

# Évaluation *ex-post* du Plan national de santé publique

Rapport

du Haut Conseil

de la santé publique

Collection

*Avis et Rapports*

# Évaluation ex-post du Plan national de santé publique

## Rapport du Haut Conseil de la santé publique

Le HCSP a été saisi le 12 octobre 2018 par la ministre des Solidarités et de la santé pour assurer l'évaluation du Plan national de santé publique (PNSP). Parmi ces volets, il a été demandé au HCSP de réaliser l'évaluation ex-post qui constitue le 3ème et dernier volet de cette évaluation.

Le PNSP a pour objectif d'intégrer la santé dans toutes les politiques, et en 2022, la santé a trouvé sa place au sein des différents services de l'Etat et des collectivités. Cependant, les circuits d'actions, d'interventions et financiers demeurent complexes et les interférences entre les plans existants et le PNSP sont peu lisibles : le PNSP relève d'une juxtaposition d'actions sur des thèmes différents, sous la responsabilité d'acteurs différents et sur l'ensemble de ces actions, très peu bénéficient d'un fléchage clair des budgets alloués et/ou exécuté. Seules les mesures phares et les actions qui en découlent font l'objet d'un suivi financier régulier. Le suivi de l'implémentation des actions du plan est effectué sur un fichier partagé dont différents éléments restent manquants, notamment budgétaires. Le PNSP ne semble pas s'accompagner d'un cadre structuré d'évaluation médico-économique et comprend des actions dont l'efficacité n'a pas été démontrée.

Le HCSP propose plusieurs recommandations, dont celle de confier à une institution légitime la responsabilité du recensement des financements relatifs à la prévention en France et la conduite de travaux de modélisation de l'impact des politiques publiques de prévention. Il est aussi nécessaire de prévoir, dès la rédaction des plans et / ou programmes de santé publique, la structuration d'un cadre évaluatif et les ressources nécessaires à leur conduite.

Afin de développer une culture commune de prévention et de promotion de la santé le HCSP propose d'intégrer un enseignement commun dans toutes les formations aux métiers du soin, de la médecine, du social et de l'éducation.

Enfin l'évaluation ex-post du plan « Priorité Prévention » met en avant la complexité d'identifier les actes de prévention réalisés et de leur attribuer un coût, dans la mesure où ceux-ci ne sont pas systématiquement facturés ou cotés en tant que tel. Le HCSP propose de s'appuyer sur les travaux de révision de la nomenclature CCAM pour faciliter le repérage des actes de prévention.

Trois sujets ont par ailleurs été plus particulièrement ciblés lors de l'évaluation ex-post du PNSP : la lutte contre le tabagisme, les vaccinations et l'activité physique/alimentation, avec pour chacun d'entre eux une analyse qui a abouti à des recommandations spécifiques.



## Table des matières

Partie I - Introduction et méthodologie .....	4
Le Plan national de santé publique – « Priorité Prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie » .....	4
Une saisine de la Ministre de la Santé et des Solidarités articulée autour de trois volets. ....	7
Partie II - Méthodologie .....	11
Concepts et notions clés.....	11
Organisation des travaux d'évaluation ex-post.....	11
Modalités de recueil des données relatives à l'évaluation .....	12
Modalités relatives à la définition du périmètre de l'évaluation coût / efficacité. ....	13
Limites de l'évaluation ex-post du plan « Priorité Prévention » .....	15
Partie III – Constats et recommandations relatifs à l'évaluabilité du Plan « Priorité Prévention » .....	17
Le plan « Priorité Prévention » : quels enseignements depuis sa mise en œuvre ? .....	17
Recommandations du Haut Conseil de la santé publique .....	25
Recommandation n°1 : Clairement différencier dans les plans et programmes de santé publique les actions de prévention dont l'efficacité est démontrée, de celles prometteuses ou en cours d'expérimentation.....	26
Recommandation n°2 : Accompagner l'implémentation des actions ? .....	27
Recommandation n°3 : Confier à une institution légitime la responsabilité du recensement des financements relatifs à la prévention en France et la conduite de travaux de modélisation de l'impact des politiques publiques de prévention. ....	27
Recommandation n°4 : Mettre en œuvre un dispositif permettant d'interroger l'exposition d'une population ou d'un échantillon de la population aux mesures de prévention les concernant. ....	29
Recommandation n°5 : Mettre en place un calendrier réaliste de visites médicales proposées à tous les âges de la vie, permettant notamment de recueillir, via des systèmes d'information (SI) existants, un socle de variables et indicateurs standardisés. ....	30
Recommandation n°6 : Analyse et recueil de données dans les DROM : systématiser les recueils de données à une échelle territoriale cohérente préalable en complément à une analyse globale .....	32
Recommandation n°7 : Intégrer une unité d'enseignement commune sur la prévention et la promotion de la santé sans toutes les formations aux métiers du soin, de la médecine, du social et de l'éducation afin de développer une culture commune. ....	32
Recommandation n°8 : Prévoir, dès la rédaction des plans et/ou programmes de santé publique, la structuration d'un cadre évaluatif et les ressources nécessaires à sa conduite .....	33
Recommandation n°9 : Renforcer l'accompagnement du Comité permanent restreint en matière de suivi de la santé dans toutes les politiques .....	34

Recommandation n°10 : Mieux définir le rôle que pourraient jouer pour la prévention les structures « poly-missions » telles que la médecine scolaire, les services de santé universitaire, la médecine du travail et les services de santé des personnes sous main de justice .....	35
Recommandation n°11 : S'appuyer sur les travaux de révision de la nomenclature CCAM pour faciliter le repérage des actes de prévention .....	35
Partie IV - Constats et recommandations relatifs à chaque sous-thématique .....	36
Introduction commune aux trois sous-thématiques .....	36
Analyses portées par le sous-groupe Tabac .....	37
Présentation du périmètre .....	37
Présentation de l'action « focus » .....	38
Analyse de l'action focus .....	39
Recommandations du sous-groupe « tabac » .....	45
Analyses portées par le sous-groupe Vaccination .....	49
Présentation du périmètre .....	49
Présentation de l'action « focus » .....	50
Analyse de l'action focus .....	50
Recommandations du sous-groupe « vaccination » .....	53
Analyses portées par le sous-groupe « Alimentation et Activité Physique » .....	56
Présentation du périmètre .....	56
Présentation de l'action « focus » .....	57
Analyse de l'action focus .....	60
Recommandations du sous-groupe « Alimentation et Activité Physique » .....	61
Conclusion / Synthèse .....	63
Annexes .....	65
Annexe 1 - Lettre de saisine .....	65
Annexe 2 - Table des signes et acronymes .....	67
Annexe 3 - Liste des tableaux, graphiques et illustrations .....	68
Annexe 4 - Liste des membres du groupe de travail .....	69
Annexe 5 – Liste des personnes auditionnées .....	69
Annexe 6 – Exemple de trame d'entretien .....	72
Annexe 7 – Bibliographie .....	73

## Partie I - Introduction et méthodologie

### Le Plan national de santé publique – « Priorité Prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie »

#### *Priorité Prévention : un cadre d'action définie par la Stratégie Nationale de Santé*

La Stratégie nationale de santé (SNS) constitue le cadre de la politique de santé en France. Elle a été définie par le Gouvernement à la suite d'une consultation publique ayant eu pour but d'impliquer tous les acteurs et les leviers mobilisables mais également de rappeler que la santé doit être prise en compte dans toutes les politiques publiques. La SNS contribue ainsi à améliorer la cohérence et la synergie des politiques publiques en matière de santé publique. Elle se fonde sur l'analyse de l'état de santé de la population et la définition d'un état souhaitable, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'actions envisageables pour répondre aux objectifs et aux missions définis collectivement.

La SNS se structure en quatre axes complémentaires, eux-mêmes déclinés en onze domaines d'actions prioritaires dont le premier axe met en avant le besoin d'investir prioritairement la promotion de la santé et la prévention. Ce choix peut notamment se justifier par le fait que c'est notamment à l'échelle de la prévention et de la promotion de la santé que les impacts sur la santé sont les plus différenciés selon les groupes sociaux : la prévention peut agir, en amont d'une prise en charge sanitaire, et contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales en santé (ISTS). De même, les politiques de prévention peuvent reposer sur des actions à moindre coût tout en ayant un impact important. La prévention, parce qu'elle permet notamment d'agir sur des causes de mortalité évitable, est un levier à mobiliser pour aider les populations à se protéger et se maintenir en bonne santé.

La SNS est mise en œuvre et déclinée au moyen de plans et programmes nationaux, dont le Plan national de santé publique (PNSP). Le plus récent (2018-2022) est intitulé « Priorité Prévention » a pour objectif de rendre opérationnel l'axe 1 de la SNS en définissant des priorités en matière de développement de la prévention. « Priorité Prévention » s'articule autour de trois dimensions : chronologique (tous les âges de la vie), géographique (certaines mesures s'appliquent à des échelles spécifiques) et thématiques (vaccination, lutte contre le tabagisme, etc). La pertinence et la cohérence du plan « Priorité Prévention » avec d'autres plans ont fait l'objet d'un premier rapport d'évaluation publié par le Haut Conseil de la santé publique en mars 2019<sup>1</sup>, et d'un second rapport d'évaluation *in itinere* publié en septembre 2020<sup>2</sup>.

#### *Analyse de la cohérence du Plan Priorité Prévention*

L'analyse de la cohérence a été réalisée par le HCSP dans son rapport « Pertinence Cohérence »<sup>3</sup> de façon à s'assurer que les objectifs stratégiques de la SNS (axe 1) trouvent bien leur déclinaison opérationnelle dans des plans ou des stratégies de niveau inférieur et d'autre part qu'il n'existe pas de contradictions entre des objectifs et des mesures. Cette analyse est particulièrement importante dans le cadre du dispositif d'action retenu, à savoir un plan « Priorité Prévention » dynamique permettant d'introduire ou de retirer des mesures en cours de déroulement du plan (plan adaptatif ou agile). Cette situation oblige à disposer d'un cadre logique particulièrement rigoureux pour obtenir une efficacité maximale de la stratégie et de son plan de mise en œuvre. La hiérarchie des objectifs peut être schématisée comme indiqué dans l'illustration n°1, présentée ci-dessous.

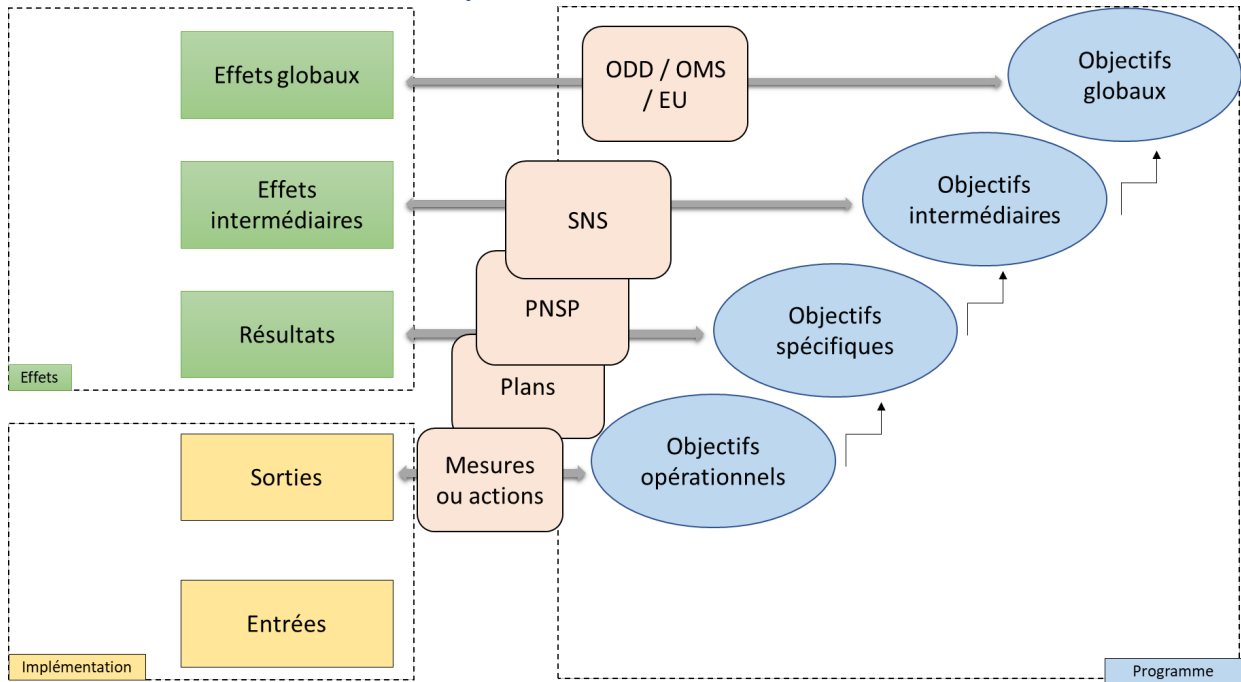
---

<sup>1</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=708>

<sup>2</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=930>

<sup>3</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=708>

Illustration n°1 : Hiérarchisation des objectifs<sup>4</sup>



Le plan « Priorité Prévention » comporte 25 mesures phares et 156 mesures et/ou actions adoptées en 2018, enrichies chaque année. Il s'inscrit dans une **perspective globale, transversale et interministérielle**. Il tient compte de tous les aspects des politiques publiques et de tout ce qui peut avoir une incidence sur l'état de santé de la personne : lutte contre les addictions, éducation et promotion de la santé, promotion du sport, repérage de l'obésité, dépistage, vaccination, stratégie des 1000 premiers jours etc. Le rapport « Pertinence Cohérence »<sup>5</sup> restitue schématiquement l'environnement dans lequel s'inscrit « Priorité Prévention » :

Illustration n°2 : Articulation du PNSP avec les autres plans et programmes de santé publique. Source : HCSP

<sup>4</sup> Adapté par le HCSP à partir de la source suivante : From evaluating EU activities a practical guide for THE commission services - [http://ec.europa.eu/smart-regulation/evaluation/docs/eval\\_activities\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/smart-regulation/evaluation/docs/eval_activities_en.pdf)

<sup>5</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=708>

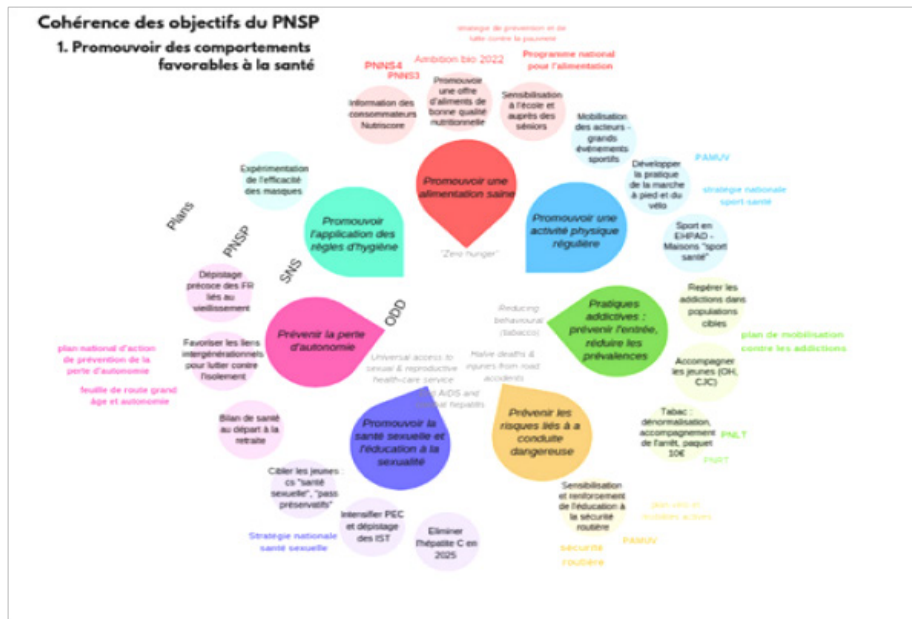
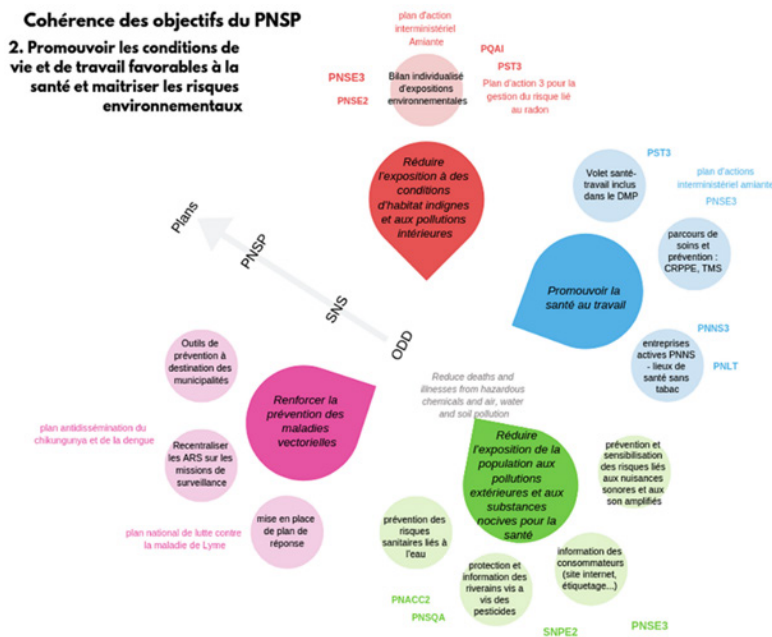


Illustration n°3 : Articulation du PNSP avec les autres plans et programmes de santé publique (santé au travail et risque environnemental)<sup>6</sup>. Source : HCSP



Le plan et ses déclinaisons s’organisent autour de l’âge des publics avec la volonté d’agir le plus tôt possible et tout au long de la vie, et notamment dans l’optique de garantir à tous une égalité réelle en matière d’accès à la prévention et aux soins ou au moins de réduire les inégalités sociales et territoriales en santé.

Le Gouvernement a en effet fait de la prévention et de la lutte contre les inégalités sociales de santé une priorité de santé publique, comme indiqué dans la stratégie nationale de santé<sup>7</sup>. Des plans et

<sup>6</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=708>

<sup>7</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)



programmes nationaux ont été déployés ces dernières années pour sensibiliser la population française à l'adoption de comportements favorables à la santé.

#### *Une approche globale et territoriale de la prévention*

Les facteurs de risque étant généralement multiples et pouvant impacter plusieurs pathologies, le plan « Priorité Prévention » permet de définir et de déployer une stratégie globale et transversale intégrant différentes modalités d'intervention et de leviers (campagne de vaccination, dépistages organisés, repérages précoces, interventions brèves, développement des compétences psychosociales, marketing social, recherche appliquée, etc.). Cette approche globale en prévention entend répondre à une ambition forte de santé publique : pouvoir être suffisamment ciblée sur les besoins des populations pour s'intégrer pleinement dans les parcours de vie, de santé ou de soins de la population française et leur donner les clefs, ainsi qu'à leur entourage (familles, pairs, etc.) pour agir sur leur santé<sup>8</sup>.

**L'implication des acteurs à l'échelle territoriale est un levier permettant de déployer des actions en adéquation avec les besoins d'un bassin populationnel donné et aussi une meilleure appropriation.**

Tout l'enjeu du plan « Priorité Prévention » est de définir et mettre en œuvre des mesures qui puissent protéger et promouvoir la santé des populations tout au long de leur vie. Le plan « Priorité Prévention » mobilise différents types d'acteurs qui gravitent tous autour des populations à un moment de leurs parcours de vie ou de santé : professionnels de santé, professionnels de la sphère sociale ou médico-sociale, professionnels de l'Éducation nationale, des bénévoles issus de société civile... L'action coordonnée et complémentaire de ces acteurs devrait contribuer à réduire les inégalités sociales de santé en renforçant les logiques « d'aller vers », et à limiter ainsi les pertes de chances.

#### *Une saisine de la Ministre de la Santé et des Solidarités articulée autour de trois volets.*

Le plan « Priorité Prévention » repose sur des actions à faire connaître et à déployer auprès de publics à tout âge de leur vie, à différentes échelles géographiques et dans différents milieux d'intervention. A ce titre, il fait intervenir de nombreuses parties prenantes qu'il convient de coordonner. Son déploiement, sa mise en œuvre et son suivi impliquent une bonne appropriation, par les acteurs, de son contenu. Son suivi opérationnel doit permettre de vérifier l'adéquation entre les objectifs qu'il porte, les actions mises en œuvre, les moyens mis à disposition, et leurs résultats sur les populations, ce qui a justifié la réalisation d'une évaluation en trois volets.

Le plan « Priorité Prévention » a fait l'objet, le 26 mars 2018, d'une réunion du Comité interministériel pour la santé (CIS) au cours de laquelle 25 mesures phares ont été présentées. En 2019, lors de la mise à jour de « Priorité Prévention », 12 nouvelles mesures sont venues compléter celles existantes, les portant ainsi à 37. En 2020, en raison de la crise sanitaire liée au Covid-19, aucune nouvelle mesure n'a été ajoutée au plan. Le suivi opérationnel du plan est assuré par le Comité permanent restreint (CPR) du CIS. Un tableau de bord sur l'état d'avancement et les alertes est mis à jour tous les trimestres par la Direction générale de la santé (DGS) pour les mesures phares et tous les semestres pour les autres mesures du plan.

Le HCSP a été saisi le 12 octobre 2018 par la Ministre des Solidarités et de la Santé pour assurer l'évaluation du plan « Priorité Prévention ». La saisine<sup>9</sup> se décompose en trois volets.

<sup>8</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)

<sup>9</sup> Annexe n°1

*Volet 1 : évaluer la pertinence du PNSP (rapport publié par le HCSP en mars 2019)*

Objectif :

Le rapport propose une évaluation de la pertinence du PNSP au regard de sa doctrine, qui repose sur une approche populationnelle déclinée selon les âges de la vie, tendant ainsi à une approche multithématique et intersectorielle. Le rapport interroge également la place du plan « Priorité Prévention » par rapport aux autres plans et programmes de santé publique. De même, le rapport présente une évaluation de la pertinence des mesures retenues au regard des priorités de la Stratégie nationale de santé (SNS).

Échéance des travaux :

Les travaux ont été terminés en mars 2019, lors de la remise du rapport sur l'Évaluation de la pertinence et de la cohérence du plan.

Principaux enseignements :

Dans le cadre de ce travail d'évaluation, les membres du HCSP ont analysé les liens entre :

- les plans et conventions internationaux et, en particulier, les 17 objectifs pour le développement durable (ODD) approuvés à l'Assemblée générale des Nations Unies et dont les déclinaisons ont été proposées aux échelles européenne et française ;
- la SNS, dont l'axe 1 entend prioriser la prévention au curatif et agir sur les déterminants de santé et volets spécifiques ;
- le plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires ;
- la Stratégie de transformation du système de santé « ma santé 2022 » ;
- la trentaine de plans existants ;
- et le Plan national de santé publique « Priorité Prévention ».

En synthèse, les résultats de ce travail ont permis au HCSP de considérer que la Stratégie nationale de santé et le plan « Priorité Prévention » forment un ensemble. L'analyse de la cohérence a permis de s'assurer, d'une part, que les objectifs stratégiques de la SNS (axe 1) trouvent bien leur déclinaison opérationnelle dans des plans ou des stratégies, et d'autre part qu'il n'existe pas de contradictions entre certains objectifs et/ou mesures.

Les résultats des travaux ont été présentés dans le rapport du HCSP remis en mars 2019<sup>10</sup>. Ce rapport note une bonne cohérence entre les objectifs de développement durable des Nations Unies ou leur déclinaison européenne, les objectifs stratégiques et spécifiques de la SNS et les objectifs opérationnels contenus dans le plan « Priorité Prévention ».

Concernant la pertinence du plan « Priorité Prévention », le HCSP considère que l'objectif de réduction de la mortalité prématurée et de la mortalité évitable est un objectif pertinent. Le plan « Priorité Prévention » a été construit selon un principe de partenariat avec les autres champs de l'action publique, ce qui est pertinent au regard des enjeux de santé, des objectifs fixés et des mesures à mettre en œuvre.

De manière générale, « Priorité Prévention » répond au triple objectif qui lui avait été fixé :

---

<sup>10</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=708>

- proposer une déclinaison de la SNS pour son axe 1 et pour les éléments concernant la prévention contenus dans les autres axes et dans les volets spécifiques ;
- être un outil d'intégration d'autres outils de l'action en santé publique comme les plans, stratégies ou feuilles de route élaborés pour aborder des problèmes spécifiques de pathologies, de comportements ou de populations particulières ;
- être un outil permettant de mobiliser différentes politiques autour d'un même objectif d'amélioration de la santé de la population.

L'analyse menée fait également apparaître des points de faiblesse détaillés dans le rapport.

#### *Volet 2 : évaluation in itinere*

##### Objectif :

Le volet 2 porte sur l'évaluation dite « *in itinere* » des effets sur la santé de la population, ses déterminants et la répartition de ses effets au sein des catégories sociales à partir d'une sélection d'indicateurs choisis en cohérence et complémentarité de ceux retenus dans le cadre de l'évaluation de la SNS. Cette évaluation quantitative comprend en outre un volet qualitatif concernant deux populations : enfants / jeunes d'une part, et personnes âgées / personnes en situation de perte d'autonomie d'autre part. Les travaux *in itinere* font l'objet d'un bilan annuel.

##### Échéance des travaux :

Les travaux sur ce second volet de l'évaluation du Plan « Priorité Prévention » ont abouti en juillet 2020, avec la remise du rapport. La démarche mise en œuvre repose sur 5 principes directeurs :

- Une évaluation *in itinere* permettant une adaptation du PNSP si nécessaire. L'évaluation dite « *in itinere* » est menée tout au long du déroulement du PNSP et permet notamment d'émettre des recommandations dans une logique d'amélioration continue de la politique publique.
- Une évaluation systémique qui porte sur :
  - la plus-value du PNSP dans les politiques publiques actuelles eu égard à l'existence de multiples plans et feuilles de route ;
  - les interactions qu'il génère ;
  - l'évolution de la culture et de l'éducation à la prévention et à la promotion de la santé chez les professionnels, dans la population et dans les choix politiques ;
  - le développement du plan et son ajustement annuel ;
  - son impact en termes d'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie.
- Une démarche participative fondée sur la concertation : les parties prenantes (membres du CPR) sont associées à la démarche évaluative ; les critères de chacun ont été exprimés lors d'un forum organisé dans le cadre de la présente évaluation en décembre 2019 et pris en compte.
- Une évaluation prenant en compte les points de vue des bénéficiaires et les inégalités sociales et territoriales de santé. La réduction des inégalités sociales d'accès à la prévention sera évaluée à tous les niveaux et de manière transversale afin de s'assurer d'une part que tout a été mis en œuvre pour toucher de la manière la plus adaptée les publics les plus en difficulté, et de vérifier d'autre part que les mesures ne sont pas elles-mêmes sources d'inégalités.
- La transparence tout au long du processus interministériel : vers un partenariat sincère. Il est important de s'assurer tout au long du processus de l'accès aux données permettant l'évaluation et d'un dialogue sincère entre les parties prenantes concernant les objectifs, la mise en œuvre des actions et les résultats.

Les résultats de ce second volet de l'évaluation ont été publiés en septembre 2020<sup>11</sup>.

*Volet 3 : Evaluation « ex post », coût / efficacité des mesures du plan « Priorité Prévention »*

**Objectif :**

Le volet 3 repose sur une évaluation ex-post de type coût / efficacité de quelques mesures sélectionnées. L'analyse coût / efficacité consiste à rapporter aux résultats obtenus l'ensemble des coûts induits par la mise en œuvre. Les « ressources mobilisées » font ainsi écho aussi aux coûts de mise en œuvre mais également aux surcoûts éventuels, ou encore aux économies générées à court, moyen et long terme.

L'évaluation ex-post du plan « Priorité Prévention » consiste en la conduite d'une évaluation coût / efficacité des mesures du plan. La méthodologie relative à la sélection des mesures retenues pour cette évaluation est présentée à la partie II de ce rapport.

Après concertation avec la Direction générale de la santé, le troisième volet de l'évaluation concerne trois thématiques :

- la vaccination ;
- l'alimentation et l'activité physique ;
- la lutte contre le tabagisme.

L'analyse du périmètre d'évaluation permet de souligner que :

- Ces trois thématiques retenues par la DGS dans le cadre de l'évaluation ex-post permettent de recouvrir **une grande diversité d'âge** et de **publics prioritaires** : enfance, jeunes adultes pour l'alimentation et l'activité physique, jeunes adultes et adultes pour la lutte contre le tabac, et toute la population pour la vaccination.
- La politique de santé conduite se traduit, dans le cadre de ces trois thématiques, **par des actions complémentaires** fondées sur des approches réglementaires (législation), sur des actions sur les comportements, voire sur des campagnes d'information.
- Les trois thématiques comprennent des actions **dont les impacts attendus sur la morbi-mortalité et sur la consommation de soins sont prometteurs.**

Les travaux conduits par le HCSP pour ce 3<sup>e</sup> volet se structurent en cinq parties :

- L'introduction du rapport ;
- La présentation de la méthodologie évaluative engagée ;
- La présentation de constats relatifs à la faisabilité de l'évaluation ex-post du Plan « Priorité Prévention » et la présentation de recommandations relatives à l'évaluabilité du plan « Priorité Prévention » ;
- La présentation des analyses menées par les trois sous-groupes de travail ;
- Une conclusion.

