars canadiens (environ 410 000 euros) a été allouée à cet effet. Par ailleurs, le plan stratégique 2025-2028 de Santé Québec prévoit la réalisation d'une « évaluation de la durabilité » et l'adoption d'un « Plan d'action en développement durable (PADD) » à la suite de cette évaluation[2].

Le BCS est également chargé du suivi des onze objectifs et des neuf cibles, fixés dans le cadre de la PGPS. Un rapport d'analyse a été publié en 2022, présentant les résultats obtenus dans le cadre du premier plan d'action 2017-2021. En revanche, l'évaluation complète du second plan d'action 2022-2025 et de la PGPS dans son ensemble est encore en cours.

Tout au long du processus, les binômes responsables de la mise en œuvre de chaque action ont été invités à collaborer avec les directions de l'évaluation de leur ministère respectif pour en assurer le suivi. Le recours à des sociétés externes pour mener ces évaluations a également été envisagé, lorsque pertinent[3].

Plusieurs mécanismes concourent à l'amélioration continue des politiques de prévention, au premier rang desquels figure la reddition de comptes. Chaque ministère porteur ou coresponsable d'une action est tenu de rendre compte de l'atteinte des objectifs fixés et de veiller à la bonne exécution

[1] *Ibid., p.47.*
[2] *Ibid., p.64.*
[3] *Portrait de la santé dans toutes les politiques au Canada : le modèle collaboratif du Québec pour la gouvernance de la prévention en santé, Centre de collaboration nationale pour les politiques publiques de santé Institut national de santé publique du Québec, p.12.*

des mesures, dans le respect d'une utilisation optimale des fonds publics alloués[1].

[1] *Plan d'action interministériel 2022-2025. p.64*