Tous les lecteurs de ce rapport sont invités à maintenir dans leur contexte les éléments présentés.

<sup>11</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=930>

## Partie II - Méthodologie

### Concepts et notions clés

Ce rapport s'appuie sur différents concepts qu'il convient de définir en amont pour une meilleure lisibilité.

Selon Claude Le Pen et Pierre Lévy l'évaluation médico-économique vise à établir le bilan des coûts et des avantages de différents produits, services ou programmes de santé, sur une période donnée, de manière à orienter la décision publique vers les options qui entraînent **le plus grand bénéfice collectif** dans un monde soumis à une contrainte de rareté des ressources. Il s'agit donc d'établir l'efficacité d'une intervention publique en santé, sans que celle-ci ne soit considérée sous un angle exclusivement financier : les avantages peuvent s'exprimer sous la forme de bénéfices non monétaires (diminution de la morbi-mortalité, augmentation de l'espérance de vie, de la qualité de vie, etc.) et ces derniers incluent également l'accès aux soins et l'équité.

L'évaluation ex-post consisterait ici, d'une part, à quantifier les effets des actions de prévention mises en œuvre dans le programme sur différentes dimensions et mesures de résultats (efficacité) et, d'autre part, à mettre en perspective le niveau de réalisation des objectifs pour une action donnée avec les moyens induits pour parvenir à ce résultat (efficacité). Le rapport entre le montant des ressources mobilisées et les résultats doit permettre d'évaluer **le degré d'efficacité** d'une action. Une action efficace peut être :

- Une action qui permet d'atteindre la plus grande quantité d'effet ;
- Une action qui permet d'atteindre un niveau d'efficacité donné à moindre coût.

Dans le cadre de l'évaluation ex-post du plan « Priorité Prévention », plusieurs angles ont été adoptés :

- L'articulation entre l'évaluation du plan « Priorité Prévention » et celles des autres plans, notamment nationaux ;
- Les modalités de suivi mises en œuvre par les différents porteurs d'actions d'une part, mais également par la DGS dans le cadre des travaux de coordination du plan « Priorité Prévention » ;
- Les données disponibles et suivies permettant de mesurer aussi bien la réalisation des actions du plan que leur coût et leurs éventuels premiers résultats.

### Organisation des travaux d'évaluation ex-post

La conduite de l'évaluation s'est reposée sur différents groupes de travail<sup>12</sup> mis en place dès le mois d'octobre 2020 :

- Un sous-groupe de travail pour chacune des trois thématiques (alimentation et l'activité physique, tabac, vaccination) relevant du périmètre de cette évaluation. Les sous-groupes de travail ont été en charge de l'évaluation coût / efficacité des mesures relevant de leur thématique. Leur rôle a consisté à analyser la littérature disponible, à identifier les données nécessaires à l'évaluation des actions, et à définir le périmètre des actions à évaluer, selon différents critères présentés dans cette partie du rapport. Les sous-groupes de travail ont préparé, conduit et restitué les auditions menées<sup>13</sup> dans le cadre de ce travail.

---

<sup>12</sup> Cf liste des membres du groupe de travail en annexe 4

<sup>13</sup> Cf liste des personnes auditionnées en annexe 5

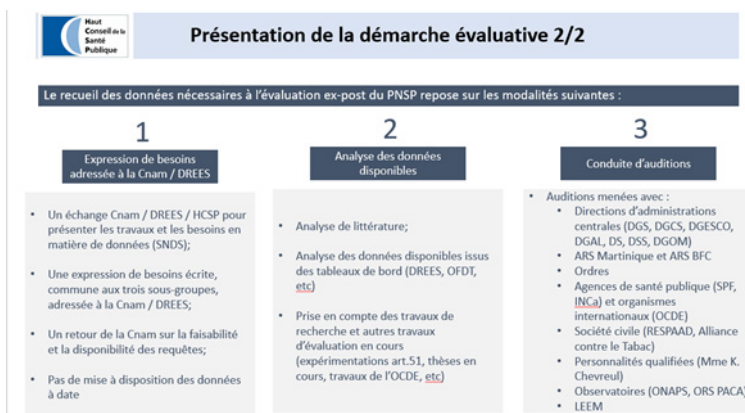
- Un groupe de travail plénier, composé de tous les membres en charge de l'évaluation du PNSP. Le groupe de travail plénier a été responsable de la cohérence d'ensemble du rapport et a formalisé les constats, enseignements et recommandations. Le groupe s'est réuni une fois tous les deux mois de 2020 à 2021 et une fois par mois de janvier à mars 2022.
- Une réunion en comité restreint des trois pilotes, organisée une fois par mois. Cette instance a été chargée du suivi opérationnel des travaux, de la préparation des sous-groupes, des groupes de travail plénier et de la cohérence d'ensemble des travaux.
- Des échanges avec le commanditaire, notamment permettant de préciser le périmètre des travaux et les choix méthodologiques retenus ont été organisés sur la période.

Enfin, dès le démarrage des travaux, les membres du groupe de travail plénier ont arbitré sur le principe directeur suivant : la méthodologie d'évaluation coût / efficacité des actions du plan « Priorité Prévention » doit reposer sur des principes méthodologiques communs aux trois sous-groupes de travail. Si nécessaire, les travaux ont été adaptés au contexte propre de chaque thématique.

### Modalités de recueil des données relatives à l'évaluation

Les travaux d'évaluation coût / efficacité menés par le HCSP nécessitent le recueil de données permettant d'analyser et évaluer les actions retenues dans chacune des trois thématiques. A ce titre, les modalités suivantes ont été mobilisées pour recueillir les données nécessaires à la conduite de ce travail évaluatif :

Illustration n°4 : Démarche évaluative menée par le HCSP dans le cadre de l'évaluation ex-post – Synthèse. Source : HCSP



La démarche évaluative repose sur les leviers suivants :

- Conduite d'auditions, des mois de novembre 2020 à février 2022. Les auditions ont été menées soit par chaque sous-groupe de travail ou par plusieurs sous-groupes de travail, de manière transversale, lorsque le thème de l'audition ou la personne auditionnée était susceptible d'intéresser plusieurs groupes. En effet, une vigilance particulière a été accordée afin de ne pas sur-solliciter ou solliciter en doublon de mêmes interlocuteurs. Dans la mesure du possible, certaines auditions ont donc fait l'objet de mutualisation. Les auditions ont essentiellement concerné les porteurs des actions évaluées par les sous-groupes afin de les interroger sur :
  - Leur participation à l'élaboration du PNSP ;
  - Leur connaissance du PNSP et leur perception de sa valeur ajoutée ;

- Leur perception de l'évaluabilité du PNSP ;
- L'état et la fréquence du suivi des données relatives à la mise en œuvre, aux coûts, aux moyens, et aux résultats concernant les actions pour lesquelles ils sont parties prenantes ;
- La disponibilité de ces données ;
- L'impact de la pandémie de Covid-19 sur la mise en œuvre et le suivi des actions pour lesquelles ils sont parties prenantes ;
- Leurs attentes du travail d'évaluation du HCSP.

Les auditions s'appuient sur des guides d'entretiens transmis en amont de chaque échange. Ceux-ci sont présentés en annexe.

- Une expression de besoins adressée conjointement à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Cnam) et à la DREES, précisant, pour chaque thématique (tabac, alimentation et activité physique, vaccination) les requêtes souhaitées. Les requêtes concernent uniquement les données du Système national des données de santé (SNDS) auxquelles les membres du HCSP n'ont pas accès. L'expression de besoins spécifie, pour chaque requête : les données souhaitées, les périodes, l'échelle et les populations concernées le cas échéant. Une réponse a été apportée par la Cnam à cette expression de besoins : pour chaque requête, elle a précisé sa capacité à produire la requête (selon qu'elle soit existante ou à créer), la période à laquelle la requête pourrait être mise à disposition du HCSP, et des conseils relatifs à l'usage et l'analyse des données. Enfin, la Cnam a également formulé des propositions d'interlocuteurs à auditionner.
- L'analyse de la littérature disponible : compte tenu de la faible disponibilité de données concernant le coût ou l'efficacité des actions évaluées, le HCSP a mené un travail d'analyse de la littérature afin d'analyser, par analogie les actions du plan « Priorité Prévention » à d'autres actions comparables. L'analyse de la littérature permet également de formuler des hypothèses quant à l'efficacité de certaines actions dont les effets pourraient être mesurés à plus long terme. L'analyse de la littérature porte sur des travaux français, européens et internationaux et permet notamment d'enrichir le présent rapport en exposant des éléments de comparaison internationale des politiques de prévention, de dépistage et des indicateurs d'impact collectés pour l'évaluation des mesures. De même, les membres ont pris connaissance de récents rapports, comme, à titre d'exemple, celui de la Cour des Comptes portant sur la politique de prévention en santé<sup>14</sup>

Enfin, ce travail d'évaluation a été mené en lien étroit avec l'évaluation de la Stratégie Nationale de Santé, portée par la DREES. Les membres du HCSP ont été invités aux instances de présentation de l'état d'avancement de l'évaluation de la SNS et ont eu l'opportunité de présenter les travaux d'évaluation ex post.

### Modalités relatives à la définition du périmètre de l'évaluation coût / efficacité.

Si le périmètre de la saisine relative au volet n°3 de l'évaluation du Plan « Priorité Prévention » précise les thématiques à évaluer (lutte contre le tabagisme, vaccination et l'alimentation et l'activité physique), le HCSP a dû procéder à un travail de définition du périmètre restreint évaluable. En effet, toutes les actions s'inscrivant dans l'une des trois thématiques citées ci-dessous ne peuvent pas donner lieu à une évaluation coût / efficacité.

En effet, le constat de départ est le suivant : les actions de prévention prévues dans le plan « Priorité Prévention » sont à la fois très nombreuses et diverses dans leur nature, leur finalité, leurs

---

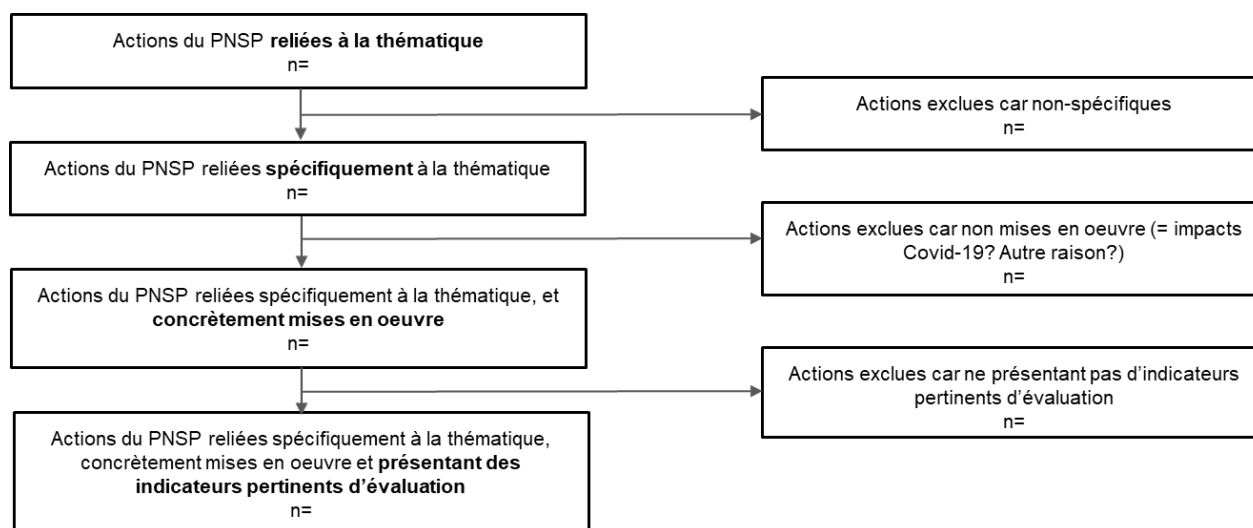
<sup>14</sup> « La politique de prévention en santé. Les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies. Novembre 2021 »

interconnexions avec d'autres actions et leur opérationnalisation limitent la capacité du HCSF à parvenir à mener à bien une évaluation cohérente d'ensemble de toutes les actions prévues sur les trois thématiques. A cet égard, il a été décidé de procéder à **la sélection des actions devant faire plus particulièrement l'objet d'une évaluation ex-post structurée**. Cela a nécessité de classer ces actions à l'aide de critères objectifs, dans le cadre d'une démarche commune aux trois thématiques. Cette démarche est présentée ci-dessous, en illustration n°4.

Les étapes successives de classement et de sélection des actions sont proposées comme cadre de travail commun entre les trois sous-groupes, le choix d'une action à évaluer pouvant déroger à ces règles selon des impératifs définis par le groupe. Ce cadre de travail repose sur l'illustration n°4, également détaillée aux pages suivantes.

Illustration n°5 : Critères de hiérarchisation des actions du PNSP utilisés pour définir le périmètre d'évaluation. Source : HCSF

*Nb : la mention « n= » n'est pas complétée dans la mesure où ces critères se sont appliqués à chaque thématique. La valeur n'est pas la même selon la thématique d'évaluation.*



### Première étape – Spécificité des actions

La première étape a consisté à analyser les différentes actions sur un critère de « spécificité », en sélectionnant uniquement les actions du Plan « Priorité Prévention » pouvant être spécifiquement et exclusivement rattachées à l'une des trois thématiques.

**En effet, de nombreuses actions s'inscrivent dans une logique de prévention populationnelle (primaire, secondaire ou tertiaire) en adoptant une logique d'homogénéité concernant une population cible ou des modalités de mise en œuvre, plutôt qu'une logique d'unicité dans la nature de l'action, rendant ainsi plus complexe le choix d'un critère de résultat réellement imputable et unique. A ce titre, l'effet des actions « non spécifiques », telles que celles relatives à l'école promotrice de la santé, est difficilement évaluable faute d'indicateurs de résultats précis et de leur appliquer les critères de hiérarchisation ultérieurs (imputabilité notamment).**

**-> Seules les actions visant spécifiquement une des 3 thématiques ont été retenues par le HCSF**



## Deuxième étape – Intérêt et mise en œuvre des actions

La deuxième étape a consisté à analyser le périmètre d'actions issues de l'étape 1 selon un double critère d'intérêt de santé publique et de mise en œuvre concrète des actions.

Compte tenu du nombre important d'actions associées à chacune des thématiques et de l'impossibilité de toutes les analyser, quelques actions « focus » ont été retenues en raison soit du niveau de certitude concernant leur efficacité et/ou du caractère symbolique de l'action pour certaines populations spécifiques nécessitant une attention particulière. A ce titre, l'action n°58 portant sur la création de Maisons Sport Santé n'est pas une action probante mais a été retenue en tant qu'action focus pour la valeur qu'elle peut apporter aux populations bénéficiaires de cette mesure.

Enfin, le degré de mise en œuvre a été également pris en compte, conduisant à exclure les actions non mises en œuvre<sup>15</sup> et celles déployées très récemment. Les actions fortement impactées par la crise sanitaire liée au Covid-19 ont également été exclues<sup>16</sup>.

## Troisième étape – De l'action aux dispositifs

Cette étape a consisté à passer du niveau de « l'action », parfois théorique et relevant davantage d'une ambition générale, au niveau le plus concret et opérationnel des dispositifs mis en œuvre pour donner vie à cette « action ». Dans le cas d'actions globales, l'analyse a permis ici de recenser les dispositifs effectivement mis en œuvre pour répondre aux attendus de l'action, et à s'appuyer sur cette liste pour juger leur « évaluabilité » réelle dans la dernière étape.

## Dernière étape – Mesure d'indicateurs, faisabilité pratique

En dernière étape, la démarche menée s'est inscrite dans un cadre plus restrictif, fondé sur la mesure d'indicateurs. Faute d'indicateurs et d'évaluation quantitatives disponibles, l'évaluation ex-post peut également s'appuyer sur des éléments qualitatifs (évaluation de processus, de mise en œuvre, étude de satisfaction ou d'adhésion, etc). Ces éléments ont notamment été recueillis dans le cadre des auditions réalisées mais ne peuvent pas permettre d'évaluer des effets et/ou l'efficacité des actions concernées.

L'application de ces critères communs aux trois sous-groupes de travail a permis d'aboutir à identifier quelques actions potentiellement évaluables en termes d'efficacité, moyennant quelques limites méthodologiques présentées au paragraphe suivant. Le périmètre définitif des actions évaluées par chaque sous-groupe est présenté en partie IV de ce rapport. Il convient de noter que ces critères méthodologiques privent les sous-groupes de travail de certaines actions pourtant très intéressantes, notamment celles relatives à l'école promotrice de santé. La pertinence et la plus-value des actions qui découlent de cette orientation sont toutefois soulignées.

## Limites de l'évaluation ex-post du plan « Priorité Prévention »

### *Limites de l'évaluation dans un contexte de crise sanitaire liée au Covid-19*

L'organisation du recueil des données et les paramètres relatifs à l'évaluation coût / efficacité du plan « Priorité Prévention » ont été impactés par la crise sanitaire liée au Covid-19.

---

<sup>15</sup> Source : tableau de suivi excel de la mise en œuvre des actions du Plan « Priorité Prévention »

<sup>16</sup> A titre d'exemple, action n°38 : « Mobiliser et accompagner les fédérations sportives, lors des manifestations organisées à tout niveau et plus particulièrement dans le cadre des grands événements sportifs internationaux (Coupe du monde de rugby (2023), Jeux olympiques et Paralympiques (2024), Tournoi des 6 nations, Roland Garros, Tour de France,...) autour de la promotion des comportements favorables à la santé et au bien-être et principalement des quatre grands facteurs de risque de maladies non transmissibles »

D'une part, certaines auditions ont été limitées (acteurs régionaux notamment) en raison du manque de disponibilité des acteurs, très mobilisés dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire. D'autre part, de nombreuses mesures du plan « Priorité Prévention » ont vu leur mise en œuvre être impactée plus ou moins fortement (mise en suspens des mesures se déroulant en milieu scolaire, mesures en lien avec la tenue d'événements sportifs, etc.). Le format de certaines mesures a par ailleurs été adapté aux circonstances : à titre d'exemple, les rendez-vous prévention proposés aux jeunes retraités par l'Assurance Maladie et ses partenaires ont été réalisés à distance au lieu de se tenir en présentiel. L'évaluation de l'impact de ces actions dont les modalités de réalisation ont été revues et ajustées par rapport à la cible initialement prévue est rendue plus complexe.

**Ce travail d'évaluation ne peut donc prétendre refléter les résultats qui auraient pu être atteints en l'absence de crise sanitaire.**

*Limites relatives au recueil des données nécessaires à l'évaluation ex-post du plan « Priorité Prévention »*

Au-delà du contexte sanitaire qui complexifie à lui seul la conduite des travaux d'évaluation, il convient de souligner les difficultés rencontrées concernant le recueil des données nécessaires à l'évaluation ex-post du plan « Priorité Prévention ».

Ceci s'explique par différentes raisons, exposées ci-dessous.

D'une part, le terme « d'actions » de prévention présentées dans le plan « Priorité Prévention » est conservé dans les différents documents de suivi du plan, notamment pour les distinguer des mesures phares. Cependant il convient de souligner que l'ampleur et le caractère concret des actions de ce plan restent très variables. Certaines actions relèvent plutôt d'une ambition ou d'un objectif général dont le caractère opérationnel n'est pas connu. Par nature, ce type d'action demeure plus difficilement évaluable, notamment si les modalités d'actions concrètes associées à leur mise en œuvre ne sont pas identifiées. Il en est de même si ces actions sont déclinées en plusieurs initiatives distinctes ayant chacune leurs effets. Ceux-ci peuvent être indépendants, synergiques, ou cumulatifs selon la stratégie à laquelle ils se rattachent. A titre d'exemple, il est possible de citer l'action n°37.1 « Protéger les enfants et les adolescents d'une exposition à la publicité pour des aliments et boissons non recommandés ; encourager la mise en place de codes de conduite en s'appuyant sur les nouvelles dispositions de la directive européenne sur les services des médias audiovisuels » qui se décline nécessairement en différentes actions / sous-actions, et qui fixe plus spécifiquement une orientation stratégique.

D'autre part, il convient de souligner une difficulté temporelle : certaines actions de prévention du plan « Priorité Prévention » sont réalisées à court terme mais leurs effets, quant à eux, peuvent s'inscrire à bien plus long terme. A titre d'exemple, si la vaccination HPV visant à réduire la fréquence d'apparition du cancer du col de l'utérus est proposé entre 11 et 14 ans<sup>17</sup>, **l'âge moyen du diagnostic était de 51 ans en 2012 selon l'INCa**<sup>18</sup>. Ici, **l'écart temporel entre le recours à l'action de prévention et ses éventuels effets est très significatif**. Si des indicateurs à court, moyen et long terme peuvent permettre de juger de l'impact de certaines mesures, il convient de rappeler que les proxy ne constituent pas le résultat recherché : dans le cas du dépistage du cancer du col de l'utérus, le taux de couverture reste secondaire en comparaison avec la baisse ou la suppression même de ce cancer. Ainsi, il convient d'insister sur l'utilité d'un suivi des actions tout au long de leur mise en œuvre et ce, jusqu'à l'atteinte de l'indicateur final ciblé.

Les actions des trois thématiques concernées par l'évaluation ex-post s'inscrivent dans des cadres temporels différents : leurs effets sont difficilement mesurables dans une même unité de temps.

<sup>17</sup> <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Quelques-chiffres>

<sup>18</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3135747/fr/la-has-recommande-de-vacciner-aussi-les-garcons-contre-les-papillomavirus](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3135747/fr/la-has-recommande-de-vacciner-aussi-les-garcons-contre-les-papillomavirus)

Enfin, le travail d'évaluation coût / efficacité d'actions intersectorielles présentées dans le plan « Priorité Prévention » est rendu plus complexe. Le recueil de données, notamment de coûts, repose sur l'identification des différentes sources de financement et des parties prenantes en charge du suivi de l'action, rendant plus complexe le travail d'évaluation coût / efficacité.

**Au regard des limites méthodologiques rencontrées, qui peuvent se cumuler, il a été décidé de présenter dans ce rapport :**

- un questionnaire relatif à la faisabilité d'une analyse d'efficience du plan « Priorité Prévention » ;
- et d'analyser le rapport coût / efficacité d'une action dite « focus » par thématique.

Le choix de l'action focus repose sur la logique et les critères présentés en illustration n°4. Cette décision a été validée par la DGS lors d'une présentation intermédiaire de ce travail d'évaluation.

## Partie III – Constats et recommandations relatifs à l'évaluabilité du Plan « Priorité Prévention »

Cette partie du rapport est consacrée à l'analyse du plan « Priorité Prévention » et à la présentation de premiers enseignements issus de sa mise en œuvre depuis 2018. Ces enseignements permettent notamment de contextualiser les recommandations liées à l'évaluation ex-post du plan.

### Le plan « Priorité Prévention » : quels enseignements depuis sa mise en œuvre ?

Le tableau suivant présente, de manière synthétique, différents constats relatifs à la faisabilité de l'évaluation ex-post du plan « Priorité Prévention ». Ces constats se présentent sous la forme d'un diagnostic SWOT<sup>19</sup>, permettant de structurer et d'organiser l'analyse portant sur l'évaluation ex-post des actions du plan « Priorité Prévention ». Le diagnostic s'articule autour de 4 dimensions : les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces. Les constats issus de ce diagnostic ont permis d'élaborer des recommandations, qui sont ici synthétisées dans la partie « opportunités » et développée dans la partie suivante du rapport. A noter : certains constats constituent aussi bien une force et un axe d'amélioration.

#### Leviers au service de la réalisation de l'évaluation ex-post du plan « Priorité Prévention »

Forces
<ul style="list-style-type: none"><li>• Le plan « Priorité Prévention » est global, transversal et inclusif. Il attribue une place renforcée à la prévention et à la promotion de la santé, en cohérence avec la Stratégie Nationale de Santé. Le plan est venu en soutien du développement d'une approche interministérielle de la santé, saluée par les acteurs auditionnés. Le plan permet de renforcer l'approche « Une seule santé<sup>20</sup> » qui entend créer plus de synergies entre santé humaine, animale et environnementale. Le plan favorise les approches pluridisciplinaires et globales des enjeux liés à la prévention et promeut une action fondée sur la prise en compte de déterminants multiples et variés. Dans le cadre de l'évaluation ex-post du plan, 25 acteurs (directions d'administration centrale, observatoires, ARS, équipes de recherche, agences de santé publique...) ont pu être auditionnés et ont souhaité que cette logique soit pérennisée dans l'optique de la rédaction d'un futur plan. La multiplicité des acteurs mobilisés autour du plan « Priorité Prévention » permet de croiser les regards et analyses sur ce plan, enrichissant ainsi les travaux d'évaluation.</li></ul>

<sup>19</sup> <https://ressources.anap.fr/numerique/publication/283-kit-conduite-du-changement/7127-matrice-swot-ffom>

<sup>20</sup> Traduit de l'anglais « One Health », concept faisant écho à la santé planétaire et reposant sur une prise de conscience des liens entre la santé humaine et son environnement.

- Le plan représente un réel apport en termes d'intersectorialité : aussi bien dans sa construction que dans son suivi. Les instances (Comité interministériel pour la santé et Comité permanent restreint) incarnent cette intersectorialité. A ce titre, plusieurs points méritent d'être soulignés :
  - La DGS centralise, à l'échelle interministérielle, des éléments relatifs aux actions du plan : actions, identification du responsable de l'action, budget alloué. Ce tableau est régulièrement mis à jour et a été communiqué au HCSP. Sur la thématique « Tabac », la DGS a également adressé au HCSP un suivi des différentes dépenses engagées par type de financement (programme 204, dépenses FIR soutenues par le Fonds de lutte contre les addictions, autres dépenses FIR, dépenses de Santé Publique France...). Tous ces éléments ont été transmis au HCSP dans le cadre de l'évaluation ex-post.
  - Différentes bonnes pratiques ont été identifiées lors des auditions. A titre d'exemple, le suivi et les modalités de reporting d'actions issues aussi bien du Plan « Priorité Prévention » que d'un autre plan (ex : le PNSS) repose sur des outils et fiches de suivi communs. Les items d'analyse de l'état d'avancement des actions ont été harmonisés, ce qui facilite la consolidation et l'analyse des données dans le cadre de l'évaluation ex-post.
  - Certains acteurs auditionnés par le HCSP dans le cadre de l'évaluation ex-post sont en mesure de partager des données relatives au suivi de la mise en œuvre des actions du plan. Concernant le rapport coût / efficacité des mesures, il convient de préciser que le degré d'approximation qui peut exister entre la mesure de l'effectivité d'une action et son résultat dépend notamment du type de recours préventifs associé.

À titre d'exemple :

Dans le cadre d'une action relative à la vaccination, si la mesure du résultat considère la prévalence d'une pathologie et que la mesure de la mise en œuvre (effectivité) considère le nombre concret de vaccins réalisés, et si le niveau de protection offert par le vaccin est connu et généralisable au contexte, alors le suivi de la mise en œuvre d'une action est un bon « proxy » du résultat attendu et s'avère pertinent. A l'opposé, le suivi de la mise en œuvre puis celui de l'impact sont nécessaires lorsque la mise en œuvre donne lieu à des effets lointains et/ou incertains.

Dans le cadre des traitements de substitution nicotiques, dont l'impact sur le sevrage tabagique reste variable, la mesure de l'écart entre l'impact attendu (=nombre de fumeurs sevrés) et l'impact observé (= nombre de TNS délivrés) est plus important.

- Un plan qui s'articule autour de tous les âges de la vie des populations concernées : les thématiques (tabac, alimentation et activité physique, vaccination) retenues pour l'évaluation ex-post confirment ce point en ce qu'elles comprennent des actions qui s'adressent à tous les publics. De même, les trois thématiques concernées par l'évaluation comprennent des actions dont **l'impact attendu** sur la consommation de soins et sur la morbi-mortalité est prometteur.
- Un plan qui comprend en partie des mesures ayant déjà démontré leur efficacité (ex : action n°28<sup>21</sup>) et qui laisse une place aux expérimentations en santé (ex : action n°37<sup>22</sup>), notamment issues de l'article 51. A ce titre, il convient de souligner une bonne pratique issue des auditions : toutes les actions financées par le Fonds de lutte contre les Addictions et par le Fonds d'Innovation pour le Système de Santé doivent justifier, en amont du financement, de l'évaluation prévue pour mesurer les résultats attendus. Il s'agit d'une condition donnée au financement de ces actions. Les résultats

<sup>21</sup> Action 28 : « Développer la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) dans les DOM où la prévalence du HPV est élevée et le risque de cancer du col et de mortalité trois fois plus élevé que dans l'hexagone. »

<sup>22</sup> Action 37 : « Déployer, d'ici 2022, des expérimentations innovantes en direction de publics ciblés : les enfants de 3 à 8 ans à risque d'obésité (« Mission Retrouve ton cap »), les enfants et adolescents atteints d'obésité sévère (« OBEPEDIA »).

issus des évaluations de certaines actions relevant de l'article 51<sup>23</sup>, désormais généralisées, sont encourageants et démontrent l'importance d'évaluer systématiquement les expérimentations.

- Toutes les actions financées par un fonds s'accompagnent d'un suivi de la mise en œuvre de l'action et de son exécution budgétaire, a minima annuel. Les porteurs de projets, notamment financés par le fonds addictions, adressent ces données chaque année au secrétariat du fonds. De même, un suivi des impacts de la crise sanitaire Covid-19 sur les projets financés est prévu dans ces restitutions intermédiaires et annuelles. Ces éléments sont facilement mobilisables pour les travaux d'évaluation.
- Un plan dont certaines actions ont montré des externalités positives. Ainsi le focus dans le plan « Priorité Prévention » de la facilitation d'accès à la vaccination, par la multiplication des effecteurs (pharmaciens, infirmiers...) initialement conçus dans ce plan pour augmenter la couverture vaccinale antigrippe a permis lors de la pandémie liée au Covid-19 une souplesse d'adaptation de ces nouveaux effecteurs à une situation non planifiée.

Illustration n°6 : Indicateurs de la Stratégie Nationale de Santé dédiés à l'axe n°1, soit au plan « Priorité Prévention

Indicateurs retenus pour le suivi annuel de la Stratégie nationale de santé	
Indicateurs de résultat de long terme	
1	Espérance de vie à la naissance
2	Espérance de vie sans incapacité
Axe 1 : Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie	
3	Prévalence du tabagisme quotidien chez les adultes
4	Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes
5	Limitation de longue durée perçue dans les activités usuelles du fait d'un problème de santé
6	Concentration annuelle des quatre principaux polluants de l'air en zone urbaine
7	Taux de couverture vaccinale contre la grippe
8	Taux de couverture du dépistage du cancer colorectal

#### Faiblesses / Limites de l'évaluation ex-post

Faiblesses / Limites de l'évaluation ex-post
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La crise sanitaire n'a pas permis au plan de s'enrichir de nouvelles actions en 2020 et 2021, et n'a pas permis de maintenir l'animation du Comité Permanent Restreint, dont l'instauration est pourtant une réelle avancée. Le suivi de l'implémentation des actions du plan repose donc sur un fichier partagé, qui continu toutefois à être enrichi. Différents éléments restent manquants, notamment budgétaires.</li> <li>• Des indicateurs (cf. illustration n°5 ci-dessus) ont été définis dans le cadre de la Stratégie nationale de santé. Pour rappel, le suivi et les évaluations de la SNS sont menés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Au total, vingt indicateurs de résultats et</li> </ul>

<sup>23</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article-51>

d'impact ont été retenus et peuvent être consultés au fil de l'eau<sup>24</sup> à partir du tableau de bord dédié. Cette démarche permet de suivre, de manière pluriannuelle, des indicateurs illustrant l'efficacité des mesures de la SNS. L'évaluation ex-post met en exergue le fait que seuls les indicateurs 1, 2, 3, et 7<sup>25</sup> pourraient être mobilisés pour l'évaluation. Les autres indicateurs ne relèvent pas des thématiques concernées. Cependant, l'impact propre des actions du plan sur l'espérance de vie ou sur des indicateurs de morbidité ne pourra être évaluable qu'à plus long terme, et nécessairement au regard de l'ensemble des autres politiques de prévention menées. De même, les indicateurs suivis dans le cadre de l'évaluation de la SNS sont globaux : ils ne permettent pas d'observer et analyser la corrélation entre un niveau de recours à une ou plusieurs mesures de prévention et des changements de comportement dans le temps.

- La mise en place de ce plan transversal, inclusif et global ne semble pas s'accompagner de la structuration d'un cadre général d'évaluation médico-économique. Le plan ne semble pas avoir été outillé dans l'optique de mesurer les transformations et changements attribuables aux actions mises en œuvre. L'horizon temporel (court, moyen et long termes) dans lequel s'inscrivent les actions ne semble pas avoir été défini<sup>26</sup>. De même, les actions mises en lumière dans le plan « Priorité Prévention » restent hétérogènes, car issues de différents plans et programmes. Les objectifs et actions du plan ne sont pas harmonisés et n'ont pas toujours été formulés selon la méthode SMART<sup>27</sup> : spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporels. Les objectifs sont parfois inatteignables.
- Les actions du plan « Priorité Prévention » identifiables à partir des données de remboursement<sup>28</sup> issues du Système national des données de santé (SNDS) semblent plus facilement évaluables dans la mesure où ces données sont disponibles et peuvent faire l'objet de requêtes. Si ces données sont recueillies à des fins d'analyse de la consommation des soins en France et d'estimation du coût de ceux-ci, ces données sont également mobilisables pour des évaluations épidémiologiques, médico-économiques, etc. A l'inverse, les actions qui reposent sur des dispositifs de prévention ne donnant pas lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie<sup>29</sup> ne génèrent pas de données collectées en routine permettant, notamment, leur évaluation.
- L'évaluation ex-post du Plan « Priorité Prévention » s'inscrit dans un contexte où plusieurs autres travaux d'évaluation sont menés en parallèle (à titre d'exemple pour la thématique Tabac : actualisation de l'étude de P. Kopp relative au coût social des drogues dont le tabac, menée par l'OFDT, l'étude sur les coûts attribuables au tabac, notamment à partir d'une liste de pathologies associables au Tabac, menée par la Cnam). De même, une évaluation des impacts sanitaires et économiques des politiques de lutte contre le tabac est portée par l'OCDE. Les résultats de ces travaux auraient permis d'enrichir l'évaluation ex-post du plan : la programmation des travaux d'évaluation aurait pu être mieux anticipée pour que les résultats bénéficient aux différents travaux

<sup>24</sup> <https://drees.shinyapps.io/suivi-sns/>

<sup>25</sup> Espérance de vie à la naissance / espérance de vie sans incapacité / Prévalence du tabagisme quotidien chez les adultes / Taux de couverture vaccinale contre la grippe

<sup>26</sup> Verbatim issu d'une audition : « Ce travail d'évaluation est complexe, notamment parce qu'il est nécessaire de rappeler et que le temps en santé est un temps long » - Direction d'administration centrale auditionnée

<sup>27</sup> A titre d'exemple : Action n°40, thématique Tabac : « Rappeler au grand public l'interdiction de vente aux mineurs de tabac et d'alcool par des actions de communication ».

<sup>28</sup> A titre d'exemple : Action n°60, thématique Tabac : « Passer progressivement du forfait d'aide au sevrage de 150 € par an et par assuré à un remboursement normalisé (prise en charge de droit commun) des substituts nicotiniques, pour tous les assurés, pour une meilleure accessibilité et une harmonisation des prix sur le territoire, réduisant les inégalités d'accès aux traitements »

<sup>29</sup> A titre d'exemple : Action n°35, thématique Tabac : « Soutenir les municipalités : Dans leur démarche de dénormalisation du tabac (création et la diffusion d'une boîte à outils, animation et déploiement du label "Terrasse sans tabac", développement et animation d'un label de type "Ma ville s'engage contre le tabac", etc.) »

en cours. L'architecture globale relative à l'action publique en matière de santé est composée d'une multitude de plans, feuilles de route et programmes qui se complètent. Or ceux-ci font l'objet d'évaluation nationale (ex : évaluation du Plan national santé environnement, évaluation du Plan national de lutte contre le tabagisme, etc.). Le travail d'évaluation ex-post permet de souligner la limite de ces travaux menés en parallèle. Les acteurs auditionnés rapportent par ailleurs que des travaux d'analyse du coût et de l'efficacité des actions sont parfois menés par des structures tierces ou par les acteurs en charge de la mise en œuvre des actions à l'échelle locale. Des données intéressantes sont certainement recueillies à l'échelle locale mais sans obligation ou devoir de partage ou transmission à l'échelle nationale ou de manière intersectorielle. Il convient de souligner que l'évaluation ex-post du plan « Priorité Prévention » doit s'appuyer, lorsqu'elles seront disponibles, des contributions des travaux d'évaluation portant sur les autres plans et programmes.

- La conduite d'études d'impact en territoire ultramarin englobe fréquemment les territoires dans une approche globale : les données recueillies et les analyses sont rarement réalisés par territoire. Or, il convient de rappeler que non seulement les réalités locales ultramarines restent très éloignées de la réalité de la métropole, mais que de plus, l'Outre-mer regroupe des populations aux histoires différentes, des bassins géographiques divers, des structurations administratives variées (départements-régions et collectivités), des démographies variables, ainsi qu'un phénomène d'insularité. Ces caractéristiques sont à prendre en compte d'un point de vue médical, économique et statistique : les études d'efficacité menées ne permettent pas d'appréhender suffisamment les résultats d'efficacité ou de coût, ni d'adapter les stratégies et programmes de prévention en conséquence à un niveau territorial homogène.
- Bien que cela ne soit pas sa finalité, le plan ne permet pas de structurer ou renforcer les liens avec la recherche et son transfert. L'évaluation ex-post du plan permet de constater que le partage des connaissances reste à renforcer, aussi bien (1) des producteurs de connaissances vers leurs utilisateurs que (2) des utilisateurs vers les acteurs. Sur ce dernier point, les utilisateurs pourraient jouer un rôle plus fort en proposant et suscitant des travaux de recherche, selon les thématiques identifiées comme « sous-explorées ». Ce cadre de partage de connaissances pourrait servir les travaux d'évaluation en contribuant à générer des données mobilisables par les évaluateurs.
- Le plan, bien qu'il mette en valeur des actions ayant démontré leur efficacité ou étant prometteuses, présente encore des actions dont l'efficacité n'a pas été démontrée<sup>30</sup>. L'évaluation ex-post du plan « Priorité Prévention » est ainsi limitée.
- Le suivi des financements (sources, montants, exécution) mobilisés dans le cadre de la mise en œuvre du plan « Priorité Prévention » est complexe à suivre, notamment en raison des différentes sources mobilisées et des méthodologies hétérogènes de comptabilisation des dépenses à associer aux mesures du plan. Les données de coûts sont à prendre avec précaution.
- Le plan est doté d'un budget annoncé par le Président de la République et le Premier Ministre de 400 millions d'euros sur cinq ans<sup>31</sup> dès 2019. Pour autant, les auditions menées dans le cadre de l'évaluation ex-post mettent en lumière le fait qu'il n'existe pas d'enveloppe budgétaire attribuée exclusivement à la mise en œuvre des actions du plan. A titre d'exemple, les modalités de

<sup>30</sup> A titre d'exemple, l'action n°17 relative au programme ABMA « Favoriser la généralisation dans tous les établissements les programmes de développement de la promotion de la santé du type : « Aller bien pour mieux apprendre (ABMA) »

<sup>31</sup> <https://www.gouvernement.fr/action/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante>

financement mobilisées en 2019 dans le cadre du projet de loi de financement ont été les suivantes :

- Le sous-objectif FIR de l'ONDAM
- Le sous-objectif médico-social de l'ONDAM
- Le sous-objectif hospitalier de l'ONDAM
- Le sous-objectif ville de l'ONDAM
- Le fonds de lutte contre les addictions
- Programmes propres / budget propre de chaque porteur d'actions (ex : Programme 204 de la DGS)

Ces modalités sont mobilisées pour certaines actions (en 2019, 17 sur 156). Les autres mesures sont financées par les porteurs eux-mêmes. A ce titre, les personnes auditionnées ont rarement été en mesure de communiquer les moyens financiers spécifiquement attribués à la mise en œuvre des actions dont ils sont la responsabilité, dans la mesure où celles-ci sont intégrées au budget de la structure porteuse.

La loi de financement pour 2020 prévoit l'élaboration d'une annexe budgétaire<sup>32</sup> « Prévention et promotion de la santé », qui recense les actions entreprises pour mettre en œuvre la politique sur le territoire. Les budgets et leur exécution sont présentés par acteur concourant à la politique de santé, par thématique (cf. illustration n°6) et par source de financement (cf. illustration n°6). Le plan « Priorité Prévention » est mentionné mais seules certaines actions sont libellées ainsi (cf. illustration n°7).

Illustration n°7 : Extrait de la table des matières de l'annexe au projet de loi de finances pour 2022 – Jaune - Prévention en Santé

<b>8. Programmes budgétaires (données budgétaires) exposées par Thématiques-Santé.....</b>
8.1. Thématique-Santé « PERINATALITE, NAISSANCE ET ENFANCE ».....
8.2. Thématique-Santé « BIEN VIEILLIR ».....
8.3. Thématique-Santé « OFFRE DE SANTE, PRODUITS DE SANTE ET QUALITE DES PRATIQUES ».....
8.4. Thématique-Santé « PATHOLOGIES (TRANSMISSIBLES et NON-TRANSMISSIBLES) ».....
8.5. Thématique-Santé « DETERMINANT DE SANTE / ENVIRONNEMENT ».....
8.6. Thématique-Santé « LUTTE CONTRE LES INEGALITES ».....
8.7. Thématique-Santé « RISQUE, VEILLE ET SECURITE SANITAIRE ».....
8.8. Cumul des montants en CP/EXECUTE pour 2020 : Sources / Thématiques Santé.....
8.9. Cumul des montants en CP/LFI pour 2021 : Sources / Thématiques Santé.....
<b>9. Tableau de synthèse globale, toute source de financement confondu.....</b>
<b>10. Synthèse globale par source de financement.....</b>

Illustration n°8 : Extrait du tableau Thématique-Santé « OFFRE DE SANTE, PRODUITS DE SANTE ET QUALITE DES PRATIQUES – Annexe au projet de loi de finances pour 2022 – « Jaune » Prévention en Santé

<sup>32</sup> Document annexé au Projet de loi de finances non prévu par la loi organique mais par les lois et règlements, consacré à certains sujets en particulier



DAC ou OP dépendant de l'AC suivante	Nom de l'entité (DAC ou OP)	Intitulé des actions concourant à la politique transversale en PREVENTION SANTE	Thématique Santé	EXECUTIONS 2020 AE	EXECUTIONS 2020 CP	LFI 2021 AE	LFI 2021 CP	PLFSS / PLF 2022 AE	PLFSS / PLF 2022 CP	SOURCE BUD
MSS - Ministère des Solidarités et de la Santé	DNS MSS - Délégation ministérielle au numérique en santé du Ministère des Solidarités et de la Santé	Action [132.1] du PNSP [J'agis pour ma santé]	OFFRE DE SANTE, PRODUITS DE SANTE ET QUALITE DES PRATIQUES	84 000 €	84 000 €	144 000 €	115 200 €	108 000 €	86 400 €	ND
MSS - Ministère des Solidarités et de la Santé	DNS MSS - Délégation ministérielle au numérique en santé du Ministère des Solidarités et de la Santé	Action [156] du PNSP [Application santé]	OFFRE DE SANTE, PRODUITS DE SANTE ET QUALITE DES PRATIQUES	1 114 000 €	1 114 000 €	709 200 €	567 360 €	1 056 000 €	844 800 €	ND

Si l'ONDAM ne comprend aucun sous-objectif « Prévention », les moyens répartis dans les différents sous-objectifs concourent au financement de la prévention et de la promotion de la santé. Les financements, donc les coûts directs liés à la mise en œuvre des actions du plan « Priorité Prévention » semblent complexes à désarticuler pour les tracer<sup>33</sup> dans la mesure où ils se fondent majoritairement dans des dépenses d'Assurance Maladie ou les dépenses des régions. Les actions financées directement par des fonds, notamment le Fonds d'innovation du système de santé (FISS), le Fonds de lutte contre les addictions (FLCA) et le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) permettent une identification plus précise de leurs coûts.

A ce titre, il convient de souligner un paradoxe : la lisibilité des sources de financement des actions semble inversement proportionnelle à leur ampleur. A titre d'exemples, les actions locales qui s'inscrivent dans le cadre de l'action de marketing social « Moi(s) sans tabac » doivent justifier, dans le cadre d'une demande de subvention, de l'ensemble des données budgétaires nécessaires pour mener à bien l'action. Le budget de l'action, bien que celle-ci soit parfois de petite ampleur, doit être détaillé, lisible et partagé. Inversement, le budget d'une action inscrite et mise en lumière dans le plan « Priorité Prévention », n'est pas toujours connu des porteurs d'actions, sauf si elle dépend d'un fonds (ex : tous les financements attribués par le Fonds addictions sont tracés et suivis). A noter cependant qu'il s'agit d'un paradoxe relatif dans la mesure où les actions de grande ampleur reposent sur différents acteurs en charge de leur mise en œuvre et / ou de leur évaluation, et de plusieurs sources de financements.

Enfin, les auditions menées mettent en lumière le fait que les remontées d'informations entre les échelles régionales et nationales restent parfois compliquées : différentes directions d'administration centrales évoquent avoir peu de visibilité sur les budgets des institutions à l'échelle locale.<sup>3435</sup>

### Fragilités du Plan « Priorité Prévention » identifiées dans le cadre de l'évaluation ex-post

#### Fragilités

- « Priorité Prévention » met en avant des actions issues d'autres plans et programmes, comme le Programme national de lutte contre le tabac dans le cadre de la lutte contre le tabagisme, le Plan national nutrition santé et la Stratégie nationale sport santé pour la nutrition. Or, l'efficacité potentiellement mesurable et attribuable à une action ne peut pas (et ne doit pas) être décontextualisée ou décorrélée des autres actions mises en œuvre dans le cadre d'une même

<sup>33</sup> Verbatim « Les financements de certaines actions du PNSP sont fondus dans d'autres dépenses, il est difficile voire impossible de les tracer » - Extrait d'une audition avec une direction d'administration centrale

<sup>34</sup> Verbatim « La [direction concernée] n'a pas la capacité à ce jour de retracer la consommation dans les budgets des établissements [milieu concerné] car ceux-ci ont leur comptabilité propre » - Extrait d'une audition avec une direction d'administration centrale.

<sup>35</sup> Verbatim « La collectivité apporte des moyens logistiques ou financiers pour acheter, par exemple, des denrées alimentaires et les mettre à disposition des publics concernés. Ces partenariats sont locaux, ils ne sont pas retracés au niveau national. Les coûts ici ne sont plus traçables, au-delà du budget alloué à notre niveau ». Extrait d'une audition avec une direction d'administration centrale.

politique publique<sup>36</sup>. Ainsi, l'évaluation de l'efficacité d'une action spécifiquement mentionnée dans « Priorité Prévention » ne permet pas d'appréhender tous les moyens et toutes les modalités mis en œuvre pour répondre à un enjeu de santé publique plus large : améliorer la couverture vaccinale, réduire la consommation de tabac, ou créer les conditions d'une meilleure alimentation et activité physique des publics, notamment en situation de précarité.

- Les acteurs auditionnés lors de ce travail d'évaluation ex-post indiquent ne pas être outillés pour conduire des évaluations médico-économiques. Les méthodes et outils sont mal connus ou peu maîtrisés, limitant ainsi la capacité des acteurs à anticiper la réalisation d'évaluations (cadre d'évaluation médico-économique souvent inexistant, manque d'anticipation des données à recueillir, etc.). Il convient à ce titre de souligner que la conduite d'évaluation en prévention nécessite des besoins en ressources de haut niveau, disposant de compétences spécifiques : ces ressources semblent encore très rares. De manière générale, l'acculturation à la prévention mais surtout au virage préventif et ce qu'il induit reste faible et se traduit notamment par les modalités de suivi du plan en vigueur : celles-ci ne permettent pas toujours suffisamment d'interroger les effets / coûts des mesures. Une formation permettant d'accompagner les acteurs dans ce virage semble primordiale et fait l'objet d'une recommandation.
- Le suivi de l'implémentation des actions du plan ne repose pas sur un système d'information permettant de recueillir des données relatives aux actions (implémentation et mesures médico-économiques). Cet outil manquant pourrait pourtant venir soutenir l'accompagnement du virage préventif.
- Le recueil de données coût / efficacité est particulièrement mature et outillé dans le champ sanitaire des soins curatifs, notamment dans une optique d'analyse, d'optimisation et de réduction des dépenses de santé. L'introduction des principes de comptabilité analytique en est une illustration. Le champ de la prévention ne semble pas avoir été structuré de la sorte.

Au regard de ces différents éléments de diagnostic, l'évaluation ex-post a permis d'identifier différentes « opportunités », présentées ci-dessous en recommandations. Celles-ci ont pour vocation d'accompagner les travaux de rédaction des futurs plans et programmes de santé publique. Le tableau suivant présente de manière synthétique les recommandations, détaillées au chapitre suivant.

#### Opportunités / Recommandations

- Recommandation n°1 : Clairement différencier dans les plans et programmes de santé publique les actions de prévention dont l'efficacité est démontrée, de celles prometteuses ou en cours d'expérimentation.
- Recommandation n°2 : Tenir systématiquement en compte des spécificités liées au contexte de déploiement d'une action et capitaliser sur les enseignements issus de cette analyse.
- Recommandation n°3 : Confier à une institution légitime la responsabilité du recensement des financements relatifs à la prévention en France et la conduite de travaux de modélisation de l'impact des politiques publiques de prévention.

<sup>36</sup> Verbatim : « Il est difficile de mesurer l'impact d'une action individuelle car c'est la conjugaison de ces actions qui permet d'atteindre des résultats » - Direction d'administration centrale auditionnée

- Recommandation n°4 : Mettre en œuvre un dispositif permettant de connaître l'exposition d'une population ou d'un échantillon de la population aux mesures de prévention les concernant.
- Recommandation n°5 : Mettre en place un calendrier réaliste de visites médicales proposées à tous les âges de la vie, permettant notamment de recueillir, via un SI prévention (tel que l'Espace Numérique en Santé), un socle de variables et indicateurs standardisés.
- Recommandation n°6 : Analyse et recueil de données dans les DROM : systématiser les recueils de données à une échelle territoriale cohérente préalable en complément à une analyse globale.
- Recommandation n°7 : Intégrer une unité d'enseignement commune sur la prévention et la promotion de la santé sans toutes les formations aux métiers du soin, de la médecine, du social et de l'éducation afin de développer une culture commune.
- Recommandation n°8 : Prévoir, dès la rédaction des plans et / ou programmes de santé publique, la structuration d'un cadre évaluatif et les ressources nécessaires à sa conduite.
- Recommandation n°9 : Renforcer l'accompagnement du Comité Permanent Restreint en matière de suivi de la santé dans toutes les politiques.
- Recommandation n°10 : Mieux définir le rôle que pourraient jouer pour la prévention les structures « poly-missions » telles que la médecine scolaire, les services de santé universitaire, la médecine du travail et les services de santé des personnes sous main de justice.
- Recommandation n°11 : S'appuyer sur les travaux de révision de la nomenclature CCAM pour faciliter le repérage des actes de prévention.

### Recommandations du Haut Conseil de la santé publique

Les recommandations présentées dans ce rapport sont de deux types : les recommandations relatives à l'évaluation ex-post du plan « Priorité Prévention » dans son ensemble (présentées ci-dessus de manière synthétique et détaillées au chapitre suivant) et les recommandations proposées par chaque sous-groupe de travail, présentées à la partie suivante de ce rapport.

Les deux types de recommandations sont présentées selon un cadre commun, dans une optique d'harmonisation des contributions des membres des différents sous-groupes de travail en charge de l'évaluation ex-post du plan « Priorité Prévention ». Les éventuelles positions minoritaires ou propositions non consensuelles au sein des membres du groupe de travail sont identifiées dans le rapport.

A noter : dans les suites des recommandations qui sont présentées dans ce rapport, si des structures existantes, comme les agences sanitaires, devaient être mobilisées pour répondre à nos recommandations, il convient de souligner que le cahier des charges précis des actions, l'agenda de réalisation et la définition des moyens associés restent à coconstruire entre ces structures, les utilisateurs (« partie-prenantes ») et la DGS.

Recommandation n°1 : Clairement différencier dans les plans et programmes de santé publique les actions de prévention dont l'efficacité est démontrée, de celles prometteuses ou en cours d'expérimentation.

Certaines actions du plan « Priorité Prévention », donc des différents plans et programmes de santé publique, ne sont pas directement transposables en termes de bénéfices d'état de santé, et à cet égard se prêtent difficilement à l'exercice d'évaluation quantitative.

Certaines actions relèvent plutôt d'intentions politiques pour lesquelles la littérature disponible atteste d'une efficacité plus ou moins démontrée. A titre d'exemple, l'étude de Swati G. Patel et al.<sup>37</sup> estime qu'entre 45 et 74 ans, le dépistage du cancer du côlon est coût / utile, sauf cas particulier alors qu'après 85 ans, il est déconseillé sauf cas particulier. Entre 75 ans et 84 ans, le dépistage est à adapter. Ici, la prévention est un outil qui doit être ajustable selon l'âge, l'espérance de vie, le risque de maladie et les préférences personnelles des populations concernées.

Pour autant, le Haut Conseil de la Santé Publique, notamment dans le cadre du volet n°2 de l'évaluation du Plan « Priorité Prévention » a déjà souligné que la littérature comprend de nombreux exemples d'actions dont les effets ont été mesurés et dont l'efficacité a été démontrée. Des portails référencient également les actions probantes. Santé Publique France propose sur son site<sup>38</sup> un répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé. De même, le site du National Cancer Institute américain<sup>39</sup> présente les programmes efficaces dans la lutte contre le cancer avec une analyse selon RE-AIM de Glasgow<sup>40</sup>. L'agence de la santé publique du Canada dispose également d'un portail canadien<sup>41</sup> des pratiques exemplaires qui permet d'accéder à des programmes, à des interventions et à des politiques ayant fait l'objet d'une évaluation et pouvant être adaptés et utilisés.

Dans la perspective de rédaction des futures stratégies nationales, plans, programmes et feuilles de route, il est recommandé d'accorder plus de place aux actions les plus probantes, c'est-à-dire celles qui présentent le plus haut niveau de preuve de leur efficacité, et/ou d'expérimenter des actions à condition qu'elles reposent sur un cadre d'évaluation établi en amont de leur lancement, proposant des mesures de résultats attendus et comprenant un volet d'analyse coût / efficacité.

De même, il est recommandé de mettre en place un dispositif permettant de mieux identifier, recenser, connaître, évaluer et capitaliser sur les actions prometteuses financées à l'échelle régionale et nationale, notamment dans le cadre d'appels à projets. Les enseignements tirés des actions et expérimentations menées sont à documenter et partager plus largement, par exemple dans le cadre du suivi du Plan « Priorité Prévention » par le Comité Permanent Restreint en lien avec le dispositif Inspire-ID (Initiative en santé publique pour l'interaction de la recherche, de l'intervention et de la décision).

Le soutien fort à l'expérimentation de nouveaux programmes et à l'innovation en santé doit pour autant conserver toute son importance dans les politiques.

---

<sup>37</sup> Swati G. Patel, MD, MS, Folasade P. May, MD, PhD, MPhil, Joseph C. Anderson, Carol A. Burke, MD, Jason A. Dominitz, MD, MH Seth A. Gross, MD, Brian C. Jacobson, MD, MPH, Aasma Shaukat, MD, MPH and Douglas J. Robertson, MD, MPH - Updates on Age to Start and Stop Colorectal Cancer Screening: Recommendations From the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer - 2022

<sup>38</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>

<sup>39</sup> <https://ebccp.cancercontrol.cancer.gov/topicPrograms.do?topicId=102266&choice=default>

<sup>40</sup> Sofie Compennolle, Katrien De Cocker, Jeroen Lakerveld, Joreintje D Mackenbach, Giel Nijpels, Jean-Michel Oppert, Harry Rutter, Pedro J Teixeira, Greet Cardon, and Ilse De Bourdeaudhuij - A RE-AIM evaluation of evidence-based multilevel interventions to improve obesity-related behaviours in adults: a systematic review (the SPOTLIGHT project)

<sup>41</sup> [Pratiques exemplaires | Le portail canadien des pratiques exemplaires – PCPE \(phac-aspc.gc.ca\)](#)

Recommandation n°2 : Tenir systématiquement en compte des spécificités liées au contexte de déploiement d'une action et capitaliser sur les enseignements issus de cette analyse

En lien avec la recommandation n°1, il est recommandé de soutenir la recherche interventionnelle mais également celle portant sur l'implémentation des programmes et actions de santé publique. La mobilisation des équipes de recherche doit permettre de mieux identifier les modalités de dissémination d'un programme probant et d'interroger les conditions de son implémentation dans un autre territoire ou autre milieu. En effet, il convient de rappeler que certaines actions ne peuvent être probantes que dans certains contextes uniquement : une analyse des contextes d'implémentation est nécessaire et doit être plus systématiquement menée par les équipes de recherche. Tout l'enjeu repose sur le partage d'enseignements issus de ces analyses afin de mieux capitaliser sur les bonnes pratiques et d'éviter certains écueils. Chambers et Norton<sup>42</sup> ont proposé la notion d'adaptome qui consiste à garder une trace centralisée de toutes les adaptations aux différents contextes d'une intervention, permettant de l'enrichir en amplifiant les adaptations qui l'améliorent et en évitant de reproduire les adaptations qui la dégraderaient.

De manière générale, il est recommandé qu'une place plus importante soit consacrée à la recherche interventionnelle (ou en implémentation) qu'il conviendrait de soutenir financièrement et de professionnaliser davantage, notamment via la formation.

Enfin, il convient de soutenir le renforcement des équipes universitaires en charge de travaux de recherche médico-économique en prévention : à ce titre, il est recommandé de travailler à l'identification des leviers permettant de stimuler cette filière.

Recommandation n°3 : Confier à une institution légitime la responsabilité du recensement des financements relatifs à la prévention en France et la conduite de travaux de modélisation de l'impact des politiques publiques de prévention.

La recommandation consiste à confier à une institution légitime deux missions :

**Une première mission relative à la conduite de travaux de modélisation de l'impact des politiques de prévention.**

Cette recommandation est conditionnée au renforcement des moyens financiers et humains nécessaires permettant à cette structure de conduire des travaux en soutien du renforcement de l'évaluation des politiques de prévention. Cette structure pourrait s'intégrer à une institution existante telle que Santé publique France ou procéder par émanation d'un regroupement de laboratoires de recherche spécialisés disséminés dans les différents centres de recherche universitaires et Inserm. En premier lieu, cette structure pourrait être chargée de suivre les actions et de les caractériser : sont-elles probantes ? prometteuses ? quelles analyses, notamment fondées sur les données du SNDS peuvent-être menées au bénéfice des programmes de prévention ?

Les modalités de sollicitation de cette structure restent à définir. Il est à ce titre préconisé de constituer un groupe de travail en charge de la configuration de la localisation et du fonctionnement de cette institution. Ce groupe de travail pourrait être co-piloté par la DGS/Cnam et pourrait associer des

---

<sup>42</sup> Chambers DA, Norton WE. The Adaptome: Advancing the Science of Intervention Adaptation. Am J Prev Med. 2016;51(4 Suppl 2):S124-31.

représentants de Santé Publique France, de la DREES, de l'INSEE, de l'INSERM, de la HAS, les représentants des usagers voire de certaines complémentaires.

Il est également recommandé d'instruire la possibilité de doter chaque échelon territorial de ressources en charge de l'évaluation des actions de prévention et compétentes en prévention et promotion de la santé. Ces structures régionales doivent être pérennes, viables, compétentes et suffisamment dotées pour mener ces travaux. A ce titre, il est recommandé qu'elles forment entre elles un réseau, notamment pour garantir des échanges, retours d'expérience et transferts concernant les problématiques traitées régionalement. Ce réseau doit nécessairement être coordonné à l'échelle nationale pour veiller à l'harmonisation des pratiques. Ces structures pourraient s'inspirer du modèle des cellules régionales<sup>43</sup>, notamment si le pilotage national est confié à Santé publique France, dans un souci de garantir l'articulation des travaux aux échelles nationale et locale et de créer des synergies positives. Concernant l'échelon régional, il est rappelé l'importance de continuer à réunir les experts aujourd'hui mobilisés, notamment par les ARS.

Enfin, cette même structure (et son émanation régionale) pourrait également avoir pour mission d'assurer un certain degré de convergence ou d'harmonisation des dispositifs de prévention mis en œuvre (entre acteurs, entre différents échelons territoriaux), potentiels d'intervention voire de financement. A ce titre, le principe de labellisation inspiré du processus de labellisation « PRSE » ou « PNSS » pourrait être mis en place : l'analyse d'actions et l'attribution d'un label permet de répertorier les acteurs financés, actions engagées, cibles et leurs modalités d'actions. Le label proposé pourrait comprendre plusieurs niveaux, notamment pour ne pas se priver des expérimentations. Le label pourrait ainsi concerner les actions expérimentales et/ou prometteuses (niveau 1) puis les actions probantes (niveau 2).

### **Une seconde mission relative au recensement et au suivi des financements consacrés à la prévention en France.**

A date, le manque de visibilité concernant les montants engagés à chaque échelle et par bénéficiaire ne permet pas de dresser une estimation claire du coût de la prévention en France. Par ailleurs, l'estimation des coûts varie selon les acteurs et gagnerait à être harmonisée. Les travaux d'évaluation ex-post invitent à s'interroger sur les « maillons » auxquels se perdent les informations permettant de suivre le coût des différents programmes et politiques de prévention.

Il est recommandé *a minima* que l'ensemble des données relatives au financement (budget, destinataire, source, exécution) de la prévention soit adressé à cette institution. Ce rôle pourrait être joué par une structure existante, **déjà en charge du pilotage de fonds thématiques**.

Il est par ailleurs recommandé d'**identifier et suivre les fonds européens**, qui gagneraient à être mieux connus et plus mobilisés et dont « Priorité Prévention » pourrait plus largement bénéficier.

**Le recensement, l'estimation des coûts de prévention et leur suivi constituent une priorité afin que l'Etat puisse mieux connaître / chiffrer les coûts attribuables à la prévention par personne par an, en comparaison aux dépenses de santé sanitaires.** Il est proposé à ce titre de **créer un sous-objectif Ondam dédié à la prévention**, et de systématiquement flécher les crédits dès la conception des plans de santé publique. De même, toutes les actions proposées au financement et/ou financées doivent proposer un budget prévisionnel (type Cerfa), suivi précisément dans le temps, et comprenant une part (10 à 12%) dédiée à l'évaluation. Ceci entend mieux suivre l'allocation et l'exécution des différents

---

<sup>43</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/notre-organisation/une-organisation-au-service-des-programmes/direction-des-regions>

crédits attribués, aussi bien à l'échelle nationale que régionale et locale. La répartition des crédits selon des objectifs de santé publique déterminés à l'échelle des territoires pourrait être envisagée : par exemple, selon l'incidence de l'obésité sur un territoire.

Recommandation n°4 : Mettre en œuvre un dispositif permettant d'interroger l'exposition d'une population ou d'un échantillon de la population aux mesures de prévention les concernant.

La problématique relative à la disponibilité des données amène à recommander la mise en place d'un dispositif dédié à l'observation de l'exposition des populations aux mesures de prévention les concernant et à l'analyse d'éventuels changements de comportements consécutifs à l'exposition aux mesures.

Deux points sont ici à distinguer :

- La connaissance du niveau de recours à une action de prévention (exemple : le niveau de recours aux lieux de santé sans tabac ou aux services proposés par une Maison Sport Santé) ;
- La mesure des effets associés à cette action de prévention.

Ces deux types de critères d'évaluation sont très différents et concernent les processus ou les résultats, dont les coûts et les enjeux sont eux-mêmes différents.

Cette recommandation vise en priorité à mieux analyser l'écart entre les populations à qui s'adressent les différentes mesures de prévention et les populations en ayant effectivement bénéficié, plutôt qu'à analyser les résultats de ces mesures. A ce titre, il est recommandé de soutenir davantage les approches types Baromètres santé<sup>44</sup>. Cette approche permet en effet d'analyser les populations réellement exposées aux mesures de prévention et de veiller ainsi à ce que les mesures n'aient pas d'effets pervers, en accroissant les inégalités sociales et territoriales en santé par exemple. Il s'agit ici de renforcer les mesures de densité des actions de prévention financées pour ajuster les moyens d'intervention selon la stratégie initiale. De façon opérationnelle, il est recommandé de renforcer la base d'indicateurs pouvant être mobilisés, selon les besoins, dans le cadre de baromètres santé. De même, il convient de recourir parfois aux enquêtes ad hoc, ciblées sur certaines populations ou territoires par exemple.

A noter : certains indicateurs font déjà l'objet d'un suivi dans le cadre d'enquêtes ou travaux d'évaluation existants (ex : indicateurs SNS). Au préalable de la conduite d'enquête permettant de mesurer le recours à des actions de prévention, il convient d'interroger :

- Les variables d'intérêt, puis les modalités de l'accès à leur valeur (existantes ? à créer ?),
- Les mesures standard déjà existantes : la connaissance des requêtes préétablies, préformatées et disponibles dans le SNDS est un prérequis.
- L'exhaustivité des indicateurs déjà recueillis, à recueillir et la pertinence du recueil (est-ce pertinent de recueillir un indicateur ? quelle est la dimension performative de l'indicateur (quels phénomènes transformés ?) auprès de quelle population ? quel usage sera fait des résultats associés aux indicateurs ?).
- La récurrence et la temporalité des enquêtes existantes.
- La taille de l'échantillon concerné par l'enquête ou le recueil de données.
- L'échelle géographique des enquêtes : à titre d'exemple, l'échelle régionale et infrarégionale semblent sous représentées.

---

<sup>44</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france>

Cette recommandation consiste à enrichir les dispositifs de suivi existants, tels que les baromètres santé, enquêtes ou études populationnelles pour observer plus finement, selon les mesures des plans, l'exposition des populations (ou d'un échantillon populationnel) aux mesures les concernant. Les besoins pourraient être définis par deux binômes : Cnam / DREES ou SPF / INSERM, ou bien par l'institution en charge des travaux présentés dans le cadre de la recommandation n°2 de ce rapport.

Recommandation n°5 : Mettre en place un calendrier réaliste de visites médicales proposées à tous les âges de la vie, permettant notamment de recueillir, via des systèmes d'information (SI) existants, un socle de variables et indicateurs standardisés.

La recommandation consiste à créer un cadre permettant de présenter, mesurer et comparer des tendances « à date » en matière de santé publique : poids d'une tranche d'âge spécifique, taille, IMC, etc. Cette recommandation présente l'intérêt d'introduire un dispositif harmonisé de remontée « en continu » d'informations et données relatives à certains facteurs de risque.

Ces tendances pourraient être suivies aussi bien à l'échelle nationale que régionale et locale et doivent reposer sur l'usage des systèmes d'informations existants permettant ce recueil en continu (Espace Numérique en Santé). **A titre d'exemple, il est recommandé d'inscrire cette recommandation dans la même logique que celle consistant à actualiser et dématérialiser le carnet de santé de l'enfant, qui devrait à terme constituer la base de l'Espace Numérique en Santé.**

La recommandation repose sur la création d'un calendrier réaliste de visites médicales proposées à tout âge de la vie, en cohérence avec le plan « Priorité Prévention ». Ces visites médicales pourraient s'appuyer en partie, mais non exclusivement, sur les visites déjà prévues en milieu scolaire, dans la sphère professionnelle ou à l'occasion de la Journée Défense et Citoyenneté (JDC)<sup>45</sup> par exemple. Cependant, d'autres visites sont à prévoir notamment pour ne pas accentuer les inégalités sociales et territoriales en santé : populations vulnérables, déscolarisées, isolées, au chômage... Les visites médicales pourraient notamment s'articuler autour d'âges présentant un intérêt particulier en matière de réduction des risques, de prévention et de promotion de la santé (repérage de l'obésité par exemple).

Le recueil de ces données présente le mérite de collecter des données homogènes (car déversées dans des systèmes d'informations structurés) à l'échelle d'un territoire, et d'adapter ainsi les priorités et actions à mener à l'échelle locale. A titre d'exemple : une expérimentation menée en région PACA en 2010<sup>46</sup> a permis de mesurer l'Indice de Masse Corporelle (IMC) de tous les enfants lors de leur entrée en CP. Si l'expérimentation a présenté quelques limites méthodologiques (tous les enfants n'ont pas été pesés et mesurés selon les mêmes conditions), celle-ci a tout de même permis de réaliser une cartographie précise et de mieux cibler les territoires dans lesquels la moyenne de l'IMC était supérieure à la moyenne régionale. Ce travail a notamment permis de mettre en place du programme Ratatouilles et cabrioles<sup>47</sup> visant à l'amélioration de l'équilibre alimentaire en maternelle. Ce type d'initiative permet de dessiner une tendance et d'adapter en conséquence les modalités d'actions en prévention à l'échelle locale. Ce type d'actions a également été mené en région Bourgogne Franche-

<sup>45</sup> <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/>

<sup>46</sup> [http://cache.media.education.gouv.fr/file/11-11/99/3/imc\\_infostat\\_n12\\_320993.pdf](http://cache.media.education.gouv.fr/file/11-11/99/3/imc_infostat_n12_320993.pdf)

<sup>47</sup> <https://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/action/detail/16551>



Comté. De même, les deux cohortes ELFE<sup>48</sup> (mieux connaître les facteurs qui peuvent avoir une influence sur le développement physique et psychologique de l'enfant, sa santé et sa socialisation) et NUTRINET<sup>49</sup> (habitudes alimentaires) permettent de fournir des données fiables et ciblées. Ce scénario permettrait également de recueillir des données qui font aujourd'hui l'objet d'enquêtes rares et peu régulières (activité physique, sédentarité, sommeil...). A noter cependant : il convient de bien distinguer les enquêtes exhaustives des enquêtes quasi-exhaustive de cohortes (ex : NUTRINET) comportant ainsi des biais de sélection.

Il est recommandé de mettre en place un groupe de travail dédié à l'élaboration de ce calendrier et des indicateurs à recueillir lors de ces visites médicales.

A noter : la recommandation n'est pas consensuelle. Certains experts soulignent le fait que les visites médicales systématiques pourraient permettre de véhiculer des messages de prévention et de recueillir des données d'impact. Ceci mériterait pour autant de faire l'objet d'une évaluation pour questionner les impacts à moyen terme.

Il convient également de souligner le manque de ressources nécessaires à la mise en œuvre de cette recommandation (médecins et infirmiers scolaires, du travail notamment).

---

<sup>48</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/cohorte-elfe>

<sup>49</sup> <https://etude-nutrinet-sante.fr/>

Recommandation n°6 : Analyse et recueil de données dans les DROM : systématiser les recueils de données à une échelle territoriale cohérente préalable en complément à une analyse globale

Les enquêtes et études actuelles ne comportent pas systématiquement de volet dédié à l'observation des situations dans les DROM, notamment en raison de la complexité de la mise en œuvre et du déploiement des enquêtes et travaux qui doivent faire l'objet d'adaptation.

Il est recommandé que les travaux comprenant un volet DROM reposent systématiquement sur une approche territoriale relativement homogène et globale. En effet, les résultats, lorsqu'ils sont présentés seulement de manière globale, ne permettent pas aux autorités de s'inscrire dans une logique d'adaptation des programmes de prévention selon les besoins de la population.

Dans une logique de réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, le recueil et l'analyse de données doivent permettre d'objectiver des situations et constituent un réel outil d'aide à la décision. L'analyse des données à l'échelle des DROM doit donc se faire par territoire à l'échelle des DROM et en comparaison, si pertinent, avec les données métropolitaines, sur la base d'ajustements explicites et argumentés. A cet égard, la mise en œuvre de collectes de données ad hoc via des enquêtes ciblées sur les territoires constitue un prérequis.

Recommandation n°7 : Intégrer une unité d'enseignement commune sur la prévention et la promotion de la santé sans toutes les formations aux métiers du soin, de la médecine, du social et de l'éducation afin de développer une culture commune.

Les auditions menées dans le cadre de l'évaluation ex-post incitent à recommander d'œuvrer en faveur du renforcement d'une culture de la santé publique, de la prévention et de la promotion de la santé, encore inégalement diffusée au sein des sphères médicales, soignantes, médico-sociales, etc. La connaissance des déterminants de santé reste parcellaire, aussi bien d'un point de vue médical que du point de vue des sciences humaines et sociales.

Il est recommandé de renforcer les formations relatives à la posture éducative, aux stratégies d'intervention efficaces en prévention-promotion de la santé à destination de tous les acteurs des filières médicales et soignantes. L'objectif consiste notamment à développer les connaissances des étudiants en santé et de les inciter à travailler en interprofessionnalité. Ces formations pourraient se traduire en unités d'enseignements, sur le modèle des modules dispensés dans le cadre du service sanitaire des étudiants en santé (SSES)<sup>50</sup>. De même, il convient de sensibiliser et faire monter en compétences les publics concernés aux déterminants de la santé et à leur prise en compte dans les pratiques. Il apparaît également nécessaire de renforcer les compétences et connaissances des professionnels de santé en exercice, notamment par le biais de la formation continue en privilégiant les formations communes.

Dans un second temps, le renforcement des compétences des étudiants de différentes filières doit pouvoir permettre de former des professionnels d'analyser, de manière prospective, l'évolution des métiers de la santé publique. Ce dernier point s'inscrit en cohérence avec les recommandations du HCSP présentées dans le rapport<sup>51</sup> relatif à la mission de refondation de la santé publique, de la santé publique, portée par Franck Chauvin.

---

<sup>50</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=998>

<sup>51</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1144>

Enfin, il est rappelé que le rôle fondamental que doivent jouer les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui pourraient à terme mettre en place des stratégies territoriales pertinentes de prévention et de promotion de la santé. Celles-ci ont un rôle à jouer dans la diffusion d'une culture et d'un langage partagé.

Recommandation n°8 : Prévoir, dès la rédaction des plans et/ou programmes de santé publique, la structuration d'un cadre évaluatif et les ressources nécessaires à sa conduite

La conduite de l'évaluation ex-post du PNSP conduit à recommander aux pouvoirs publics d'anticiper davantage la conduite de différentes évaluations se rapportant à un plan. Dès l'étape de rédaction des mesures et actions, le cadre évaluatif doit être préparé et interrogé, au même titre que les outils existants pouvant être mobilisés. Les éléments présentés ci-après doivent constituer *a minima* ce cadre évaluatif, qui doit faire l'objet d'une réflexion concertée avec l'ensemble des acteurs concernés par l'action (sa définition, sa mise en œuvre, son pilotage, son évaluation, etc).

En premier lieu, le cadre évaluatif doit être adapté aux interventions en santé publiques et aux sciences de l'implémentation (cf. recommandation n°2) : les freins, leviers, conditions d'implémentation, mesures d'accompagnement du changement sont à intégrer à la démarche évaluative.

Il doit également définir le périmètre et la perspective adoptés pour l'analyse des coûts. A ce titre, le cadre évaluatif doit permettre de différencier le niveau de détail et d'exhaustivité attendu pour mesurer respectivement les coûts directs médicaux (associés aux dépenses de soins générées ou évitées par l'action mise en place), les coûts directs non médicaux (associés aux ressources non sanitaires consommées par la mise en place de l'action) et les coûts indirects (induits par les conséquences en termes de temps perdu et les mécanismes de compensation qui leur sont associés).

La perspective adoptée est généralement celle du « payeur », l'Assurance Maladie, dans la mesure où les coûts sont plus faciles à identifier (via les données de consommation de soins notamment) et où cette perspective détermine le choix social d'allocations de ressources publiques aux dispositifs les plus efficaces. Pour autant, en particulier pour les programmes de prévention, la perspective « sociétale » plus globale a le mérite d'intégrer l'ensemble des coûts supportés par les individus : restes-à-charge dans les dépenses de soins, arbitrages budgétaires en faveur de la prévention, balance du temps passé/perdu dans une perspective de maladie évitée, etc.

Enfin, le cadre évaluatif doit anticiper l'horizon temporel de l'évaluation, c'est-à-dire la période de temps retenue a priori pour mesurer les coûts et les résultats d'une action en santé. Ce paramètre est d'autant plus complexe et crucial que l'action intervient précocement par rapport à la réalisation du risque (apparition ou aggravation d'une maladie) qu'elle cherche à éviter.

De manière plus secondaire, des éléments de cadrage relatifs aux choix méthodologiques à privilégier dans les calculs médico-économiques permettraient de mieux orienter l'évaluateur. L'évaluation médico-économique doit-elle être pensée de façon comparative, c'est-à-dire en rapportant le calcul à des actions ou dispositifs de santé alternatifs ? Quelles normes adopter dans l'actualisation temporelle des coûts et des résultats, c'est-à-dire combien valent relativement 1 € dépensé et une maladie évitée à un an, cinq ans ou dix ans ? Quelles analyses de sensibilité des résultats doivent être conduites et selon quels scénarios alternatifs ?

Il est par ailleurs recommandé que les mesures continuent d'être assorties d'un ou plusieurs livrables définis, pouvant être quantifiés et suivis à travers des données disponibles ou à rendre disponibles. Ces éléments font déjà l'objet d'un suivi dans le cadre du pilotage du plan « Priorité Prévention » et

constituent une bonne pratique à poursuivre. Ce point a été soulevé par plusieurs acteurs auditionnés dans le cadre de ce travail d'évaluation ex-post.

De même, il apparaît pertinent, dès la conception des plans, de saisir et/ou concerter plus largement les parties prenantes sur l'identification des orientations stratégiques du plan, mais également de leur évaluation.

Concernant l'exemple même du plan « Priorité Prévention », deux modalités d'évaluation pourraient être proposées :

- Un cadre évaluatif pour chaque plan, dans la mesure où il a déjà été expliqué dans ce rapport que « Priorité Prévention » reprend des actions et mesures de différents plans. Cette modalité implique que des indicateurs soient définis pour chaque plan et que certains d'entre eux soient identifiés SNS / Plan « Priorité Prévention ». Ce cadre évaluatif doit nécessairement comprendre un volet régional, dans la mesure où les déclinaisons régionales des plans et programmes doivent faire l'objet d'une évaluation en cohérence avec ce qui est mené à l'échelle nationale. La régionalisation de certaines enquêtes semble en effet nécessaire. Les données régionales alimenteraient de fait l'évaluation nationale, qui pourrait comporter des volets ou focus régionaux.
- Un dispositif dédié à l'évaluation d'un plan ou d'un programme. Cette modalité implique que toutes les données remontées, aussi bien à l'échelle nationale ou régionale, alimentent une base de données pilotée par un acteur légitime (ex : SpF, DREES), et/ou mise à disposition d'un acteur en charge de l'évaluation (SpF ? HCSP ?). Dans ce scénario, les indicateurs et données ne seraient définis que sur le périmètre d'un plan ou d'un programme (ex : indicateurs PNSP uniquement). Cette modalité présente cependant une limite méthodologique dans la mesure où elle peut favoriser la conduite de différentes évaluations en parallèle et ne permet pas de créer des synergies et analyses communes entre plans et programmes.

A nouveau, il convient de souligner que les cadres évaluatifs doivent en premier lieu reposer sur les données déjà collectées, notamment par la Cnam, la DREES, et les observatoires, instituts et agences de santé publique. De même, les ressources humaines (professionnels concernés), financières (budget alloué) et matérielles (structures en responsabilités) restent à définir.

Recommandation n°9 : Renforcer l'accompagnement du Comité permanent restreint en matière de suivi de la santé dans toutes les politiques

Le Comité permanent restreint (CPR) est une instance qui regroupe les représentants des administrations centrales, mobilisée dans le cadre du suivi du plan « Priorité Prévention ». Les informations dont il dispose sont communiquées par les différentes administrations et demeurent encore hétérogènes. Le CPR a pour mission de centraliser et suivre les travaux relatifs au plan « Priorité Prévention » sans toujours être suffisamment outillé pour mener cette mission.

A ce titre, il est recommandé que le CPR soit accompagné pour monter en compétences sur les méthodologies de suivi et d'évaluation de plans. Cet accompagnement pourrait être porté par une structure compétence en la matière, comme Santé publique France, à condition que des moyens humains et financiers lui soit adressés pour mener cet accompagnement.

Recommandation n°10 : Mieux définir le rôle que pourraient jouer pour la prévention les structures « poly-missions » telles que la médecine scolaire, les services de santé universitaire, la médecine du travail et les services de santé des personnes sous main de justice

La recommandation repose sur la création d'un groupe de travail en charge de la définition des priorités de chacune de ces structures. L'objectif consiste à identifier dans quelles mesures ces structures pourraient s'impliquer davantage en matière de prévention et promotion de la santé et / ou prioriser certaines interventions thématiques ou géographiques. Il convient à ce titre de renforcer les ressources humaines mobilisées sur ces missions (infirmières, médecins) et de prévoir leur montée en compétences par le biais de la formation continue ou diplômante.

Recommandation n°11 : S'appuyer sur les travaux de révision de la nomenclature CCAM pour faciliter le repérage des actes de prévention

L'évaluation ex-post du plan « Priorité Prévention » met en avant la complexité d'identifier les actes de prévention réalisés et de leur attribuer un coût, dans la mesure où ceux-ci ne sont pas systématiquement facturés ou cotés en tant que tel. En effet, le codage d'un acte dépend de sa nature et non de sa finalité (dépistage, diagnostic).

Dans le cadre du virage préventif et en lien avec les travaux actuels de révision de la nomenclature CCAM<sup>52</sup>, qui s'appuient notamment sur l'expertise de médecins de santé publique, il est recommandé de mener une réflexion permettant de mieux repérer les actes de prévention d'une part, et de s'accorder sur leur définition. L'objectif consiste ici à s'appuyer sur l'expertise des professionnels mobilisés dans le cadre de la révision de la nomenclature CCAM pour faciliter le repérage d'actes pouvant être considérés intrinsèquement comme relevant de la prévention / du dépistage.

De même, dans le cadre de la future convention médicale, il pourrait être pertinent d'engager une réflexion sur la mise à jour des indicateurs de la ROSP<sup>53</sup> pour accorder une place plus importante aux indicateurs relatifs à la prévention et la promotion de la santé.

---

<sup>52</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/installation-du-haut-conseil-des-nomenclatures-et-lancement-des-travaux>

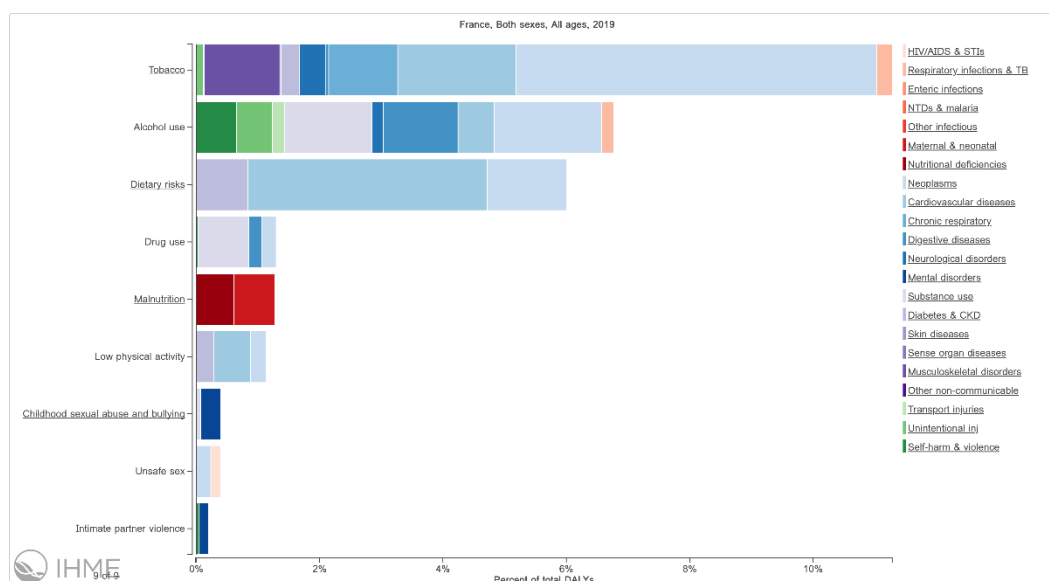
<sup>53</sup> <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs>

## Partie IV - Constats et recommandations relatifs à chaque sous-thématique

### Introduction commune aux trois sous-thématiques

Cette partie présente les travaux d'analyse menés par chacun des trois sous-groupes de travail : périmètre d'action retenu et analyse d'une action « focus » par thématique.

Si les sous-groupes ont travaillé selon une méthodologie commune, il convient de noter que le contenu des trois sous-parties diffère, pour plusieurs raisons. Les thématiques (tabac, alimentation et activité physique et vaccination) présentent des poids politiques et épidémiologiques très différents. Les graphiques<sup>54</sup> de la charge de morbidité pour la France, exprimée en DALYs (par 100 000 et en pourcentage) illustrent ce point. A titre d'exemple : 11% des DALYs concernent le tabac, environ 6% les risques nutritionnels, 1% pour la sédentarité et 0,1% pour le HPV.



Plus de 75 000 décès sont attribués chaque année à la consommation de tabac, qui fait ainsi l'objet d'engagements financiers conséquents et d'une politique soutenue depuis de nombreuses années. Les campagnes de marketing social et le programme « tabac » coûtent plusieurs millions d'euros<sup>55</sup> par an. De plus, malgré l'extension aux autres substances psychoactives du fonds de lutte contre le tabac, priorité a été maintenue pour poursuivre les efforts en matière de lutte contre le tabagisme<sup>56</sup>.

L'évaluation ex-post du plan « Priorité Prévention » permet cependant d'explicitier ces différences et de s'intéresser à des actions de natures très différentes, portées par une diversité d'acteurs. Ces éléments sont présentés ci-après.

Les recommandations présentées par chaque sous-groupe peuvent être stratégiques ou relatives à des processus.

<sup>54</sup> Données 2019 : <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

<sup>55</sup> Source DGS : 17 millions d'€ attribués à Santé Publique France en 2019 pour le programme TABAC

<sup>56</sup> <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/notre-fonctionnement/financement/fonds-de-lutte-contre-les-addictions/presentation-fonds-lutte-contre-addictions>

## Analyses portées par le sous-groupe Tabac

### Présentation du périmètre

Selon le raisonnement présenté au chapitre « Méthodologie » du présent rapport, les membres du sous-groupe de travail « Tabac » ont analysé les mesures du plan « Priorité Prévention » pour ne retenir que celles qui s'inscrivent uniquement dans le champ de la lutte contre le tabagisme ou présentant un volet « tabac » spécifiquement mentionné dans les libellés. Les actions relatives à la réduction des conduites addictives en lien avec des substances psychoactives n'ont donc pas été retenues dans ce travail d'évaluation.

Les actions suivantes constituent donc le périmètre d'analyse du sous-groupe « Tabac » :

Année	N°	Action
2018	4	Mieux repérer les addictions pendant la grossesse (tabac et autres substances addictives) et mieux prévenir les consommations à risque : mettre à disposition des auto-questionnaires sur le thème des pratiques à risque « consommation (alcool, tabac, cannabis) - facteurs de vulnérabilités » afin de mieux informer les femmes enceintes sur les risques liés à ces pratiques et de faciliter la communication avec les professionnels de santé dans tous les établissements de santé autorisés à l'activité de soin d'obstétrique (maternités et centres périnataux de proximité) et lors de l'entretien prénatal précoce
2018	5	Mieux repérer les addictions pendant la grossesse (tabac et autres substances addictives) et mieux prévenir les consommations à risque : inclure dans les 16 temps organisés pour le suivi de la femme enceinte, dont l'entretien prénatal précoce, des messages clefs à relayer par les professionnels de santé (en ville, en établissement de santé et dans les réseaux de périnatalité) sur les comportements et environnements favorables à la santé et les informations sur les pratiques à risque (tabac, alcool, cannabis)
2018	32	Étendre les missions des médecins des SSU, et leur permettre de réaliser certaines prescriptions remboursées par l'assurance maladie (contraception, dépistage et traitement court des IST, vaccination, substituts nicotiques).
2018	35	Soutenir les municipalités : Dans leur démarche de dénormalisation du tabac (création et la diffusion d'une boîte à outils, animation et déploiement du label "Terrasse sans tabac", développement et animation d'un label de type "Ma ville s'engage contre le tabac", etc.)
2018	40	Par une meilleure information et en limitant l'accessibilité des produits : mieux protéger les mineurs face aux addictions en permettant aux acteurs de la société civile de mettre en place des dispositifs d'observation et d'évaluation, visant à identifier le niveau de respect des dispositions d'interdiction de vente d'alcool, de tabac et de jeux d'argent aux mineurs.
2018	41	Par une meilleure information et en limitant l'accessibilité des produits : Porter progressivement le prix du paquet de cigarettes à 10 euros, agir sur la fiscalité des autres produits du tabac à destination des jeunes et inciter les autres Etats européens à augmenter leur fiscalité sur les produits du tabac.
2018	48	Renforcer l'intervention des consultations jeunes consommateurs sur le territoire, pour des actions de prévention collective « hors le murs » et pour accueillir les jeunes de 11 à 25 ans et leur famille, de manière anonyme et gratuite, lorsqu'ils sont en difficulté avec une consommation de substances (tabac, alcool, cannabis...) ou une pratique (écrans, jeux...) et orientés vers elles notamment par les établissements scolaires avec qui elles formaliseront des partenariats. Ce renforcement des interventions des consultations jeunes consommateurs sera soutenu financièrement par les recettes de l'amende forfaitaire pour usage simple de stupéfiant.
2018	60	Passer progressivement du forfait d'aide au sevrage de 150 € par an et par assuré à un remboursement normalisé (prise en charge de droit commun) des substituts nicotiques, pour tous les assurés, pour une meilleure accessibilité et une harmonisation des prix sur le territoire, réduisant les inégalités d'accès aux traitements
2018	61	Élargir l'offre de service en matière d'aide à l'arrêt du tabac en mobilisant sur cette mission les dispositifs spécifiques tels que Maison des adolescents (MDA), Consultations jeunes consommateurs (CJC), Centres de protection maternelle et infantile (PMI), centres d'examen de santé, Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS), à l'image des « stop smoking services », projet « Ici on vous aide à arrêter de fumer ». Une offre de service en la matière doit être assurée dans les lieux de privation de liberté

2018	62	Intensifier l'opération « Moi(s) sans tabac » : diversification, modernisation des supports de communication et des offres d'accompagnement au sevrage ; déploiement d'actions de proximité pour accompagner les fumeurs vers le sevrage tabagique
2018	77	Développer la dynamique des « lieux de santé sans tabac », pour proposer à l'ensemble des personnels des établissements de santé et des patients une offre systématique de sevrage et/ou d'accompagnement à l'arrêt.
2018	40	Rappeler au grand public l'interdiction de vente aux mineurs de tabac et d'alcool par des actions de communication

Ces actions ont été présentées en annexe de tous les guides d'entretien ayant permis la conduite d'auditions, notamment afin que les personnes interrogées puissent partager avec les membres du groupe de travail tout élément pouvant venir en soutien de ce travail d'évaluation.

#### Présentation de l'action « focus »

Les membres du sous-groupe de travail « Tabac » ont fait le choix de retenir comme action « focus » l'action n°60 du plan « Priorité Prévention » : « *Passer progressivement du forfait d'aide au sevrage de 150 € par an et par assuré à un remboursement normalisé (prise en charge de droit commun) des substituts nicotiniques, pour tous les assurés, pour une meilleure accessibilité et une harmonisation des prix sur le territoire, réduisant les inégalités d'accès aux traitements.* » L'action 60, effective depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, consiste en un passage d'un mode de remboursement des TNS d'un forfait annuel de 150 € par personne à un remboursement de droit commun qui s'élève à 65%. **Cette action a été retenue pour plusieurs raisons, présentées ci-après.**

D'une part, cette action est emblématique en ce qu'elle incarne la pertinence même de procéder à des évaluations coût / efficacité pour éclairer la décision publique. En effet, les travaux prospectifs menés par K. Chevreul et al.<sup>57,58,59</sup> ont permis de mettre en lumière l'impact a priori du remboursement des traitements de substitution nicotiniques. Les travaux ont notamment permis l'introduction de cette mesure dans le plan « Priorité Prévention » et confirment l'intérêt des démarches d'évaluation.

D'autre part, cette action, comme vu précédemment, peut être rattachée à un des indicateurs de suivi de l'axe n°1 de la Stratégie nationale de santé. Cette action, parce qu'elle est associée à une prise en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires, génère en routine des données de remboursement. En effet, le remboursement par l'Assurance maladie des TNS permet de suivre en temps réel le nombre et le type de traitements délivrés, le coût direct total associé à ces délivrances, et le nombre de bénéficiaires. L'Assurance maladie dispose également de données sur le statut et l'état de santé des consommateurs de TNS (présence d'une ALD, grossesse etc.). D'autres acteurs de l'écosystème tels que Santé Publique France collectent régulièrement des données sur les pratiques de la population : le baromètre santé de SPF<sup>60</sup> permet notamment de suivre le nombre de fumeurs quotidiens selon leur genre, année par année, tandis que l'OFDT présente des tableaux de bord mensuels. Douchet note que les ventes de TSN en pharmacie estimées en nombre de patients traités est de 4,3 millions en 2019, soit un tiers de plus qu'en 2018, année déjà en hausse d'un quart

<sup>57</sup> Karine Chevreul, Benjamin Cadier, Isabelle Durand-Zaleski, Elis Chan, Daniel Thomas, Évaluation coût-efficacité de la prise en charge à 100% du sevrage tabagique par l'assurance maladie

<sup>58</sup> Cadier B, Durand-Zaleski I, Thomas D, Chevreul K. Cost Effectiveness of Free Access to Smoking Cessation Treatment in France Considering the Economic Burden of Smoking-Related Diseases. PLoS One, 2016

<sup>59</sup> Chevreul K, Cadier B, Durand-Zaleski I, Chan E, Thomas D. Cost effectiveness of full coverage of the medical management of smoking cessation in France. Tob Control. 2014

<sup>60</sup> Question du Baromètre santé 2017 : Avec quel(s) moyen(s) avez-vous réussi à arrêter de fumer ? (7 propositions) puis « Quels sont les autres moyens que vous avez utilisés ? »



par rapport à 2017 avec 2,7 millions de « patients traités ». De même, le bilan 2019 de l'OFDT indique une « forte augmentation du nombre de personnes ayant pris un traitement pour l'arrêt du tabac : en 2019 (...) les ventes de traitements d'aide à l'arrêt du tabac réalisées en pharmacie ont connu une très forte augmentation. Le nombre estimé de « patients traités » atteint près de 4,3 millions d'individus soit un tiers de plus qu'en 2018, qui marquait également une hausse d'un quart comparé à 2017 (2,7 millions de « patients traités »). Désormais, le nombre estimé de personnes concernées par un traitement est deux à trois fois plus important qu'en 2014-2015, années marquées par un déclin des substituts nicotiques au profit de la cigarette électronique. »<sup>61</sup>. Cette progression est notamment illustrée par la hausse des prix du tabac d'une part et par le passage d'un système de prise en charge en droit commun des TNS. Toutes ces données permettent au groupe de travail de présenter une analyse de cette mesure au chapitre suivant.

Par ailleurs, cette action, parce qu'elle permet de mettre fin à un forfait dont le montant annuel (150€) par personne pouvait être facteur d'inégalités car induisait des avances de frais, contribue directement à la réduction des inégalités sociales et territoriales en santé. En effet, depuis la fin du forfait annuel, toutes les personnes qui souhaitent arrêter de fumer peuvent bénéficier d'un traitement pris en charge, sans plafond annuel, sur ordonnance. Cette mesure amoindrit donc l'effet de plafonnement induit par forfait pouvant limiter le nombre de tentatives dans l'année. Dans le cadre d'un remboursement relevant du droit commun, le coût marginal d'une tentative de sevrage est moindre dans la mesure où le reste à charge l'est aussi. Les populations concernées peuvent donc multiplier les tentatives de sevrage, et voient la probabilité de réussite s'accroître. Les membres du groupe de travail soulignent et tiennent à mettre en valeur des actions qui contribuent directement à soutenir un meilleur accès aux soins, et à la réduction des inégalités. Concernant l'accès aux soins, cette mesure s'accompagne de la possibilité, pour de nouveaux professionnels de santé, de prescrire ces traitements de substitution : sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmières, chirurgien-dentiste. De fait, les populations concernées sont plus exposées à un soutien dans leur démarche de sevrage.

Enfin, **cette action repose sur une efficacité<sup>62</sup> et une efficience<sup>63</sup> déjà démontrée par des travaux scientifiques.**

#### Analyse de l'action focus

##### *Éléments de contexte à considérer pour analyser l'action focus*

Le sous-groupe a identifié plusieurs travaux ayant un lien étroit avec cette saisine, en cours ou prévus. La Direction générale de la santé (DGS) a mandaté la Cnam afin que soit estimés les coûts de la morbidité attribuable au tabac, à partir des fractions attribuables aux différentes maladies liées au tabagisme. De même, une étude confiée à l'OFDT portant sur les coûts sociaux attribuables au tabac est en cours, ainsi qu'une mesure de l'impact sanitaire et financier de la politique française de lutte contre le tabagisme par l'OCDE.

L'évaluation en termes de résultats et de rapport coût / efficacité de cette action focus ne peut pas être décorrélée de son contexte. Ainsi, l'efficacité de la mesure n°60 en tant que telle est particulièrement difficile à isoler compte tenu de l'évolution concomitante des facteurs qui influencent les comportements tabagiques (normes sociales, politiques de prix du tabac, e-cigarette...) et de la

---

<sup>61</sup> Douchet M-A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2019. Paris: OFDT, 2020.

<sup>62</sup> Hartmann-Boyce et al (2018) (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub5/full>)

<sup>63</sup> Woolacott et al (2005), The cost-effectiveness of the English smoking treatment services: evidence from practice

multiplicité des actions de prévention complémentaires issues du PNLT (Plan national de lutte contre le tabagisme) et des plans national et régionaux de réduction du tabagisme (politique d'information en santé, Moi(s) sans Tabac, adoption du paquet neutre...) **ayant toutes pour objectif commun la baisse de la prévalence du tabagisme. Il est nécessaire d'analyser l'efficacité et l'efficience de la mesure 60 en la replaçant dans le cadre de la politique publique contre le tabac. Le remboursement en droit commun des TSN, s'il peut être considéré comme un levier facilitateur des tentatives d'arrêt, ne saurait expliquer à lui seul l'évolution de la prévalence du tabagisme depuis 2019.** Il serait nécessaire de pouvoir établir la contribution relative des différentes mesures conçues<sup>64</sup> pour être synergiques en s'inspirant du modèle SimSmoke de David Levy<sup>65,66</sup> et du cadre conceptuel de Fong et collègues<sup>67,68</sup> utilisé pour l'International Tobacco Control Policy Evaluation.

Par ailleurs, pour être évaluée avec précision, l'efficacité globale de l'action 60 devrait être décomposée en mesures d'impact spécifiques pour différentes catégories de population, selon le statut tabagique et le profil socio-économique, **pour lesquelles le passage du remboursement en droit commun n'est pas susceptible d'avoir le même impact.** En effet, les probabilités respectives de fumer, de vouloir se sevrer, de choisir les TNS comme soutien à la tentative de sevrage, ou de réussir sa tentative de sevrage sont autant de paramètres qui varient fortement selon l'ancienneté et l'intensité du tabagisme. De plus, d'un point de vue purement budgétaire, le gain que représente le passage d'un remboursement forfaitaire de 150€ à un remboursement à hauteur de 65% du coût réel diffère selon le niveau de revenu, avec une situation particulière pour les personnes pas ou mal couvertes par une complémentaire santé, pour qui le reste-à-charge existe dès le premier euro dépensé en TNS. Une approche de ce type supposerait le recours à des travaux de modélisations spécifiques. Les données sont suivies via des requêtes SNDS par la Cnam et pourront être ajoutées à une version mise à jour de ce rapport.

Enfin, d'une manière plus générale, un avertissement sur la portée du calcul d'efficience dans un contexte de santé publique doit être rappelé ici. L'efficience nécessite en effet une comparaison avec aucune action ou avec une autre action. Elle se mesure en années de vie en bonne santé et/ou en dépense / économie. A titre d'exemple, dans le cadre d'une mesure d'efficience du recours aux substituts nicotiques, il convient d'inscrire l'évaluation dans un cadre unitaire, à savoir un calcul coût / unité d'efficacité (= un fumeur sevré de plus ou une année de vie gagnée par exemple). En revanche, dans le cadre d'une mesure d'efficience de l'action focus 60, il convient également d'intégrer une notion supplémentaire d'impact qualitatif sur le nombre de fumeurs sevrés. L'analyse se rapproche

---

<sup>64</sup> A titre d'exemples : Moi(s) Sans Tabac, les conseils d'un médecin généraliste, le meilleur remboursement des substituts nicotiques, etc

<sup>65</sup> Levy DT, Friend K. Examining the effects of tobacco treatment policies on smoking rates and smoking related deaths using the SimSmoke computer simulation model. *Tob Control*. 2002 ;11(1):47-54.

<sup>66</sup> Levy DT. SimSmoke France : description d'un modèle de simulation des politiques de lutte contre le tabac. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2008 ;21-22:190-4.

<sup>67</sup> Fong GT, Cummings KM, Borland R, Hastings G, Hyland A, Giovino GA, et al. The conceptual framework of the International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project. *Tob Control*. 2006;15 Suppl 3:iii3-11.

<sup>68</sup> 1. Fong G, Ratte S, Craig L, Driezen P, Wilquin J-L, Beck F, Guignard R, Kennedy RD, Arwidson P. Évaluation des politiques de lutte contre le tabagisme en France : résultats de la première vague de l'enquête ITC France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2008;21-22

alors d'une analyse de type « impact budgétaire ». En synthèse, l'efficacité d'une action donnée ne peut être quantifiée qu'en s'appuyant sur une modélisation utilisant les tendances observées pour les données d'efficacité issues de travaux de recherche. Il devrait être possible, grâce à un suivi financier, de connaître les dépenses imputables aux actions du plan. De même, un recueil judicieux d'indicateurs devrait permettre le suivi des effets (court moyen terme) du plan. Cependant il n'est pas possible en toute rigueur d'imputer au plan les effets observés. Enfin, le rapport surcoût/surcroît d'effet ne donne qu'une vision incomplète de l'efficacité puisque certaines ressources, certaines actions (et certains coûts) auraient existé même en l'absence de plan « Priorité Prévention ».

### *Méthodologie d'analyse de l'action focus*

#### **Mesure de l'efficacité**

L'objectif final de la lutte contre le tabagisme étant la réduction de la morbi-mortalité attribuable au tabac, les mécanismes attendus de l'efficacité de l'action 60 sont les suivants : augmentation du recours aux TNS menant à une diminution globale de la prévalence du tabagisme et donc à une diminution de la morbi-mortalité attribuable au tabac.

La première étape du calcul de l'efficacité consiste donc à estimer **le surplus de personnes traitées par TNS** qui pourrait être imputable à la mise en œuvre de l'action 60. Compte tenu de la généralisation de la mesure à l'ensemble de la population à la même date, le recours à des données individuelles en vie réelle permet uniquement de comparer une période « avant » (0) et une période « après » (1) le passage au remboursement de droit commun (et non pas un « ici » et un « ailleurs » comme c'est usuel dans le cadre des expérimentations). Le calcul pourrait alors s'appuyer simplement sur une comparaison avant/après du nombre annuel de personnes ayant recours aux TNS en année N ( $T_N$ ), qu'il faut rapporter au « stock » de fumeurs en début de chaque année ( $F_N$ ). Ce dernier paramètre fait notamment intervenir un niveau moyen annuel de mortalité imputable au tabac ( $D_N$ ) et de sevrage « spontané », c'est-à-dire le nombre de fumeurs qui se sont sevrés sans recourir aux TNS ( $A_N$ ).

La deuxième étape du calcul est la plus complexe et la plus contingente à des hypothèses qui ne peuvent pas être vérifiées à ce jour. Elle consiste à déduire un nombre de fumeurs sevrés en année N « grâce » aux TNS ( $S_N$ ), c'est-à-dire *a minima* le nombre de fumeurs sevrés en année N ayant eu recours au moins une fois à un TNS au cours de l'année.

Ce nombre peut être déduit de deux manières très différentes : soit de façon uniquement théorique en mobilisant les données de la littérature, soit de manière plus empirique, en tentant de calibrer ces données de la littérature par des données d'observation sur le nombre de fumeurs sevrés « grâce » aux TNS depuis 2019. Ce calcul doit impérativement transiter par l'utilisation d'une probabilité de succès d'un TNS, c'est à dire de la probabilité qu'a un fumeur ayant recours à au moins un TNS dans l'année de réussir à se sevrer. Dans la littérature, les auteurs mobilisent soit des probabilités absolues<sup>69</sup> soit de façon plus fine, des probabilités relatives de succès du TNS : une revue de la littérature récente évalue le risque relatif (RR) de succès des TNS (par rapport à une probabilité de base de se sevrer autrement) entre 1,5 et 1,8 selon le type de produit considéré<sup>70</sup>. La valeur de cette probabilité absolue ou relative de sevrage peut être partiellement calibrée à partir des observations partielles faites en vie

<sup>69</sup> 7,04% dans Chevreul et al., 2013 d'après Eisenberg et al., 2008 et Lancaster et al., 2005

<sup>70</sup> Hartmann-Boyd et al., 2018, Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation

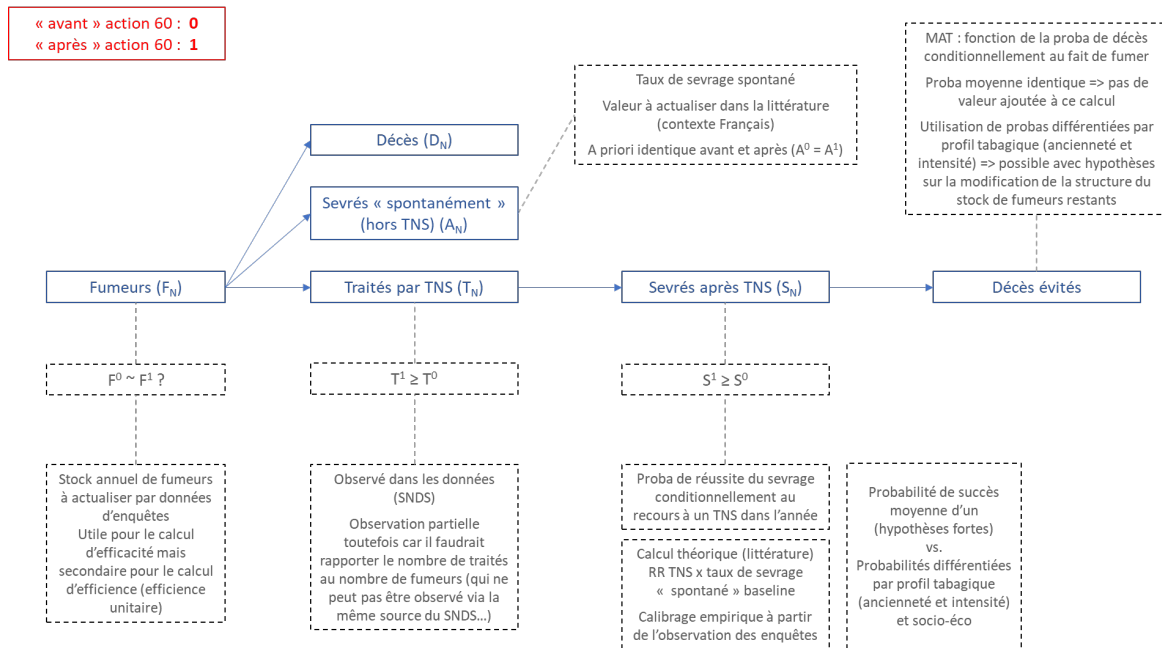
réelle sur le nombre de fumeurs en année N après 2019 qui pourraient être extraites des enquêtes appropriées (enquêtes OFDT ou Baromètre santé).

L'appréciation de l'efficacité de l'action 60 peut se limiter à cette mesure de résultat indirect de « nombre de fumeurs en moins » issue de la deuxième étape du calcul ou, de manière plus ambitieuse, être retranscrite en « nombre de décès évités ». Pour que cette troisième étape ait une réelle valeur ajoutée, il convient de formuler des hypothèses spécifiques sur les changements de mortalité attribuable au tabac induits par la modification du profil des fumeurs en période « après ».

Ces trois étapes impliquent des hypothèses ou des « raffinements » du calcul qu'il est donc nécessaire d'explicitier.

- Dans un souci de simplification du calcul, le taux de sevrage « spontané » (hors recours aux TNS) peut être considéré comme équivalent avant et après mise en œuvre de l'action 60 ( $A_N^0 = A_N^1$ ), sous réserve qu'il n'y ait pas eu d'autre changement structurel fort concomitant (en 2019 et 2020) dans la politique de lutte anti-tabac.
- En basant le calcul du nombre de personnes sevrées grâce aux TNS chaque année sur l'utilisation d'une probabilité de succès annuelle moyenne des TNS qui serait identique avant et après la mise en place de l'action 60, on fait implicitement l'hypothèse que, globalement, ce nouveau mode de remboursement ne modifie ni le type de produits disponibles sur le marché (et donc leur efficacité), ni le type de fumeurs ayant recours aux TNS, ni le nombre de tentatives effectuées par personne au cours de l'année. Cela semble fondamentalement irréaliste, puisque précisément le changement du mode de remboursement a pour objectif de favoriser le recours aux TNS de certaines populations : gros et/ou anciens fumeurs, populations moins favorisées socialement, etc. *A minima*, des hypothèses de sensibilité pourraient être utilisées pour pondérer différemment ces probabilités de succès selon le profil d'ancienneté et d'intensité du tabagisme des fumeurs ayant recours aux TNS.
- Si l'on considère que la mortalité attribuable au tabac (MAT) est simplement le produit entre un nombre de fumeurs et une probabilité de décès conditionnellement au fait de fumer, le calcul peut alors se simplifier sous l'hypothèse que cette probabilité est identique avant et après la mise en œuvre de l'action 60 et pour toutes les catégories de fumeurs. La troisième étape de calcul, consistant à retranscrire les bénéfices de l'action en années de vie sauvées, devient purement redondante avec la deuxième étape. Pour que cette étape supplémentaire soit réellement utile, il conviendrait de différencier les probabilités de décès conditionnelles selon le profil d'ancienneté et d'intensité tabagique, afin de tenir compte de la modification structurelle du stock de fumeurs restants, c'est-à-dire des personnes demeurant fumeuses une fois déduit le surplus de personnes sevrées grâce aux TNS.

Le principe général et les étapes du calcul sont formalisés dans le schéma suivant.



En réutilisant les formulations présentées ci-dessous, la mesure la plus simple de l'efficacité différentielle est donc au final  $\Delta E = (S^1 + A^1) - (S^0 + A^0)$ . Elle se simplifie en  $\Delta E = S^1 - S^0$  **sous l'hypothèse de conservation du taux de sevrage spontané avant et après mise en place de l'action n° 60.**

### Mesure des coûts

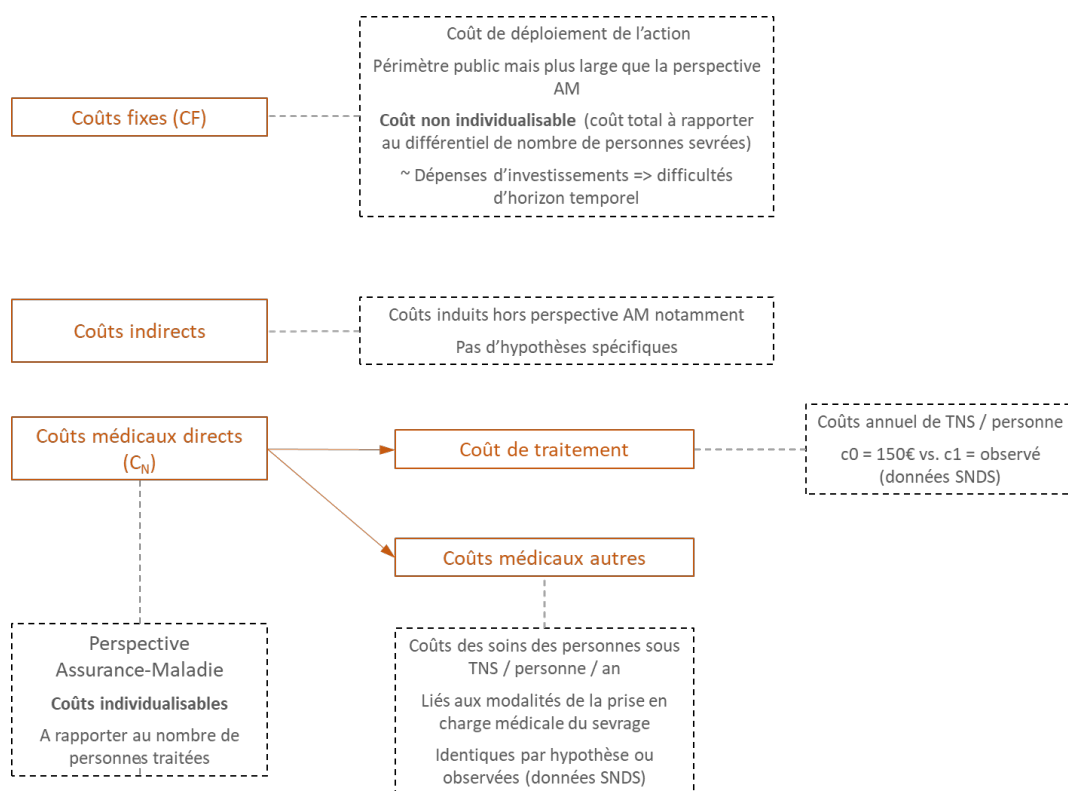
Dans la mesure des coûts associés à la mise en œuvre d'une action ou d'un programme en santé, il est usuel de distinguer les coûts individualisables et non individualisables d'une part, et de différencier les coûts médicaux directs des autres types de coûts induits d'autre part.

Les coûts non individualisables correspondent schématiquement à l'ensemble des ressources financières utilisées pour assurer le bon déploiement de l'action en santé : coûts de gestion, coûts de promotion de l'action, soutien financier à la conduite du changement, coûts de fonctionnement additionnels, etc. Dans le cas du plan « Priorité Prévention », l'ampleur, la nature et la perspective temporelle associées à ces coûts fixes varie très largement selon le type d'action considéré. En effet, la mise en œuvre de certaines actions prévues par le plan « Priorité Prévention » nécessite certainement des enveloppes budgétaires conséquentes. À l'inverse, une action comme l'action focus n°60 sur le remboursement des TNS constitue plutôt une disposition légale et technique, dont les coûts de mise en œuvre sont a priori limités et virtuellement impossibles à isoler dans l'ensemble des coûts de gestion et de production de l'Assurance Maladie.

Les coûts médicaux directs constituent l'élément fondamental du calcul médico-économique. Dans le cas de l'action n°60, et en adoptant le point de vue du payeur, ces coûts incluent **les dépenses remboursées au titre de la délivrance des TNS** proprement dits et **les coûts des soins médicaux induits par ailleurs chez les bénéficiaires cherchant à se sevrer**. Le surcoût par an et par personne en sevrage induit par le changement de remboursement des TNS peut être estimé directement à partir de l'observation des données du SNDS : outre l'effet mécanique dû au changement du niveau de remboursement en tant que tel, **ce surcoût recouvre des effets de fréquence de tentatives** (nombre de TNS par an et par personne) et potentiellement **des effets de prix**, avec **un recours éventuellement plus fréquent aux produits du marché les plus chers**. Le second type de dépenses supportées par

l'Assurance Maladie pourrait être négligé, sous l'hypothèse que le changement du mode de remboursement des TNS n'aurait pas d'impact annexe sur les dépenses de soins. Pourtant, il est possible que le recours plus fréquent aux TNS s'accompagne de tentatives de sevrages plus fréquentes et plus encadrées, induisant un surcroît de recours aux consultations de suivi associées par les médecins généralistes ou les tabacologues. Ces données de remboursement individuel peuvent aussi faire l'objet d'une comparaison avant/après à partir d'extractions *ad hoc* du SNDS, disponibles en avril 2022.

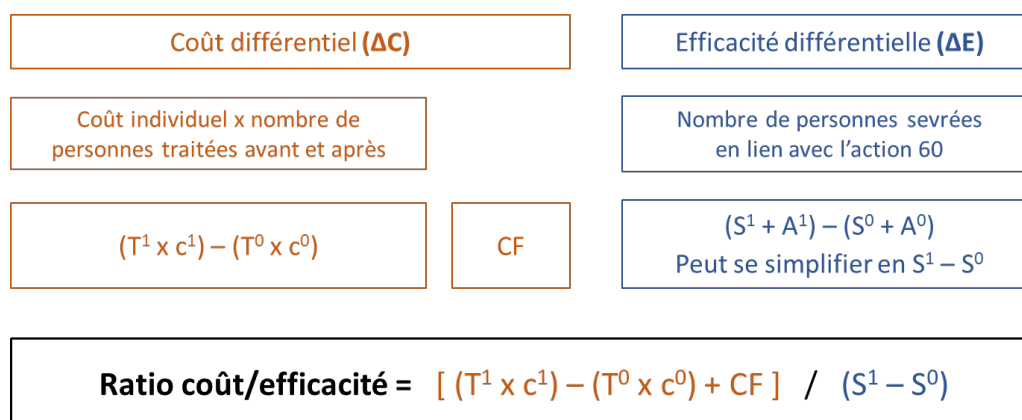
Dans une évaluation médico-économique complète, il est possible, en outre, de considérer un périmètre **de coûts dits « indirects »** qui traduisent les coûts liés aux pertes de « temps » induites par les maladies et leurs traitements et qui sont supportés par le payeur ou bien par la société dans son ensemble. A ce titre, des règles méthodologiques peuvent être établies pour valoriser notamment les pertes de productivité associées à la dégradation de l'état de santé et leurs compensations éventuelles (indemnités journalières). Dans le cas d'application présent, toutefois, a fortiori dans un cadre purement comparatif entre deux modes de remboursement des TNS, la pertinence d'une telle approche ne semble pas évidente.



Au total, le différentiel de coûts peut s'obtenir à partir **du coût médical direct total annuel**, c'est-à-dire du produit **entre le nombre de personnes ayant recours à un TNS dans l'année (T<sub>N</sub>) et le coût médical direct supporté par l'Assurance maladie pour ces personnes (C<sub>N</sub>)**, en prenant la différence de coût total après et avant la mise en œuvre de l'action n°60 et y ajoutant les coûts fixes associés :  $\Delta C = (T^1 \times C^1) - (T^0 \times C^0) + CF$ .

### Mesure synthétique d'efficience

En reprenant les notations des deux grandes étapes de mesure de l'efficacité et des coûts induits, le calcul d'un ratio final coût/efficacité simplifié pourrait s'écrire de la manière suivante.



Comme cela a déjà été souligné, ce calcul global, valable en moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires de l'Assurance maladie, devrait, dans l'idéal, **être décliné pour différentes sous-populations à risque, différenciées selon leur profil tabagique et socio-économique**, pour lesquelles le rapport coût/efficacité théorique de l'action n°60 peut largement varier. Toutefois, ce raffinement du calcul ne peut pas être conduit uniquement sur les données du SNDS en l'absence d'informations de contexte sur **l'ancienneté de la consommation de tabagisme** et d'informations détaillées sur le profil socio-économique. Le calcul à partir du SNDS devrait donc faire l'objet de plusieurs scénarios alternatifs étayés par des sources de données externes (enquêtes).

Enfin et surtout, si l'analyse d'efficacité devait être menée jusqu'à son terme, en mesurant les résultats à l'aune des décès évités ou des années de vie gagnées ajustées par la qualité de vie, ces **coûts de prévention devraient fondamentalement être envisagés selon un horizon temporel plus large et mis en perspective avec les coûts de prise en charge des cancers associés au tabac qui auront été évités grâce aux sevrages plus nombreux et/ou plus précoces induits par cette action.**

Recommandations du sous-groupe « tabac »

*Recommandations relatives à l'action focus*

*Recommandation n°A – Affiner les critères permettant de mesurer l'exposition de la population à l'action n°60 et les appliquer aux autres mesures de la thématique « Tabac »*

L'action n°60 fait déjà l'objet d'un suivi détaillé, notamment grâce aux requêtes issues du SNDS. Il est recommandé que puisse être suivi le nombre d'assurés bénéficiant de remboursement de TNS avec une distribution selon le niveau de désavantage social par territoire (indicateurs écologiques) et que les principaux coûts induits par cette mesure soient suivis (consultations d'aide à l'arrêt au tabac en milieu universitaire, en PMI). De même, il est recommandé de mener une enquête ad hoc en population générale permettant de connaître les raisons et les motivations ayant incité les consommateurs de TNS à recourir à ces traitements.

De manière générale, il est recommandé que toutes les actions retenues par le groupe de travail puissent faire l'objet à terme d'un suivi sur le modèle de celui de l'action n°60, à savoir :

- Le taux de couverture / recours selon l'âge, le sexe, et selon des indicateurs sociaux et territoriaux (type FDEP à l'IRIS)
- Le nombre d'assurés bénéficiant réellement des mesures avec une distribution par tranches d'âges, par sexe, et selon le niveau de désavantage social territoire et de pouvoir identifier les bénéficiaires de la CMU – ACS.

*Recommandation n°B – Identifier les leviers permettant de réduire encore davantage les inégalités sociales et territoriales en santé, notamment concernant le recours aux substituts nicotiques*

L'un des leviers identifiés consisterait notamment à mobiliser les travailleurs sociaux, notamment dans l'optique de continuer à développer les approches dites d'universalisme proportionné, déployées au plus près des populations concernées. Une priorité doit être consacrée aux modalités permettant d'aider mieux et plus les plus défavorisées à arrêter de fumer.

Un autre levier pourrait consister à généraliser le tiers payant concernant les traitements de substituts nicotiques pour limiter les avances de frais liés à la partie prise en charge par les assurances maladies complémentaires. Il est également proposé d'instruire un remboursement à 100%, par l'assurance maladie obligatoire, de ces traitements : il s'agit d'une position minoritaire au sein du groupe de travail.

Enfin, il est recommandé de mieux décrire et partager les actions mises en œuvre pour réduire les inégalités sociales et territoriales en santé : les dispositifs mis en place restent peu connus car peu valorisés d'un territoire à l'autre. Un travail d'évaluation des effets des mesures, et notamment des potentiels effets pervers des mesures doit être mené pour s'assurer que certaines ne creusent pas les inégalités.

*Autres recommandations du sous-groupe « Tabac »*

*Recommandation n°C – Favoriser, dans les politiques publiques, une approche globale de la lutte contre les addictions*

En cohérence avec la création du fonds de lutte contre les addictions et avec le plan national de mobilisation contre les addictions, mais également avec l'offre de prise en charge telle qu'elle est structurée, il est recommandé de favoriser, tant que possible, les approches globales concernant la lutte contre les addictions. A titre d'exemple, dans le cadre de ce travail d'évaluation ex-post, de nombreuses actions « addictions » ont dû être écartées dans la mesure où elles ne concernaient pas spécifiquement le tabac. Si la lutte contre le tabac doit rester une priorité, il convient, tant que possible, de mener des travaux permettant d'interroger toute la politique de lutte contre les addictions pour ne pas se limiter à une approche et des analyses uniquement par produit.

Il est donc recommandé de poursuivre et renforcer la conduite de dispositifs globaux tels que les mesures issues de la politique « Ecole Promotrice de santé » mais également d'interventions pouvant avoir des effets sur toutes les addictions, comme par exemple les programmes de développement des compétences psychosociales.

En tant que de besoin, un volet spécifique tabac (ou autre produit) pourrait être conservé dès lors qu'il s'inscrit dans le cadre d'une stratégie mutualisée. Les politiques nationales, notamment d'un point de vue réglementaire, restent essentielles.

*Recommandation n°D – Améliorer la lisibilité de la gouvernance mise en place en matière d'animation des politiques de lutte contre le tabagisme / addictions à l'échelle régionale*

Les auditions menées illustrent le besoin de revoir la gouvernance actuellement en place à l'échelle régionale et de conduire un travail de mise en cohérence de l'ensemble.

D'une part, et comme indiqué en recommandation 3 de ce rapport, il convient de mieux suivre les dépenses de prévention à l'échelle régionale. A titre d'exemple, une ARS auditionnée dans le cadre du



travail d'évaluation ex-post rapportent que les appels à projets portés par différentes institutions (Fonds Addictions, MILDECA, etc) se multiplient et n'associent pas les mêmes acteurs en matière d'instruction des demandes de financement. De fait, l'ARS ne dispose pas toujours d'une vision précise de toutes les actions financées sur son territoire en matière de lutte contre le tabagisme. Cela constitue un vrai frein dans l'identification des priorités à traiter et des actions à mener. Les flux financiers mobilisés pour financer les différentes interventions sont aussi de sources différentes.

Il apparaît nécessaire de mieux identifier l'instance en charge de la coordination des actions financées sur la thématique du tabac. Cette instance pourrait également être chargée de capitaliser et faire connaître les dispositifs de lutte contre les inégalités sociales et territoriales en santé mis en œuvre. De même, cette instance pourrait permettre de réunir différents acteurs selon la thématique et les besoins : par exemple, les acteurs s'inscrivant dans le champ de la lutte contre la pauvreté.

A date, la gouvernance en place semble hétérogène d'une région à l'autre et ne semble pas permettre de disposer d'une vision exhaustive des actions financées et menées. La question des rôles et responsabilités de chacun pourrait également être ré-interrogée (financeurs, instructeurs, porteurs de projet, etc).

Enfin, il est recommandé d'outiller davantage le partage de pratiques : tableaux de bord communs et partagés, recensement des expériences et initiatives régionales, etc.

Il convient de noter que cette recommandation doit s'inscrire en lien avec la recommandation n°4 de ce rapport et ne doit pas contribuer à créer de nouvelles instances, mais plutôt à réunir des instances existantes pour les faire échanger sur les problématiques tabac / addictions.

*Recommandation n°E- Ne déployer à l'échelle nationale ou régionale que des actions d'efficacité prouvée (données probantes) en veillant à la cohérence et la complémentarité des actions*

En lien avec la recommandation n°2 de ce rapport, il convient de mieux organiser la capitalisation sur les actions probantes déployées et de systématiser l'analyse de leur transférabilité avant toute décision de passage à l'échelle.

Il est recommandé, dès lors que le modèle économique est défini et viable, d'instruire la possibilité de généraliser les programmes ayant démontré leur efficacité, après analyse des conditions de transférabilité sur un nouveau territoire.

*Recommandation F relative à l'action n°77 : « Développer la dynamique des « lieux de santé sans tabac », pour proposer à l'ensemble des personnels des établissements de santé et des patients une offre systématique de sevrage et/ou d'accompagnement à l'arrêt. »*

Le HCSP recommande que cette mesure, qui porte spécifiquement sur le tabac et qui est déjà déployée auprès de nombreux établissements de santé MCO, permette également de mettre à disposition des établissements engagés dans la démarche un outil d'évaluation de l'impact de l'action. En effet, à date, il n'est pas possible de mesurer combien de personnes (patients et professionnels des établissements sanitaires) ont été exposées aux actions mises en place dans le cadre de Lieu(x) de santé sans tabac.

Le système de labellisation des établissements engagés dans cette démarche devrait comprendre un critère relatif au suivi de l'impact de cette mesure. Les indicateurs suivants pourraient être ajoutés à ce référentiel d'évaluation qu'il conviendrait d'ajouter à la boîte à outils mise à disposition des établissements par le RESPAAD :

- Nombre et typologie d'actions engagées par l'établissement.
- Nombre de patients ayant été exposés aux actions.
- Nombre de professionnels de l'établissement ayant été exposés aux actions.

- Nombre de patients et de professionnels ayant engagé une démarche de sevrage.

## Analyses portées par le sous-groupe Vaccination

### Présentation du périmètre

Selon la méthodologie appliquée pour analyser les mesures du plan « Priorité Prévention », définie au second chapitre de ce rapport, les membres du sous-groupe de travail « Vaccination » ont analysé les mesures du plan « Priorité Prévention » pour ne retenir que celles qui s'inscrivent uniquement dans le champ de la vaccination.

Les actions suivantes constituent donc le périmètre d'analyse du sous-groupe « Vaccination » : des recommandations relatives à ces actions sont présentées à la section suivante.

Année	N°	Action
2018	28	Outremer : Des priorités nationales complémentaires : Développer la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) dans les DOM où la prévalence du HPV est élevée et le risque de cancer du col et de mortalité trois fois plus élevé que dans l'hexagone.
2018	112	Faciliter l'accès à la vaccination : Après l'extension de l'obligation vaccinale des jeunes enfants, il s'agit de simplifier le parcours vaccinal pour les usagers en garantissant une offre de vaccination, de proximité, accessible : étendre les compétences vaccinales des pharmaciens, infirmiers et sages-femmes, y compris en allant vers la généralisation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens d'officine, expérimenter la mise à disposition de stocks de vaccins dans les cabinets de ville et fournir gratuitement aux citoyens un carnet de vaccination électronique.
2018	114	Faciliter l'accès à la vaccination : Soumettre à la Haute Autorité de santé le projet de recommandation de la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) aux jeunes garçons.
2018	148	Diffuser un guide national visant à promouvoir la vaccination antigrippale en EHPAD afin d'accroître la vaccination antigrippale chez les personnels.

Comme la majorité des actions du PNSP, celles liées à la vaccination révèlent de plusieurs facteurs de complexité qui se cumulent :

- Géographique : selon le territoire observé ;
- Organisationnelle : Tant au niveau des structures institutionnelles qu'au niveau des intervenants (effecteurs de la vaccination) et des catégories d'âges des cibles : enfants, adolescents et personnes âgées, soignants. De plus, il convient de rappeler que la responsabilité de la politique vaccinale a été transférée en 2016 du HCSP à la HAS.
- Interaction inter-individus : le concept d'immunité collective et d'externalité (le comportement d'un individu impacte sur les risques d'autrui) ;
- Communication : Avec comme exemple la situation liée au Covid-19 et à la vaccination, il est possible de considérer que la révolution numérique a modifié l'exposition des personnes aux différents messages et informations, notamment dans le sens d'une multiplicité de messages disponibles, s'accompagnant ainsi d'un risque accru d'informations contradictoires, aboutissant elles-mêmes à une facilitation de la polarisation des positions<sup>71</sup>. Le concept

<sup>71</sup> Bail CA, Argyle LP, Brown TW, Bumpus JP, Chen H, Hunzaker MF, et al. Exposure to opposing views on social media can increase political polarization. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2018;115(37):9216-21

d'assimilation biaisée renvoie à la tendance des individus à sélectivement retenir les informations qui confirment leurs croyances antérieures. Ainsi les personnes ayant des positions a priori opposées, le deviennent plus et non moins, lorsqu'elles sont exposées à des arguments mêmes « neutres »<sup>72</sup>. De nombreux biais impactent l'appropriation finale des messages<sup>73</sup> : cognitifs, culturels, sociaux et idéologiques. Il convient de souligner l'importance de la confiance (ou la méfiance) dans l'émetteur du message<sup>74 75</sup> et la forme du message<sup>76</sup>. Dans le cas particulier de la vaccination de nombreuses études ont été réalisées et mettent en avant cette complexité en particulier en lien avec le profil culturel des personnes<sup>77</sup>.

### Présentation de l'action « focus »

Les travaux d'évaluation ex-post ont permis de retenir l'action n°28 comme action focus. Il s'agit de l'action suivante : « *Outremer : Des priorités nationales complémentaires : Développer la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) dans les DOM où la prévalence du HPV est élevée et le risque de cancer du col et de mortalité trois fois plus élevé que dans l'hexagone.* »

Ce choix peut se justifier par plusieurs arguments :

D'une part, la vaccination HPV a une efficacité certaine dont la quantification se précise actuellement sur des indicateurs directs observés (et non plus des « proxy » ou des modèles) facilitant ainsi la mesure de la dimension efficacité dans l'analyse coût/efficacité.

D'autre part, cette vaccination s'intéresse à une population d'intérêt « Adolescent Jeunes Adultes » sur un territoire géographique ayant des indicateurs sanitaires et sociaux justifiant un focus particulier. À nouveau, les membres du HCSP souhaitent souligner l'importance des mesures permettant d'adapter une stratégie (ici, de vaccination) selon des besoins et contextes particuliers, notamment dans une logique de réduction des inégalités sociales et territoriales en santé.

### Analyse de l'action focus

#### Éléments de contexte à considérer pour analyser l'action focus

Il convient de rappeler que le rapport coût / efficacité de la vaccination HPV est déjà largement documenté<sup>78</sup> : il est notamment estimé avec précision selon divers scénarios de couverture vaccinale et d'inégalités sociales dans le contexte français dans des travaux de simulations récents portés par l'Institut National du Cancer<sup>79</sup>. Ainsi, l'évaluation ex-post du Plan « Priorité Prévention » devrait plutôt poser la question de la réduction d'inégalités sociales et / ou territoriale que celle d'un bénéfice / ressources consommés sur cette action focus.

---

<sup>72</sup> Lord CG, Ross L, Lepper MR. Biased assimilation and attitude polarization: The effects of prior theories on subsequently considered evidence. *Journal of personality and social psychology.* 1979;37(11):2098.

<sup>73</sup> Slovic P. Risk perception and risk analysis in a hyperpartisan and virtuously violent world. *Risk analysis.* 2020;40(S1):2231-9.

<sup>74</sup> Daly M, Jones A, Robinson E. Public Trust and Willingness to Vaccinate Against COVID-19 in the US From October 14, 2020, to March 29, 2021. *JAMA.* 2021;325(23):2397-9.

<sup>75</sup> Siegrist M, Cvetkovich G. Perception of hazards: the role of social trust and knowledge. *Risk Anal.* 2000;20(5):713-9.

<sup>76</sup> Visschers VH, Meertens RM, Passchier WW, de Vries NN. Probability information in risk communication: a review of the research literature. *Risk Anal.* 2009;29(2):267-87.

<sup>77</sup> Kahan DM, Braman D, Cohen GL, Gastil J, Slovic P. Who fears the HPV vaccine, who doesn't, and why? An experimental study of the mechanisms of cultural cognition. *Law and human behavior.* 2010;34(6):501-16

<sup>78</sup> [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/recommandation_vaccinale_elargissement_de_la_vaccination_contre_les_papillomavirus_aux_garcons.pdf)

[12/recommandation\\_vaccinale\\_elargissement\\_de\\_la\\_vaccination\\_contre\\_les\\_papillomavirus\\_aux\\_garcons.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/recommandation_vaccinale_elargissement_de_la_vaccination_contre_les_papillomavirus_aux_garcons.pdf)

<sup>79</sup> Barré et al, 2017 ; Rousseau et al ; 2019

A ce titre, la valeur ajoutée d'une évaluation ad hoc serait ici de mesurer les effets spécifiques du déploiement de l'action 28 sur le niveau de couverture vaccinale dans les DOM, afin de calibrer les scénarios d'efficacité proposés dans Rousseau et al. (2019) sur la base d'observations en vie réelle, en particulier dans les niveaux relatifs de vaccination selon le niveau de précarité sociale et financière des populations cibles. De façon complémentaire, les informations recueillies par le sous-groupe « vaccination » au cours des auditions menées devraient théoriquement permettre de mieux évaluer les budgets associés aux actions de promotion de la vaccination HPV mises en place dans le cadre de l'action 28 et, en conséquence, d'en évaluer le coût marginal, c'est-à-dire le surcoût nécessaire pour amener une personne supplémentaire à se faire vacciner. **Cette réflexion doit impérativement être menée en distinguant le contexte spécifique des DOM du contexte métropolitain.** On pourrait même envisager des études spécifiques visant à analyser le « télescopage » avec la vaccination anti Covid-19.

L'analyse de l'action focus entend donc présenter les éléments de l'équation coût / efficacité / efficacité déjà connus et éclairer ceux qui le sont moins : stratégies permettant d'inciter à la vaccination relevant des champs de la recherche, des campagnes de dépistage, etc. En particulier, le contexte social et historique est aussi à considérer dans la mesure où il peut impacter directement le degré d'adhésion à la vaccination HPV de la population d'une part et l'efficacité concrète de la couverture vaccinale d'autre part, en particulier dans les DOM.

#### *Méthodologie d'analyse de l'action focus*

#### **Mesure de l'efficacité**

L'objectif ultime de la vaccination contre les HPV est la réduction de la morbi-mortalité attribuable aux virus HPV, en premier lieu par cancer du col de l'utérus, mais aussi le cancer du canal anal et les cancers ORL. L'action 28 a donc pour but d'augmenter la couverture vaccinale des adolescents de 11 à 14 ans dans les DOM pour les deux sexes (avec rattrapage vaccinal jusqu'à 19 ans, voire 26 ans pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) afin de produire, à long terme, une diminution de l'incidence du cancer du col de l'utérus et de la mortalité associée. En corollaire, l'augmentation du niveau global (moyen) de couverture vaccinale doit s'accompagner d'une réduction des inégalités sociales dans ce niveau de couverture.

Sur un principe analogue à ce qui est fait pour l'action focus relative au tabac (action n°60), l'objectif premier de l'évaluation d'efficacité est d'estimer avec précision le surplus d'adolescents vaccinés imputable au déploiement des dispositifs adoptés (expérimentation de la vaccination en milieu scolaire, stratégies visant à décorréliser la vaccination d'une éventuelle incitation à un premier rapport sexuel précoce, etc) dans cette action n°28. **La date pivot (= début du plan « Priorité Prévention »)** permettant de différencier avec précision les phases « avant » et « après » l'action 28 doit être documentée en fonction de la montée en charge des différents dispositifs concrètement mobilisés. L'observation à partir des données en vie réelle du niveau de couverture vaccinale autour de cette date pivot peut permettre de produire une estimation « macro » du nombre de personnes vaccinées « grâce » à l'entrée en vigueur de cette action n°28. Pour cela, il convient notamment de corriger l'évolution constatée entre « avant » et « après » de la tendance contrefactuelle qui aurait pu être observée en l'absence d'action n°28 ; cette tendance contrefactuelle pouvant être déduite approximativement des taux d'évolution annuels de la vaccination HPV constatés antérieurement, **c'est-à-dire au cours des dernières années ayant précédé l'action n°28.**

Dans la mesure du possible, cette estimation du surplus d'adolescents vaccinés contre les HPV doit être déclinée selon trois types de critères : selon le sexe, en différenciant le schéma complet de couverture vaccinale (11-14 ans) et le rattrapage vaccinal (15-19 ans), et, enfin, en produisant des estimations séparées selon le niveau socio-économique des populations (en utilisant par exemple un

critère administratif comme le bénéfice de la Complémentaire Santé Solidaire, selon l'exemple de Rousseau et al., 2019).

La transposition de ces observations chiffrées en indicateurs de résultats finaux – nombre de cas ou de décès par cancer du col de l'utérus, années de vie gagnées ajustées par la qualité de vie (QALYs) – doit ensuite être effectuée selon différents scénarios, en s'appuyant sur les données récentes de la littérature : niveau de protection effectif offert par la vaccination HPV, taux de létalité du cancer de l'utérus (selon le stade de dépistage), dépréciation de la qualité de vie induite par un cancer du col de l'utérus, etc.

Dans leur étude de référence, Rousseau et al. (2019) mobilisent des résultats de la littérature pour étayer ces probabilités de transition, en retenant une valeur unique ou bien en adoptant plusieurs scénarios complémentaires pour certains paramètres clés de leur calcul. Le niveau de protection offert par la vaccination HPV est fondé sur une hypothèse d'efficacité de 97% pour les géotypes responsables de 88,3% des cancers du col de l'utérus, ce qui correspond à un risque relatif d'infection de 0,143 chez les femmes vaccinées par rapport aux non vaccinées. Par ailleurs, ils envisagent une durée de protection valable 20 ans ou bien valable en « vie entière ». Enfin, ils intègrent les pratiques de dépistage telles que prévues par les recommandations de la HAS sur le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

*In fine*, leurs calculs sont appliqués à différents niveaux de couverture vaccinale qui, conformément au principe même de leur travail de modélisation, sont échelonnés de façon purement théorique : d'un niveau de base de couverture vaccinale tel qu'il était constaté en France au début de leurs travaux (21,4%), en montant respectivement à 50%, 70% ou 85% de couverture vaccinale. De façon complémentaire, les auteurs envisagent une amélioration de la couverture vaccinale globale qui se conjuguerait à une réduction complète des inégalités sociales de recours à cette vaccination. En effet, ils estiment, à partir d'un calcul ad hoc, que la probabilité relative de vaccination HPV chez les jeunes filles couvertes par la CMU-C – comparativement aux jeunes filles qui ne sont pas à la CMU-C – était initialement de 0,704. Ils déclinent alors leurs résultats selon deux scénarios : celui d'une conservation de cet écart de recours à la vaccination HPV entre populations CMU-C et non CMU-C ou bien celui d'une réduction complète de cet écart, permettant de ramener cette probabilité relative à 1.

Les valeurs des paramètres compilés et utilisés par Rousseau et al. (2019) pourraient être réutilisés à l'identique pour extrapoler le bénéfice de l'action 28 en nombre de cas et de décès évités par cancer du col de l'utérus, la valeur ajoutée fondamentale consistant ici à observer à partir de données réelles le niveau effectif de couverture vaccinale des jeunes filles dans les territoires d'outremer, et d'obtenir également des estimations actualisées du différentiel de couverture vaccinale selon que les jeunes filles bénéficient ou non de la CSS (nouvelle forme de la CMU-C).

Des hypothèses supplémentaires devraient aussi être posées pour intégrer au calcul le nombre d'infections et de cancers évités grâce à la vaccination HPV chez les jeunes garçons, aspect qui n'est pas couvert par l'étude de Rousseau et al. (2019).

Enfin, il est rappelé que la mesure ne peut pas être complètement décorrélée d'autres facteurs ayant un impact direct sur l'efficacité de la mesure : âge de la première relation sexuelle, nombre de partenaires, consommation de tabac, etc. Ces facteurs modulent l'efficacité de la mesure.

### **Mesure des coûts**

Il est possible de s'appuyer à nouveau ici sur l'étude de Rousseau et al. (2019) qui propose un travail de recensement et d'estimation complet et actualisé des coûts – individualisables et non individualisables, médicaux et non médicaux – associés à la montée en charge de la vaccination HPV.

Les coûts relatifs à la vaccination proprement dite intègrent à la fois les coûts d'acquisition des doses de vaccin (au prix de marché) et les coûts d'administration (au tarif de convention, sous l'hypothèse de deux consultations). Les dépenses de soins induites/économisées à plus long terme par cette politique de prévention sont estimées à partir de travaux annexes sur les dépenses de soins relatives au dépistage et au traitement du cancer du col de l'utérus en fonction du stade de gravité de détection. Par ailleurs, les auteurs tentent d'intégrer dans leur calcul les dépenses nécessaires à l'amélioration de la couverture vaccinale HPV à travers les coûts d'une hypothétique campagne de communication à grande échelle permettant de sensibiliser la population. En procédant par analogie avec le coût de la campagne annuelle de sensibilisation au vaccin contre la grippe, et en considérant que dans le cas de HPV cette campagne devrait être répétée pendant 4 ans (c'est-à-dire l'amplitude de la classe d'âge 11-14 ans), ils obtiennent une estimation finale de 1,8 millions d'euros de coûts « fixes » qui sont intégrés au calcul.

Une évaluation médico-économique spécifique de l'action n°28 du Plan « Priorité Prévention » devrait donc reprendre les principes de ce calcul, la plupart des valeurs utilisées ou calculées, en utilisant les données budgétaires des dispositifs de l'action n°28 pour affiner l'estimation des coûts organisationnels associés, et notamment pour estimer le coût marginal d'une personne vaccinée contre HPV supplémentaire dans les DOM.

### **Mesure synthétique d'efficience**

Les valeurs du ratio différentiel coût-efficacité produites par Rousseau et al. (2019) s'échelonnent entre 9 000 E et 14 000 Euros par QALY selon les scénarios retenus, ce qui positionne la stratégie testée – c'est-à-dire la généralisation de la couverture vaccinale HPV chez les jeunes femmes comme prévention du cancer du col de l'utérus – **comme une intervention de santé très efficiente au regard de la plupart des standards internationaux.**

L'adaptation de ces travaux au contexte particulier du Plan « Priorité Prévention » et du déploiement de l'action n°28 permettrait d'étalonner ces valeurs théoriques en vie réelle, sur des territoires d'intérêt particuliers (les DOM) et en mesurant explicitement l'impact de l'éventuelle réduction des inégalités sociales de couverture vaccinale qui en résultera.

Dans la mesure où les modélisations relatives à l'efficacité de la vaccination HPV ont déjà été réalisées, il n'a pas été jugé pertinent de proposer un schéma d'analyse coût / efficacité comme celui réalisé par le sous-groupe tabac.

### Recommandations du sous-groupe « vaccination »

#### *Recommandations relatives à l'action focus*

Il est recommandé de structurer des campagnes de vaccination HPV fondées sur les principes de l'aller-vers pour rapprocher l'offre de vaccination des publics bénéficiaires des effecteurs. Il est également recommandé que le milieu scolaire fasse notamment partie des milieux prioritaires pour accueillir la vaccination HPV. De même, il est recommandé de travailler et adapter aux réalités des DOM les campagnes d'information : affichages, informations. La vaccination contre le HPV doit être identifiée comme une priorité de santé publique dans les DOM.

L'analyse de la prévalence par territoire et non à l'échelle des DOM est également souhaitée, notamment pour permettre aux acteurs de terrain d'adapter les outils de communication et de sensibilisation aux besoins des bénéficiaires.

La conduite d'une étude portant sur les modalités d'intervention précises mises en œuvre dans les DOM pour accroître la couverture vaccinale est attendue : cette étude pourrait notamment permettre

d'analyser les impacts organisationnels (quel accompagnement du personnel éducatif ? quelles stratégies mises en œuvre ? quels messages de communication ont été déployés ?) associables à la mise en œuvre de cette action. L'étude (type étude écologique) pourrait questionner l'utilité de la vaccination en milieu scolaire en comparant les écoles ayant mis en place la vaccination HPV et d'autres ne l'ayant pas fait.

Enfin l'appel aux sciences sociales dans le contexte actuel du rejet de la vaccination anti Covid-19 reste indispensable pour bien interpréter les résultats observés et à venir.

#### *Autres recommandations*

Les recommandations sont détaillées ci-dessous. Elles consistent à prioriser la dispersion du geste vaccinal plutôt qu'à augmenter la moyenne de la valeur du taux de couverture. De même, les recommandations entendent favoriser l'élaboration d'un cadre de suivi du geste vaccinal pour mieux déterminer les politiques à mettre en œuvre localement pour le soutenir.

#### *Recommandation n°A : Désignation d'un pilotage clairement identifié visant à coordonner et a minima mettre en contact l'ensemble des travaux et réflexion sur la vaccination*

Une recommandation est proposée pour l'attribution de ce rôle de coordination à une structure existante. Cette structure pourrait être la DGS, en coordination avec la HAS, SPF et tous les autres acteurs intéressés.

Le cahier des charges et les ressources nécessaires au fonctionnement de cette structure devraient être co-rédigé par les acteurs clefs : a minima SPF, DGS, HAS avec le concours du HCSP.

Ce pilotage pourra permettre de suivre et ajuster les recommandations proposées ci-après.

#### *Recommandation n°B : Après avis de la CNIL, et après accord parental et / ou individuel, formaliser un lieu préférentiel de traçabilité des vaccinations.*

L'Espace Numérique de Santé (ENS) pourrait être ce lieu (bénéficiant des procédures de sécurisation, RGPD et d'accord préalable), notamment pour s'inscrire en cohérence avec les travaux relatifs à la dématérialisation du carnet de santé de l'enfant. Les données recueillies dans l'ENS doivent à ce titre permettre d'alimenter des études et travaux de recherche, notamment sur la vaccination.

Par ailleurs, il est recommandé que ce même outil permette de mieux suivre la couverture vaccinale, selon une granularité géographique fine.

#### *Recommandation n°C : Envisager une réorganisation ou a minima une transparence plus forte sur les mécanismes et critères qui définissent les prix et les niveaux de remboursements et le tiers payant*

Sur le plan symbolique, il est recommandé que les vaccins obligatoires puissent donner lieu à une prise en charge à 100%. La conduite d'expériences avec des ARS volontaires sur l'impact des règles sur le reste à charge est recommandée ainsi que sur une généralisation du tiers payant.

La transparence sur la politique d'achat et sur les modalités de reste à charge ont été évoquées par le Comité d'Orientation de la Concertation Citoyenne sur la vaccination en 2016, d'où est issue une demande de reste à charge zéro.

#### *Recommandation n°D : Vérifier que le système actuel de retour d'information sur les effets secondaires des vaccinations soit satisfaisant et ce à la fois sur la dimension quantitative des retours, leur analyse et leur utilisation/accès*

La recommandation s'inspire du processus existant portant sur le suivi des médicaments. L'accès aux données et le retour d'information aux populations est recommandé dans la mesure où les effets secondaires restent encore sous-déclarés.



*Recommandation n°E : L'implication des CPTS dans la vaccination outre la nature d'une offre pluri métier coordonné a l'avantage de favoriser/augmenter l'appropriation d'une culture de prévention*

Cette recommandation correspond à la tendance de la multiplication de l'offre de réalisation du geste vaccinal par de nombreux effecteurs. Elle vise à confier aux CPTS une valence de santé publique et de prévention aux côtés de l'offre de soins coordonnée. L'objectif consiste à accompagner les CPTS dans le développement d'une culture de la prévention, qui se traduirait notamment par une implication forte dans la vaccination. Des acteurs issus de la prévention pourraient par ailleurs enrichir les équipes des CPTS.

Si l'acte vaccinal a vocation à se démocratiser de plus en plus, la formation des professionnels de soins au geste vaccinal (podologue, masseurs-kinésithérapeutes) reste un prérequis. Dans le cadre du virage préventif, les CPTS doivent évoluer et s'acculturer davantage à la santé publique, la prévention et la promotion de la santé.

*Recommandation n°F : Veiller à l'harmonisation des campagnes de communication et de prévention relatives à la vaccination*

Il apparaît indispensable pour éviter tous risques de dissonance ou de redondance inutile que toute campagne engageant des fonds publics soit validée dans la forme et dans le fond par une structure mixte DGS-SPF. Les communications relatives à la vaccination gagneraient à prendre la forme de messages « à guichet unique ». La recommandation se fonde sur deux types de campagnes : une générale sur les vaccins, et une autre plus spécifique (HPV pour les hommes, DOM-TOM, EHPAD...). Ceci s'inscrit dans une logique de simplification de l'évaluation de l'impact des campagnes.

*Recommandation n°G : De nombreuses équipes de recherche travaillent sur l'hésitation vaccinale, l'organisation d'une réflexion associant ces équipes et les acteurs institutionnels est recommandée.*

La conduite d'une réflexion en profondeur portant sur l'hésitation vaccinale est nécessaire : les différentes équipes mobilisées sur ce sujet sont invitées à partager les informations et résultats issus de leurs travaux, dans une logique de travail en commun. Un cadre permettant aux équipes de recherche de mener ensemble ce travail est nécessaire et doit associer les sciences humaines et sociales. Ce travail doit être conduit en cohérence avec les retours d'expériences menés par Santé Publique France et doit permettre de prendre en compte l'opinion de différentes populations.

## Analyses portées par le sous-groupe « Alimentation et Activité Physique »

### Présentation du périmètre

La même méthodologie de travail que les deux autres sous-groupes a été appliquée pour définir le périmètre d'analyse. Il convient de noter que le périmètre initial, c'est-à-dire toutes les mesures en lien avec l'activité physique et l'alimentation) est le plus large des trois sous-groupes de travail.

Les mesures « alimentation et activité physique » relèvent de plusieurs niveaux :

- Des indications à destination des acteurs de l'industrie alimentaire ;
- Des indications / priorités politiques, ne comportant pas d'indications opérationnelles ;
- Des actions de marketing social en faveur d'une alimentation équilibrée ;
- Des actions de prévention du syndrome métabolique ;
- Des actions déjà en cours d'évaluation, notamment pour les expérimentations relevant de l'article 51.

L'hétérogénéité des mesures « alimentation et activité physique » contenues dans le plan, dont la plupart ne peuvent pas donner lieu à des évaluations coût / efficacité soit parce qu'elles ont été très impactées par la crise sanitaire, soit parce qu'aucun indicateur n'est disponible, a complexifié les travaux du sous-groupe.

Les actions suivantes constituent le périmètre d'analyse du sous-groupe « Alimentation et Activité Physique » :

Année	N°	Action
2018	30	Outremer : Des priorités nationales complémentaires : Permettre à tous les enfants de Mayotte et de Guyane d'avoir un repas équilibré par jour pour éviter la malnutrition et la dénutrition : projet de l'institut de recherche pour le développement (IRD) de mise au point d'une farine de sevrage riche en protéine distribuée aux femmes et soutien au développement de la restauration scolaire.
2019	37.2	Détecter précocement les personnes obèses ou à risque d'obésité par la saisie régulière du poids et de la taille dans le Dossier Médical Partagé-DMP, dès le plus jeune âge : en effet, la probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie, selon les études, de 20 % à 50 % avant la puberté jusqu'à atteindre entre 50 % et 70 % après la puberté.
2018	55	Promouvoir la mise sur le marché d'une offre d'aliments transformés de qualité nutritionnelle améliorée (moins de sel, de gras, de sucre...) à travers un nouvel engagement volontaire des acteurs économiques
2019	55.1	Réduire la consommation de sel de 30 % d'ici 2025 (engagement de la France auprès de l'OMS). Pour le pain, qui représente de l'ordre de 25 % de l'apport en sel quotidien des Français, une réflexion sera engagée dès 2019 avec les professionnels afin de déterminer le taux cible et les actions à conduire pour y parvenir,
2019	55.2	Promouvoir les nouvelles recommandations nutritionnelles (Anciennement : "Promouvoir les nouveaux repères nutritionnels") : Permettre à tous les Français de connaître les bons réflexes alimentaires pour leur santé en actualisant, dès 2019, le site manger-bouger et la fabrique à menu pour faciliter la mise en œuvre par tous des nouvelles recommandations alimentaires, activité physique et sédentarité
2019	55.3	Augmenter les fibres, réduire les quantités de sel, sucres, gras dans les aliments de consommation courante par un engagement ferme des acteurs économiques dès 2020 et promouvoir le Nutri-Score, afin d'améliorer la qualité nutritionnelle de tous les aliments transformés en favorisant les démarches volontaires des professionnels.
2018	57	Promouvoir l'accès à une alimentation suffisante, saine et durable pour les personnes en situation de précarité et mettre à disposition des acteurs de l'aide alimentaire des messages et des outils adaptés à leurs conditions de vie.

2019	57.2	Étendre l'obligation de don des invendus alimentaires à la restauration collective et aux industriels et favoriser les dons pour les filières agricoles : dès 2019, la restauration collective et les industries agro-alimentaires seront actrices de la lutte contre le gaspillage alimentaire et seront amenées à organiser des dons alimentaires aux associations.
2018	58	Mettre en place 500 maisons de santé ouvertes sur le sport sur tout le territoire français, avec une priorité donnée aux quartiers prioritaires de la politique de la ville. Sur la base d'un cahier des charges national, ces maisons « sport santé » viseront à rapprocher les professionnels de santé et du sport pour faciliter l'orientation et l'accès aux activités physiques et sportives dans le cadre de la prévention primaire et à l'activité physique adaptée pour les personnes malades
2019	60.2	Renforcer la prescription d'activité physique adaptée par les médecins : D'ici à 2021, une plateforme en ligne permettra à chacun de repérer les offres d'APS et d'APA orientées vers les différents publics atteints de pathologies chroniques et proposées sur le territoire national.
2019	60.3	Labelliser les maisons sport-santé : En 2019, 100 maisons Sport-Santé seront identifiées sur le territoire national, une charte d'engagement permettra d'accompagner et de suivre ces nouveaux espaces en proximité et au bénéfice des populations.
2018	78	Contribuer à la prévention des risques traumatiques liés aux gestes professionnels répétitifs et/ou contraignants (lombalgies chroniques et TMS au sens large) en promouvant les activités physiques et sportives
2018	134	Offrir à chaque futur retraité l'accès à une session de préparation à la retraite lui permettant de réfléchir sur son projet de vie et de l'informer sur les diverses structures ou associations proposant des activités près de leur domicile (activité physique et sportive, nutrition...).
2019	134.1	Mettre en place un « rendez-vous prévention », au moment du passage à la retraite, qui sera structuré pour aborder les trois domaines suivants : vulnérabilités, santé et retraite. Il s'appuiera sur les caisses d'assurance maladie et les caisses de retraite. Ce « rendez-vous prévention » se basera sur le profil de santé, les choix de vie et les propres leviers de motivation de la personne pour établir des recommandations et orientations opérationnelles lui permettant d'agir sur son comportement (« Empowerment »). Le rendez-vous prévention s'articulera avec les médecins traitants et les acteurs de prévention du territoire. L'invitation au « rendez-vous prévention » sera prioritairement destinée aux personnes les plus à risque en fonction de leurs caractéristiques géographiques, socio-économiques et de leur consommation de soins

#### Présentation de l'action « focus »

Dans le cadre du sous-groupe « Alimentation et Activité Physique » il a été choisi de retenir comme action focus l'action 58, qui consiste à « *Mettre en place 500 maisons de santé ouvertes sur le sport sur tout le territoire français, avec une priorité donnée aux quartiers prioritaires de la politique de la ville. Sur la base d'un cahier des charges national, ces maisons « sport santé » viseront à rapprocher les professionnels de santé et du sport pour faciliter l'orientation et l'accès aux activités physiques et sportives dans le cadre de la prévention primaire et à l'activité physique adaptée pour les personnes malades* ».

Les raisons suivantes ont amené le sous-groupe de travail à retenir, a priori, cette action.

D'une part, cette action présente une cible (=500) et repose sur un dispositif dont les coûts peuvent être caractérisés : coût d'installation des maisons sport santé, coût des consultations selon les professionnels, coût de l'activité physique lorsque dispensée, etc. De nombreuses données permettant d'interroger l'efficacité des maisons sport-santé sont par ailleurs recueillies et analysées par l'ONAPS, contribuant ainsi à documenter le travail d'évaluation porté par le HCSP. A titre d'exemple, les données suivantes sont recueillies au sein de 28 maisons sport santé :

- Mesures anthropométriques des bénéficiaires inclus : périmètre abdominal, poids, taille.

- Tests de condition physique.
- Capacité fonctionnelle : test de marche 6min (si impossible : timed up & go test).
- Force de préhension : handgrip.
- Force des membres inférieurs : 30 secondes assis-debout.
- Souplesse : flexion du tronc.
- Equilibre statique : Flamingo.

Par ailleurs, différents dispositifs ont été mis en place pour caractériser les bénéficiaires de ces maisons sport-santé :

- Questionnaire auto-administré sur le niveau d'activité physique et de sédentarité (ONAPS-PAQ).
- Questionnaire auto-administré de perception de la santé (adapté du questionnaire de Garnier).
- Caractérisation socio-démographique : âge, sexe, habitation en QPV et/ou en ZRR.
- Données de santé : prescription d'activité physique, pathologie ou raison principale d'accès au programme, comorbidités.
- Données d'activité : nombre d'heures d'APS par le biais de la MSS, mode principal de pratique.

Cette mesure concerne principalement les personnes éloignées de l'activité physique, et n'en pratiquant pas à titre individuel. A ce titre, cette mesure contribue à l'éducation thérapeutique du patient, et à l'*empowerment* : à l'issue de la prise en charge, le bénéficiaire est censé être en mesure de reprendre en autonomie une activité physique. Cette mesure, parce qu'elle cible en priorité les quartiers prioritaires de la politique de la ville répond également à un enjeu de réduction des inégalités sociales et territoriales en santé. Ce point reste à confronter aux données relatives aux bénéficiaires réels de ce dispositif.

Par ailleurs, de nombreuses études ont démontré le rôle majeur de l'activité physique dans l'évolution favorable de maladies chroniques. La revue de littérature réalisée par Guillon<sup>80</sup> M. et all en 2018 confirme l'évidence coût efficacité en faveur de programmes s'appuyant sur l'activité physique pour le traitement des troubles musculosquelettiques et les pathologies rhumatismales. Les résultats ne sont pas confirmés pour le traitement des maladies cardiovasculaires et les auteurs invitent à pousser les investigations relatives à l'évaluation du rapport coût-efficacité de l'activité physique dans le traitement des problèmes neurologiques et mentaux, des cancers, les maladies respiratoires, du diabète et de l'obésité.

En 2019, S. Knobé<sup>81</sup> a analysé la prescription médicale de l'activité physique et ses perspectives socio-écologiques. Si de nombreuses études ont été réalisées, à ce sujet, elles centrent majoritairement leur attention sur la mesure du niveau global d'activité physique pendant ou à l'issue de l'intervention. Seules quelques études tiennent compte des caractéristiques socioculturelles des bénéficiaires et de leurs trajectoires personnelles.

---

<sup>80</sup> Guillon M, Rochemaix L, Dupont JK. Cost-effectiveness of interventions based on physical activity in the treatment of chronic conditions: a systematic literature review, *Int J Technol Assess Health Care*. 2018 Jan;34(5):481-497. 10.1017/S0266462318000533. Epub 2018 Oct 9. PMID: 30296954

<sup>81</sup> Knobé, Sandrine. « La prescription médicale d'activité physique et perspectives socio-écologiques », *Santé Publique*, vol. 31, no. 6, 2019, pp. 827-836

L'activité physique prescrite aux patients atteints d'ALD depuis 2015 par le médecin traitant dans l'expérience de Biarritz Côte Basque Sport Santé<sup>82</sup> produit des résultats encourageants<sup>83</sup> dans une évaluation préliminaire. Le forfait d'accueil du participant dans un club est fixé à 60 euros pour 12 semaines d'activité physique encadrée ; il est financé par des partenaires privés.

La Ville de Strasbourg et la communauté urbaine de Strasbourg (Cus)<sup>84</sup> ont également mené, en 2015, une expérience de Sport sur ordonnance intitulée Sociosport-santé à destination des personnes atteintes de maladies chroniques ; financée par plusieurs organismes (Ville, ARS, DRJSCS, Cus, compagnie des transports, assurance maladie) le programme a fait l'objet d'une évaluation sociologique de ses acteurs-usagers.

D'après P. Bernard (2014)<sup>85</sup> les Systèmes d'Orientation à l'Activité Physique au Royaume-Uni (SOAP) semblent plus efficaces en terme médico-économique chez les patients porteurs de comorbidités. La qualité de l'encadrement professionnel est un facteur majeur de succès de l'intervention. L'analyse des études montre que les SOAP sont un modèle solide pour le développement futur d'actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Publié en août 2021 l'article de Lars A<sup>86</sup> met en valeur, après l'analyse de 26 publications, de nombreux exemples d'interventions favorables en termes de coût-efficacité ; il s'agit de différents types d'interventions : conseil, modification des comportements, exercices et une combinaison de ces derniers. Les publics les plus sensibles sont les personnes âgées et celles atteintes de maladies cardiovasculaires. Les auteurs invitent à approfondir l'évaluation coût-efficacité auprès de publics spécifiques.

Les résultats du programme ALAPAGE, recherche interventionnelle en cours financée par l'IRESP, l'ARS PACA, la région Sud, la Carsat et l'université de Bordeaux sont à suivre, notamment pour identifier les synergies entre ce programme et le sport sur ordonnance. Le programme ALAPAGE vise à améliorer l'alimentation et l'activité physique du sujet âgé. L'association entre nutrition et activité physique est une spécificité de ce programme dont le but est de coupler l'impact d'une offre de prévention sur l'alimentation physique pour les seniors vivant à domicile. Ce programme repose sur la mobilisation de 25 structures de terrain qui accueillent les ateliers proposés gratuitement à environ 450 seniors. Ceux-ci sont recrutés selon une stratégie de recrutement active (programme INVITE), qui s'inscrit dans une démarche de réduction des inégalités de santé. En effet, le recrutement permet de limiter le fait que la probabilité de mal vieillir est plus accrue chez les sujets précaires et / ou isolés socialement. Le principe consiste donc à identifier et aller vers ces personnes, de manière active. L'évaluation du programme ALAPAGE repose sur trois points : avant l'intervention, après l'intervention et trois mois après l'intervention. L'intervention se déroule en 8 séances réparties sur cinq mois. Les trois temps d'évaluation entendent mesurer les effets à moyen terme du programme. Sur le volet activité physique, l'objectif est d'installer une activité physique dans le quotidien du senior, en l'intégrant notamment à ses gestes quotidiens. L'activité physique doit être perçue comme accessible et « dédramatisée » afin que celle-ci puisse être pérennisée dans le quotidien de la personne âgée. Les résultats de ce programme seront à rapprocher de ceux des maisons sport santé, et devront permettre

---

<sup>82</sup> Bauduer, Frédéric, et al. « La prescription d'activité physique par le médecin traitant : l'expérience de Biarritz Côte Basque Sport Santé », Santé Publique, vol. 30, no. 3, 2018, pp. 313-320

<sup>83</sup> <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-3-page-313.htm>

<sup>84</sup> Gasparini, William, et Sandrine Knobé. « Sport sur ordonnance : l'expérience strasbourgeoise sous l'œil des sociologues », Informations sociales, vol. 187, no. 1, 2015, pp. 47-53.

<sup>85</sup> Bernard, Paquito. « Les systèmes d'orientation à l'activité physique au Royaume-Uni : efficacité et enseignements », Santé Publique, vol. 26, no. 5, 2014, pp. 647-654

<sup>86</sup> Hagberg LA, Lindholm L. Cost-effectiveness of healthcare-based interventions aimed at improving physical activity. Scand J Public Health. 2006;34(6):641-53. doi: 10.1080/14034940600627853. PMID: 17132598.

de veiller à ce que ces programmes n'aggravent pas les disparités : une vigilance particulière doit être accordée à l'analyse des effets pervers ou secondaires associables aux actions de prévention.

### Analyse de l'action focus

#### *Éléments de contexte à considérer pour analyser l'action focus*

Il convient de constater qu'une maison « sport santé » peut prendre diverses formes<sup>87</sup>, rendant complexe l'évaluation de leur efficacité, qui semble être *modèle dépendant*. En effet, les maisons « Sport Santé » peuvent prendre la forme de structures ouvertes au public : établissements sportifs, centres de santé, structures itinérantes, offre au sein d'un établissement sanitaire. Les maisons « sport santé » peuvent également prendre la forme de plateforme internet de mise en relation et d'information des offres disponibles pour les patients, dans une logique d'aide à l'orientation.

#### *Méthodologie d'analyse de l'action focus*

Cette action, mise en place depuis 2019, permet d'obtenir des données sur le déploiement, le fonctionnement et le coût de ce dispositif. En effet, le groupe de travail a pu identifier des données publiquement disponibles pour les années 2019 et 2020. Ainsi, il est possible d'observer que dans la première année de déploiement de l'action, 288 structures se sont portées candidates pour être labellisées « Maisons Sport Santé » et intégrer le dispositif. 278 candidatures ont été jugées recevables, et 138 de ces structures ont finalement été retenues dans l'appel à projets. L'année suivante, 150 structures supplémentaires ont été labellisées, portant à 288 le nombre de Maisons Sport Santé reconnues sur l'ensemble du territoire, soit plus de la moitié de l'objectif fixé pour 2022. A compter de 2020, près de 70 000 personnes bénéficiaient d'un accompagnement dans les Maisons Sport Santé, dont 40 000 dans le cadre d'un parcours de sport-santé individualisé. Enfin, concernant le maillage territorial des Maisons Sport Santé, celles-ci sont désormais présentes dans tous les départements métropolitains et dans une grande partie des territoires ultramarins. 52 Maisons Sport Santé interviennent par ailleurs dans des territoires prioritaires de la politique de la ville, en lien avec l'objectif de réduction des ISTS. Ces premiers indicateurs, issus des dossiers de presse publiés par le Ministère des Sports, permettent d'identifier des premières données de fonctionnement. Des données de coûts, plus parcellaires, sont également disponibles pour l'année 2020 : 3,5 M€ ont été inscrits dans la loi des finances 2021 pour permettre la montée en charge du dispositif au regard de l'objectif de 500 Maisons Sport Santé labellisées d'ici 2022. Si les indicateurs de mise en œuvre du dispositif sont facilement identifiables, les données de coûts et d'impact sont plus limitées. Une première évaluation d'impact, commanditée par le Gouvernement et confiée à l'ONAPS est attendue fin 2021.

A noter : le cout restant à charge pour les personnes qui reçoivent une prescription d'APA est un facteur important à prendre en compte dans le cadre de la modélisation du modèle économique des Maisons Sport Santé.

Dans la mesure où les Maisons Sport Santé restent, à date, des dispositifs très hétérogènes, il n'a pas été faisable de proposer un schéma d'analyse coût / efficacité comme celui réalisé par le sous-groupe tabac.

<sup>87</sup> [https://sports.gouv.fr/IMG/pdf/cahier\\_des\\_charges\\_mss.pdf](https://sports.gouv.fr/IMG/pdf/cahier_des_charges_mss.pdf)

## Recommandations du sous-groupe « Alimentation et Activité Physique »

### *Recommandations relatives à l'action focus*

#### *Recommandation 1 - Réaliser une étude sur un échantillon restreint de Maisons Sport Santé afin d'analyser les stratégies et mécanismes mis en œuvre*

L'objectif vise à documenter et analyser les différents types de projets définis par les Maisons Sport Santé, les modalités « d'aller vers » établies pour cibler une population spécifique, et les réponses aux problématiques d'inégalités sociales et territoriales en santé rencontrées sur le territoire. En effet, les modalités de ciblage et de suivi des populations des bénéficiaires sont à interroger, notamment pour questionner les potentiels effets adverses liés à la mise en œuvre de cette action. Cette étude doit également permettre de questionner les connaissances qu'ont les différentes populations et les professionnels du territoire de cette offre. La recommandation vise ici à passer d'une vision cartographique des Maisons Sport Santé (implantation uniquement) à une vision plus qualitative.

#### *Recommandation 2 - Etudier le modèle économique des Maisons Sport Santé et définir un modèle économique pérenne*

L'évaluation ex-post ne permet pas de déterminer le modèle économique des Maisons Sport Santé dans la mesure où celles-ci peuvent revêtir des formes très hétérogènes. A ce titre, il est recommandé de préciser le modèle économique des Maisons Sport Santé selon la forme adoptée (site internet, lieu de prise en charge, etc). Le coût par prise en charge doit pouvoir être déterminé.

#### *Recommandation 3 - Renforcer les partenariats et la coopération entre les acteurs territoriaux, les populations et les professionnels des Maisons Sport Santé*

Cette recommandation vise à valoriser et mieux faire connaître l'offre proposée par les Maisons Sport Santé. La recommandation vise également à faire gagner en complémentarité les différents dispositifs mis en place à l'échelle d'un territoire et de favoriser les partenariats, synergies et coopérations autour des populations bénéficiaires.

#### *Recommandation 4 - Etablir un dispositif d'évaluation dans le temps de l'évolution des comportements et habitudes des personnes ayant bénéficié de l'offre d'une Maison Sport Santé*

Cette recommandation vise à instaurer un suivi dans le temps des bénéficiaires des Maisons Sport Santé notamment pour analyser dans quelle mesure leurs habitudes et comportements ont évolué et se sont pérennisés dans leur vie quotidienne. A ce titre, le dispositif d'écoute Moi(s) Sans Tabac peut être cité comme exemple.

### *Autres recommandations*

#### *Recommandation 5 - Mettre en place un dispositif de recueil en continu de l'IMC des enfants (6 ans) et des adolescents*

Cette recommandation constitue une déclinaison de la recommandation générale n°4 présentée à la précédente section de ce rapport. L'objectif de recueil en continu de l'IMC des enfants et adolescents vise à faire corrélérer un système de surveillance et un système d'actions précoces à l'échelle locale (les écoles par exemple). Cette recommandation s'inspire de l'étude mise en œuvre en région PACA<sup>88</sup> et vise à éclairer la décision politique en analysant l'IMC au regard d'autres indicateurs tels que les indicateurs de défavorisation sociale ou d'indicateurs caractérisant la qualité de l'environnement de vie. La recommandation nécessite de pouvoir s'appuyer sur les infirmières de l'éducation nationale.

---

<sup>88</sup> [http://cache.media.education.gouv.fr/file/11-11/99/3/imc\\_infostat\\_n12\\_320993.pdf](http://cache.media.education.gouv.fr/file/11-11/99/3/imc_infostat_n12_320993.pdf)

*Recommandation 6 - Généraliser les programmes probants relatifs à la nutrition (ICAPS, Nutriscore)*

Il est recommandé que tous les programmes en lien avec la nutrition, tel que ICAPS passent à l'échelle et soient généralisés dès lors qu'ils sont identifiés comme probants par Santé Publique France<sup>89</sup>.

*Recommandation 7 - Déterminer un forfait « Activité Physique Adaptée » à destination de toutes les personnes atteintes de maladie chronique et bénéficiant d'un forfait ETP.*

Au même titre que les personnes atteintes de certaines maladies chroniques bénéficient d'un forfait d'Education Thérapeutique du Patient, il est recommandé de modéliser un forfait « Activité Physique Adaptée » dont le montant annuel reste à définir, et de l'adresser à ces mêmes bénéficiaires. Ce forfait pourrait être renouvelable selon l'évolution de l'état de santé des bénéficiaires.

*Recommandation 8 - Généraliser la prise en charge par l'AMO de l'activité physique adaptée*

Cette recommandation s'inscrit en lien étroit avec la recommandation n°G et vise à soutenir la prise en charge, par l'Assurance Maladie Obligatoire, de l'activité physique adaptée lorsque celle-ci est prescrite par ordonnance. La prise en charge d'une partie, qu'il reste à définir, doit se faire au service d'un meilleur accès des populations bénéficiaires à ces activités. A date, certaines complémentaires et certaines municipalités prennent en charge ces activités sportives qui, lorsqu'elles sont prescrites, relèvent d'une prise en charge s'intégrant pleinement dans un parcours de soins.

*Recommandation 9 - Mettre à la disposition du CPR des données relatives au pilotage de l'évolution du taux de sucre et de sel dans les produits commercialisés.*

Il est recommandé de mener une enquête permettant d'évaluer l'engagement effectif des acteurs de l'industrie alimentaire concernant l'évolution nutritionnelle des aliments, en faveur de moins de sucre et de moins de sel. De même, la prise en compte, par ces mêmes acteurs, du Nutriscore, est à évaluer.

*Recommandation 10 - Mettre à disposition du CPR les données relatives aux rendez-vous prévention proposés aux retraités*

L'évaluation ex-post n'a pas permis, à date<sup>90</sup>, d'établir avec précision le modèle des rendez-vous prévention proposés aux retraités. Seul un nombre de rendez-vous pour l'année 2020 a pu être communiqué. Il est recommandé de suivre avec précision cette mesure et notamment : les modalités de ciblage des bénéficiaires, les types de lieux d'accueil de ces rendez-vous, le suivi des bénéficiaires dans le temps, les types de consultation proposées. L'objectif consiste notamment à évaluer les effets adverses potentiels : accroissement des inégalités territoriales et sociales par exemple selon le profil de bénéficiaires.

---

<sup>89</sup> <https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/getprofilpublic/PRO00000125>

<sup>90</sup> En attente de retours de la CNAM suite aux requêtes et données demandées



## Conclusion / Synthèse

Le Plan « Priorité Prévention » a pour objectif d'intégrer la santé dans toutes les politiques. L'ensemble des entretiens menés, notamment auprès des directions d'administration centrale, démontre qu'en 2022, **la santé a trouvé sa place au sein des différents services de l'Etat et des collectivités**. Ce constat est formalisé au niveau des engagements pris, mais il est plus difficile de s'assurer de sa traduction sur le terrain. En effet, les circuits d'actions, d'interventions et financiers demeurent très complexes et les interférences entre les plans existants et le plan « Priorité Prévention » peu lisibles pour l'observateur externe.

L'une des principales difficultés rencontrées lors de l'évaluation a été **la dispersion des informations concernant les financements des actions du plan** « Priorité Prévention », ce qui est notamment justifié par la construction ambitieuse du plan. Le plan « Priorité Prévention » relève d'une juxtaposition d'actions sur des thèmes différents, sous la responsabilité d'acteurs différents. Or, sur l'ensemble de ces actions, **très peu bénéficient d'un fléchage clair des budgets alloués et/ ou exécutés** : a priori, seules les mesures phares et les actions qui en découlent font l'objet d'un suivi financier régulier. L'évaluation médico-économique du plan « Priorité Prévention » nécessite d'analyser les résultats d'indicateurs d'efficacité et les budgets correspondants de chaque action demeure donc complexe. L'évaluation renvoie en effet à une problématique de double mouvement opposé et complémentaire :

- **Une nécessité de découplage** visant à séparer, pour mieux analyser les composants et les acteurs d'une action et les impacts variés observés ;
- **L'articulation entre les différents secteurs** (éducation, environnement, santé...), **les différents niveaux géographiques** (Européen, National, Régional, Infra régional) et **les différents professionnels mobilisés** (pharmaciens, infirmiers, sages-femmes...)

D'une manière paradoxale, la difficulté liée au recueil des actions et de leur financement est un marqueur indirect du succès du plan. En effet, souhaiter que la santé soit dans toutes les politiques impose des financements de sources multiples et des programmes venant d'horizons différents.

Au sein des administrations, les articulations semblent bien identifiées, certaines mesures de plans étant versées au plan « Priorité Prévention ». Le suivi des actions demeure en partie accessible, la plupart bénéficiant d'indicateurs spécifiques. Bien que certaines informations restent manquantes ou dispersées, le plan « Priorité Prévention » fait l'objet d'un suivi auprès de chaque porteur d'action dans le cadre des procédures mises en place sous l'égide du Comité Permanent Restreint pour le suivi du plan. A ce titre, les agences interrogées restent éloignées du Plan « Priorité Prévention » et mériteraient d'être plus investies auprès du Comité Permanent Restreint, notamment dans le cadre d'un accompagnement méthodologique et dans la mise à disposition de données.

Face à ces différents constats, il est fait référence dans ce rapport à **la constitution** (à partir de l'existant) **d'une structure unique en charge de la collecte de données et leur analyse mais également pouvant coordonner les différents secteurs et niveaux géographiques**. Cette structure, qui pourrait être naturellement rattachée à Santé Publique France, pourrait notamment établir un répertoire d'action labélisé « Priorité Prévention » fondé sur des fiches les caractérisant (efficacité, difficulté d'implémentation, formation nécessaire...). Si les pouvoirs publics souhaitent que la prévention devienne une priorité de santé publique, il convient d'assurer un suivi des processus, de l'impact et des financements des actions menées. A ce jour, une analyse des financements existe mais n'est pas suffisamment structurée : elle ne permet pas de répondre à l'ambition de faire de l'évaluation. Ce besoin justifie de constituer une structure unique, qui doit pour autant bénéficier d'une légitimité suffisante de la part des pouvoirs politiques afin, notamment, qu'elle soit en mesure d'obtenir toutes

les informations nécessaires à la conduite de ce travail de structuration des données aujourd'hui manquantes.

Si les soins sont de manière prédominante « exogènes » et ne nécessitent le plus souvent que l'adhésion ou l'accord des personnes, la prévention elle nécessite leurs participations actives. Ainsi **la communication, l'information sont des vecteurs indispensables au succès de ces actions. Une attention particulière doit être donnée aux nouveaux outils de communication (dont les réseaux sociaux) avec leur capacité de diffusion d'informations** (plus ou moins valides). Ce point latent est apparu clairement à l'occasion de la crise liée au Covid-19, de sa gestion et de l'adhésion des différents publics aux mesures adoptées.

Enfin, le concept de DOM TOM est trop hétérogène (Guyane, Antilles, Mayotte...) dans les études et nécessite une approche plus locale, par territoire, pour que les résultats des évaluations des actions menées localement puissent éclairer la décision publique locale.

## Annexes

### Annexe 1 - Lettre de saisine



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

*La Ministre*

*Paris, le 12.10.2018*

Nos réf. : CAB AB/SJ/Peg18-22583

Monsieur le Président,

Le Plan national de santé publique (PNSP) a fait l'objet le 26 mars 2018 d'une réunion du Comité interministériel pour la santé (CIS) au cours de laquelle 25 mesures phares intitulées « Priorité prévention » ont été présentées.

Ce plan gouvernemental a pour finalité de mettre œuvre au niveau national le volet promotion de la santé, prévention et sécurité sanitaire de la Stratégie nationale de santé. Son suivi opérationnel est assuré par le comité permanent restreint (CPR) du CIS. Dans ce but, un tableau de bord sur l'état d'avancement et les alertes est mis à jour tous les trimestres par la Direction générale de la santé pour les 25 mesures phares et tous les semestres pour les autres actions du PNSP. Le pilotage stratégique est assuré par le CIS qui se réunit une fois par an à la fin mars.

Je souhaiterais par la présente vous confier l'évaluation du Plan national de santé publique qui comprendrait trois volets :

1. Un volet sur l'ensemble du PNSP qui porterait sur :
  - la pertinence du PNSP eu égard à sa doctrine (approche populationnelle déclinée selon les âges de la vie, approche multithématique et intersectorielle) et à sa place par rapport aux autres plans et programmes de santé publique, dont la liste vous sera communiquée ;
  - la pertinence des mesures retenues eu égard aux priorités de la Stratégie Nationale de Santé.

L'échéance pour la réalisation de cette évaluation est fixée au 4 février 2019.

2. Une évaluation au fil de l'eau des effets sur la santé de la population, ses déterminants et la répartition de ces effets au sein des catégories sociales. Cette évaluation serait faite à partir d'une sélection d'indicateurs à déterminer en concertation avec la DGS compte-tenu des priorités de la politique de prévention et en cohérence et complémentarité de ceux retenus dans le cadre de l'évaluation de la Stratégie Nationale de Santé.

Pr Franck CHAUVIN  
Président  
Haut conseil de la santé publique  
10, place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon  
75014 PARIS

14, AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP  
TÉLÉPHONE : 01 40 56 60 00

Cette évaluation quantitative comprendra en outre un volet qualitatif pour des mesures emblématiques à déterminer, de la même manière, en concertation avec la DGS. Vous pourrez pour ce faire vous rapprocher de la DREES qui pilote l'évaluation de la SNS.

Un point annuel au moment de la date anniversaire du CIS dédié à la SNS sera réalisé à compter du 26 mars 2020 pour le premier exercice.

3. Une évaluation ex-post des ressources mobilisées pour la mise en œuvre de mesures rapportées aux résultats obtenus (notamment, le rapport coût/efficacité des différentes mesures de lutte contre le tabagisme). Quatre ensembles de mesures coordonnées devront être retenues, en concertation avec la DGS. Compte-tenu de la nécessité de disposer de données fiables sur les dépenses de santé, il pourra être utile de solliciter l'expertise de la CNAM.

Cette évaluation devra être réalisée pour décembre 2021.

Je souhaiterais disposer sous un mois de la méthode d'évaluation que vous proposerez de déployer pour chacune de ces commandes.

Mes services se tiennent à votre disposition pour apporter toute clarification que vous jugeriez nécessaire.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.



Agnès BUZYN

## Annexe 2 - Table des signes et acronymes

ALD	<i>Affection de longue durée</i>
ARS	<i>Agence régionale de santé</i>
CCAM	<i>Classification commune des actes médicaux</i>
CERFA	<i>Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs</i>
CIRE	<i>Cellule d'intervention en région</i>
CIS	<i>Commission interministérielle pour la santé</i>
CMU-C	<i>Couverture maladie universelle complémentaire</i>
CNAM	<i>Caisse nationale de l'Assurance maladie</i>
CPR	<i>Comité permanent restreint</i>
CPTS	<i>Communautés professionnelles territoriales de santé</i>
DGS	<i>Direction générale de la santé</i>
DREES	<i>Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques</i>
DOM	<i>Départements d'Outre-mer</i>
FIR	<i>Fonds d'intervention régional</i>
FISS	<i>Fonds pour l'innovation du système de santé</i>
FLCA	<i>Fonds national de lutte contre les addictions</i>
FNPEIS	<i>Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire</i>
HAS	<i>Haute autorité de santé</i>
HCSP	<i>Haut conseil de la santé publique</i>
HPV	<i>Human papillomavirus</i>
IMC	<i>Indice de masse corporelle</i>
INSEE	<i>Institut national de la statistique et des études économiques</i>
Inserm	<i>Institut national de la santé et de la recherche médicale</i>
IREPS	<i>Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé</i>
MOT	<i>Mortalité attribuable au tabac</i>
MSS	<i>Maisons sport-santé</i>
OCDE	<i>Organisation de coopération et de développement économiques</i>
OFDT	<i>Observatoire français des drogues et des toxicomanies</i>
ONAPS	<i>Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité</i>
ONDAM	<i>Objectif national des dépenses d'assurance maladie</i>
PNLT	<i>Plan national de lutte contre le tabagisme</i>
PNNS	<i>Plan national nutrition santé</i>
PNSE	<i>Plan national santé environnement</i>
PNSP	<i>Plan national de santé publique</i>
QALY	<i>Quality adjusted life years</i>
SNDS	<i>Système national des données de santé</i>
SNS	<i>Stratégie nationale de santé</i>
SPF	<i>Santé publique France</i>
SSES	<i>Service sanitaire des étudiants en santé</i>
SWOT	<i>Strengths, weaknesses, opportunities, threats</i>
TNS	<i>Traitements nicotiniques de substitution</i>

### Annexe 3 - Liste des tableaux, graphiques et illustrations

Illustration n°1 : Hiérarchisation des objectifs

Illustration n°2 : Articulation du PNSP avec les autres plans et programmes de santé publique. Source : HCSP

Illustration n°3 : Articulation du PNSP avec les autres plans et programmes de santé publique (santé au travail et risque environnemental). Source : HCSP

Illustration n°4 : Démarche évaluative menée par le HCSP dans le cadre de l'évaluation ex-post – Synthèse. Source : HCSP

Illustration n°5 : Critères de hiérarchisation des actions du PNSP utilisés pour définir le périmètre d'évaluation. Source : HCSP

Illustration n°6 : Indicateurs de la Stratégie Nationale de Santé dédiés à l'axe n°1, soit au plan « Priorité Prévention

Illustration n°7 : Extrait de la table des matières de l'annexe au projet de loi de finances pour 2022 – Jaune - Prévention en Santé

Illustration n°8 : Extrait du tableau Thématique-Santé « OFFRE DE SANTE, PRODUITS DE SANTE ET QUALITE DES PRATIQUES – Annexe au projet de loi de finances pour 2022 – « Jaune » Prévention en Santé

## Annexe 4 - Liste des membres du groupe de travail

Pilote : Zeina Mansour, vice-présidente du HCSP

Responsables des sous-groupes de travail : Zeina Mansour (Alimentation et Activité Physique), François Eisinger (Vaccination), Pierre Arwidson (Tabac) en tant que personnalité invitée.

Nom	Rôle	Groupe
Yannick AUJARD	Membre	Vaccination
Pierre ARWIDSON	Pilote	Tabac
Jean-Michel AZANOWSKY	SGHCSP/coordonateur	GT plénier/groupes de travail
Daniel BLEY	Membre	Vaccination
Éric BRETON	Membre	Alimentation et Activité Physique
Johann CAILHOL	Membre	Vaccination
Christian CHIDIAC	Membre	GT plénier
Joël COSTE	Membre	GT plénier
Emmanuel DEBOST	Membre	Vaccination
Anne-Paule DUARTE	Membre	Alimentation et Activité Physique
Pascale DUCHE	Membre	Alimentation et Activité Physique
François EISINGER	Pilote	Vaccination
Francelyne MARANO	Membre	GT plénier
Véronique GILLERON	Membre	GT plénier
Pascale GROSCLAUDE	Membre	GT plénier
Olivier LACOSTE	Membre	Alimentation et Activité Physique
Thierry LANG	Membre	GT plénier
Zeina MANSOUR	Pilote	Alimentation et Activité Physique
Philippe MICHEL	Membre	GT plénier
Isabelle MILLOT	Membre	Tabac
Elisabeth MONNET	Membre	Tabac
Anne-Marie SCHOTT-PETHELAZ	Membre	Alimentation et Activité Physique
Matthieu SIBE	Membre	Alimentation et Activité Physique

### Assistance à maîtrise d'ouvrage

Le HCSP a bénéficié d'une assistance à maîtrise d'ouvrage confiée au cabinet PwC dans le cadre d'un marché public dédié. Le cabinet PwC fait intervenir Monsieur Thomas RENAUD, statisticien-économètre, LEDa-LEGOS, à l'Université Paris-Dauphine – Université PSL. Thomas RENAUD intervient à ce titre en tant qu'expert méthodologiste.

*Ce rapport a été validé par le bureau du Collège le 17 mars 2022 : 9 membres qualifiés votant sur 9 membres qualifiés, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 9 votes, 0 vote contre, 0 abstention.*

### **Haut Conseil de la santé publique**

14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP [www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)

### Annexe 5 – Liste des personnes auditionnées

<b>Personne auditionnée</b>	<b>Organisme</b>	<b>Date de l'audition</b>	<b>Groupe de travail</b>
Elise Riva	Direction générale de la santé, bureau de la prévention des addictions	21 avril 2021	Tabac
Sylvain Gueho	Direction générale de la santé, bureau de la prévention des addictions	21 avril 2021	Tabac
Gaëlle Jamet	Direction générale de la santé	21 avril 2021	Tabac
Sylvie Chazalon	Direction générale de la santé	21 avril 2021	Tabac
Thomas Filleur	Direction générale de la santé	21 avril 2021	Tabac
Frédeline Simon	Direction générale de la santé	21 avril 2021	Tabac
Anne-Marie Curat	Conseil national de l'Ordre des sages-femmes	8 juin 2021	Vaccination
Marianne Benoit Truong-Canh	Conseil national de l'Ordre des sages-femmes	8 juin 2021	Vaccination
David Meyer	Conseil national de l'Ordre des sages-femmes	8 juin 2021	Vaccination
Patrick Chamboredon	Conseil national de l'Ordre des infirmiers	8 juin 2021	Vaccination
Emilie Contant	Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté	24 juin 2021	Tabac
Isabelle Vincent	Département de la Prévention et de la Promotion de la Santé (DPPS) de l'Assurance Maladie	6 juillet 2021	Tabac
Saïd Oummedour	Département de la Prévention et de la Promotion de la Santé (DPPS) de l'Assurance Maladie	6 juillet 2021	Tabac
Marie-Françoise Emonide	ARS Martinique	7 juillet 2021	Vaccination
Corinne Locatelli-Jouans	Direction générale des Outre-mer, bureau cohésion sociale, santé et éducation	2 septembre 2021	Transverse
Arla Pochet	Direction générale des Outre-mer, bureau de la cohésion sociale, santé et éducation	2 septembre 2021	Transverse
Timothée Mantz	Direction de la Sécurité sociale	3 septembre 2021	Transverse
Jérémie Casabielhe	Direction de la Sécurité sociale	3 septembre 2021	Transverse
Marine Jean-Baptiste	Direction de la Sécurité sociale	3 septembre 2021	Transverse
Anne-Charlotte Salavert	Direction de la Sécurité sociale	3 septembre 2021	Transverse
Claude Rabatel	Association nationale des médecins coordonnateurs	8 septembre 2021	Vaccination
Odile Reynaud Lévy	Association nationale des médecins coordonnateurs	8 septembre 2021	Vaccination
Bruno Ferreira	Direction générale de l'alimentation	8 septembre 2021	Alimentation et Activité Physique



Carole Foulon	Direction générale de l'alimentation, bureau du pilotage de la politique de l'alimentation	8 septembre 2021	Alimentation et Activité Physique
Benoit Rogeon	Direction générale de l'enseignement scolaire	14 septembre 2021	Vaccination
Brigitte Moltrecht	Direction générale de l'enseignement scolaire	14 septembre 2021	Vaccination
Jean-Christophe Comboroure	Direction générale de la santé, bureau alimentation et nutrition	16 septembre 2021	Alimentation et Activité Physique
Isabelle De Guido	Direction générale de la santé, bureau alimentation et nutrition	16 septembre 2021	Alimentation et Activité Physique
Jérôme Jumel	Direction générale de la cohésion sociale, service des politiques sociales et médico-sociales	4 novembre 2021	Alimentation et Activité Physique
Loïc Josseran	Alliance contre le Tabac	10 novembre 2021	Tabac
Marianne Hochet	Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions (RESPADD)	10 novembre 2021	Tabac
Daniel Lévy-Bruhl	Santé Publique France, Direction des maladies infectieuses	26 novembre 2021	Transverse
François Beck	Santé Publique France, Direction de la prévention et promotion de la santé	26 novembre 2021	Transverse
Frédéric de Bels	Institut national du cancer, Direction de la prévention	29 novembre 2021	Transverse
Antoine Deutsch	Institut national du Cancer, Direction de la prévention	29 novembre 2021	Transverse
Martine Duclos	Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité	1er décembre 2021	Alimentation et Activité Physique
Lucile Bruchet	Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité	1er décembre 2021	Alimentation et Activité Physique
Karine Chevreul	Inserm	3 décembre 2021	Tabac
Thomas Borel	Les entreprises du médicament (LEEM)	17 décembre 2021	Vaccination
Bruno Donini	Les entreprises du médicament (LEEM)	17 décembre 2021	Vaccination
Claire-Lise Pastre	Les entreprises du médicament (LEEM)	17 décembre 2021	Vaccination
Nicole Darmon	ORS PACA	21 janvier 2022	Alimentation et Activité Physique
Pierre Verger	ORS PACA	21 janvier 2022	Alimentation et Activité Physique
Agnès Vinet-Julian	ORS PACA	21 janvier 2022	Alimentation et Activité Physique
Vincent Bon-Georges	DGS – DR2	07 février 2022	Transverse

## Annexe 6 – Exemple de trame d'entretien

### Evaluation ex-post du Plan National de Santé Publique

#### Guide d'entretien pour l'audition de [nom de la personne auditionnée]

##### Trame d'entretien

#### 1. Etat d'avancement de l'évaluation ex-post

Le HCSP a été saisi le 12 octobre 2018 par la Ministre des Solidarités et de la Santé pour assurer l'évaluation du PNSP. Il mène actuellement l'évaluation *ex post* du PNSP qui doit permettre de procéder à une analyse coûts/bénéfices des actions du PNSP sur les thématiques de vaccination, tabac et Alimentation et Activité Physique. Trois sous-groupes de travail ont été constitués à cet effet : ceux-ci travaillent depuis le début de l'année 2021 à l'identification des actions du PNSP à évaluer et à la définition de la méthodologie d'évaluation à retenir. Vous trouverez en annexe de cette trame d'entretien les actions retenues pour l'évaluation.

#### 2. Contexte et objectifs de l'audition

Le sous-groupe tabac souhaite aborder avec [nom de la personne auditionnée] les points suivants :

- de faire un état des lieux des différentes sources de financement notamment de l'action 60 citée en annexe
- de recueillir des informations (données relatives à la mise en œuvre, aux coûts, aux moyens, aux résultats etc.) concernant notamment l'action 60 (action FOCUS)

#### 3. Déroulement de l'audition

- Accueil et tour de table (5 min)
- Présentation de la saisine et de la démarche évaluative (5 min)
- Retour d'expérience et recommandations concernant les données à mobiliser pour la conduite de cette évaluation (35 min)
- Recueil des attentes sur le travail d'évaluation mené par le HCSP (15 min)

##### Guide d'entretien

#### 1. Présentation de la saisine et de la démarche évaluative

#### 2. Perception sur la conception, le pilotage, la mise en œuvre et l'impact du PNSP

- Selon vous, quelle est la plus-value du PNSP ?
- Selon-vous, dans quelle mesure est-il possible de mesurer l'impact propre des mesures « tabac » du PNSP au regard des autres plans et feuilles de route thématiques ou populationnels ?

#### 3. Identification des données disponibles à mobiliser pour l'évaluation ex-post du PNSP

- Quelles données avez-vous mobilisées dans le cadre de vos travaux menés sur le remboursement des traitements nicotiques de substitution (TNS) ?
- Selon quelles modalités celles-ci ont-elles été choisies ?
- Quelles sources de données ont été mobilisées ?
- Avez-vous rencontré des difficultés dans le recueil et le traitement de ces données ?
- Identifiez-vous des données manquantes qui pourraient être collectées ou rendues disponibles pour renforcer l'évaluabilité de l'action 60 du PNSP ?
- Quels autres travaux d'évaluation ou études pouvant être rapprochés de l'action 60 et servir de point de référence ou de comparaison (cf. annexe) identifiez-vous ?
- Pensez-vous à des éléments qui pourraient aider à la conduite de cette évaluation ?

#### 4. Résultats

- Quelles sont vos attentes vis-à-vis du travail du HCSP sur l'évaluation ex-post du PNSP ?

Annexe 7 – Bibliographie

Date	Auteur(s)	Titre	Sous-groupe	Publication
1997	Secker-Walker, R., Worden, J., et al.	A mass media programme to prevent smoking among adolescents : costs and cost effectiveness	Tabac	Tobacco Control
2000	Myers, E., McCrory, D. et al.	Mathematical Model for the Natural History of Human Papillomavirus Infection and Cervical Carcinogenesis	Vaccination	American Journal of Epidemiology
2003	Organisation mondiale de la santé	Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control?	Tabac	Organisation mondiale de la santé
2003	Goldie, S., Grima, D., et al.	A comprehensive natural history model of HPV infection and cervical cancer to estimate the clinical impact of a prophylactic HPV-16/18 vaccine	Vaccination	International Union Against Cancer
2009	Insinga, R., Dasbach, E. et al.	Epidemiologic natural history and clinical management of Human Papillomavirus (HPV) Disease: a critical and systematic review of the literature in the development of an HPV dynamic transmission model	Vaccination	BMC Infectious Diseases
2009	Flay, B.	School-based smoking prevention programs with the promise of long-term effects	Tabac	Tobacco Induced Diseases
2009	Holtgrave, D., Wunderink, K., et al.	Cost–Utility Analysis of the National truth Campaign to Prevent Youth Smoking	Tabac	American Journal of Preventative Medicine
2011	Hollingworth, W., Cohen, D. et al.	Reducing Smoking in Adolescents: Cost-Effectiveness Results From the Cluster Randomized ASSIST (A Stop Smoking In Schools Trial)	Tabac	Nicotine & Tobacco Research
2011	Cour des comptes	La prévention sanitaire	Transverse	Cour des comptes
2012	Chevreul, K., Cadier, B. et al	Cost effectiveness of full coverage of the medical management of smoking cessation in France	Tabac	Tobacco Control
2012	Cour des comptes	Rapport d'évaluation : Les politiques de lutte contre le tabagisme	Tabac	Cour des comptes
2012	Guthmann, JP., Pelat, C. et al.	Inégalités socio-économiques d'accès à la vaccination contre les infections à papillomavirus humains en France : résultats de l'enquête santé et protection sociale, 2012	Vaccination	Santé Publique France
2013	Commissariat général à la stratégie et la prospective	Evaluation socioéconomique des investissements publics	Transverse	France Stratégie
2013	National Institute for Health and Care Excellence	School-based interventions to prevent the uptake of smoking among children and young people : evidence update 38	Tabac	National Institute for Health and Care Excellence
2014	Langford, R. , Bonnell, C. et al.	The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement (Review)	Transverse	Cochrane database of systematic reviews
2014	Organisation mondiale de la santé	Tobacco and inequities : Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm	Tabac	Organisation mondiale de la santé
2016	Brisson, M., Bénard, E. et al.	Population-level impact, herd immunity, and elimination after human papillomavirus vaccination: a systematic	Vaccination	The Lancet

		review and meta-analysis of predictions from transmission-dynamic models		
2016	Cour des comptes	La lutte contre le tabagisme : une politique à consolider	Tabac	Cour des comptes
2017	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)	Les dépenses de santé en 2017 : Résultats des comptes de la santé	Transverse	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
2017	Leao, T., Kunst, A., et al.	Cost-effectiveness of tobacco control policies and programmes targeting adolescents: a systematic review	Tabac	European Journal of Public Health
2018	Ministère des Solidarités et de la Santé	Programme National de Lutte contre le Tabac : 2018-2022	Tabac	Ministère des Solidarités et de la Santé
2018	Voss, T., Carter, R. et al.	Assessing Cost-Effectiveness in Prevention	Transverse	University of Queensland, Deakin University
2019	Haute Autorité de Santé	Recommandation vaccinale : Élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons	Vaccination	Haute Autorité de Santé
2019	Bonaldi, C., Boussac, M., et al.	Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme en France de 2000 à 2015	Tabac	Santé Publique France
2020	Assurance maladie	Charges et produits	Tabac	Assurance maladie
2020	Douchet, M.A.	Tabagisme et arrêt du tabac en 2020	Tabac	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
2020	OCDE	Proposition de projet : Evaluation des politiques contre le tabagisme	Tabac	OCDE
2020	Ministère des Sports, Ministère des Solidarités et de la Santé	Maisons Sport Santé : Dossier de presse	Alimentation et Activité Physique	Ministère des Sports, Ministère des Solidarités et de la Santé
2021	Ministère des Sports, Ministère des Solidarités et de la Santé	Les Maisons Sport Santé - un outil de santé publique : Dossier de presse	Alimentation et Activité Physique	Ministère des Sports, Ministère des Solidarités et de la Santé
2021	IPSOS-LEEM	L'image des entreprises du médicament : quel impact de la crise Covid ?	Vaccination	IPSOS-LEEM