MISSION GOUVERNEMENTALE
PRÉVENTION SANTÉ
confiée à **Cyrille ISAAC-SIBILLE**,
député du Rhône

SYNOPSIS

CONSTRUIRE UN SYSTÈME DE PRÉVENTION PRIMORDIALE

« INVESTIR DANS LA PRÉVENTION PRIMORDIALE AUTANT QUE DANS LE SOIN. »

« REPLACER NOTRE SANTÉ SOUS DE BONNES INFLUENCES »

RAPPORT PUBLIC
remis au Premier ministre,
Sébastien Lecornu
le 13 juillet 2026

PRÉVENTION SANTÉ

confiée à **Cyrille ISAAC-SIBILLE**, député du Rhône

RAPPORT
Construire un système
de prévention primordiale

Scannez ce QR code pour consultez le rapport dans son intégralité

ABRÉGÉ
Construire un système
de prévention primordiale

Scannez ce QR code pour consultez l'abrégé du rapport

« Investir dans la prévention primordiale autant que dans le soin. »

« Replacer notre santé sous de bonnes influences »

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

Notre système de soins est une force. Mais face à la progression des maladies chroniques, au vieillissement de la population et à la persistance des inégalités de santé, soigner ne peut plus être notre seule réponse.

Une grande partie de notre santé se construit bien avant l'apparition de la maladie : dans nos conditions de vie, notre environnement, notre alimentation, notre travail, notre éducation et nos comportements.

C'est tout l'enjeu de la prévention primordiale : agir le plus en amont possible pour créer les conditions qui permettent à chacun de naître, grandir, apprendre, travailler, vivre et vieillir en bonne santé.

Une prévention fondée sur la science, pilotée nationalement, déployée dans les territoires, évaluée, financée dans la durée et accessible à tous, avec une attention particulière portée à ceux qui en ont le plus besoin. Il ne s'agit pas de choisir entre prévenir et guérir.

Il s'agit enfin de nous donner les moyens de faire les deux. Investir dans la prévention primordiale autant que dans le soin, c'est investir dans notre santé, réduire les inégalités et préserver durablement notre modèle de protection sociale.

Cyrille Isaac-Sibille
Député du Rhône
Conseiller métropolitain de la Métropole de Lyon

LE DÉROULÉ DU RAPPORT

327 auditions, dont **91** conduites par le groupe d'experts animé par le Professeur Franck Chauvin

15 déplacements et rencontres de terrain

147 contributions écrites (citoyens, professionnels, chercheurs, associations, collectivités territoriales, administrations, organismes de protection sociale et acteurs de terrain ont participé à cette réflexion collective.)

1,97 millions personnes touchées pendant la mission

1

POURQUOI UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION, AUJOURD'HUI ?

1

a) Parce que la santé de la population se dégrade

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

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

Les patients atteints de maladies chroniques ont doublé depuis 25 ans. L'augmentation des maladies chroniques n'est pas seulement liée au vieillissement de la population : 25% des 45-54 ans présentent au moins 2 maladies chroniques.

Les personnes en ALD étaient 6 millions au milieu des années 2000 représentant 10% de la population française. **En 2024 elles sont 14 millions représentant 20% de la population. L'assurance maladie estime qu'elles seront 18 millions en 2035.**

40 % des cancers pourraient être évités en agissant sur les principaux comportements et facteurs de risque.

18,1 % des adultes sont touchés par l'obésité, soit + de **9,5 millions de personnes**.
Son coût socio-économique est estimé à 12,7 milliards d'euros et pourrait atteindre 15,4 milliards en 2030.

95 % des adultes sont exposés à un risque de détérioration de la santé
en raison d'un manque d'activité physique ou d'un temps trop important passé assis.

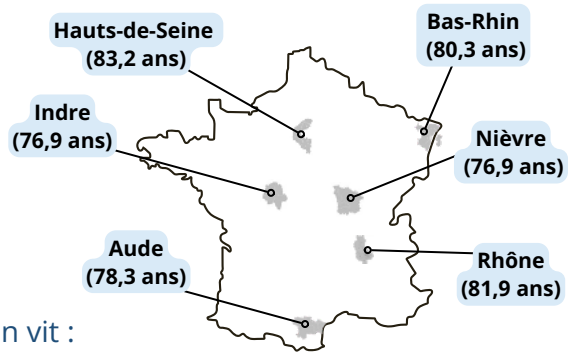
b) Parce que les gradients de santé s'amplifient

DES INÉGALITÉS SOCIALES

13 ans d'écart d'espérance de vie entre les 5 % des hommes les plus modestes et les 5 % les plus aisés. Chez les femmes, cet écart atteint 9 ans.

ILLUSTRATION

- À 50 ans, le risque annuel de décès est **sept fois supérieur** chez les hommes les plus modestes par rapport aux plus aisés.
- Les données récentes de Santé publique France confirment **ce gradient de santé** : les personnes les moins diplômées déclarent 3,5 fois plus souvent un diabète que les plus diplômées.



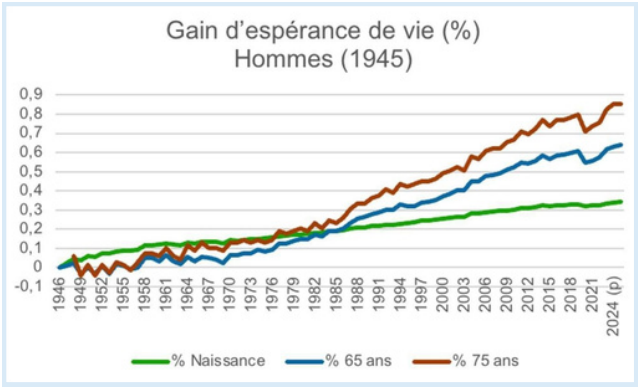
DES INÉGALITÉS TERRITORIALES

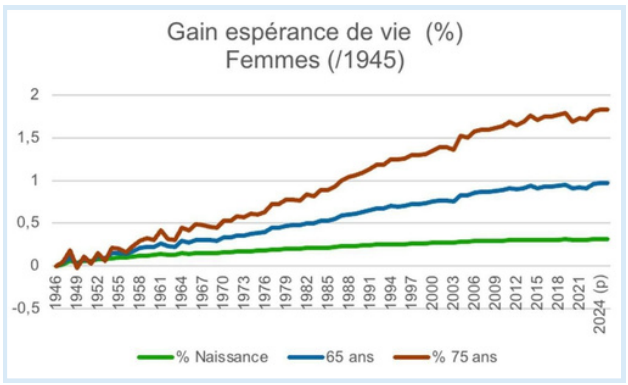
Plus de **6 années d'écart** en fonction de son département.

L'état de santé dépend également du territoire dans lequel on vit :
qualité du logement, pollution, accès à une alimentation de qualité, possibilités d'activité physique, transports, environnement social, offre de prévention et accès aux services.

DES INÉGALITÉS SELON L'ÂGE

L'espérance de vie augmente pour les plus de 65 ans ; cependant l'espérance de vie à la naissance reste stable ou régresse pour les femmes.





c) Parce ce que notre modèle de protection sociale est en danger

L'inaction n'est pas l'absence de politique : c'est une politique par défaut ; elle laisserai les déterminants défavorables produire leurs effets néfaste sur la santé. La santé des populations continuera de se dégrader au cours des prochaines décennies.

L'Assurance maladie estime ainsi que la prévalence des maladies chroniques, qui représentent déjà l'essentiel des dépenses de santé, poursuivra une forte progression à l'horizon 2030 et 2035 (+ 7 points).

Selon les mêmes projections de l'Assurance maladie, **le déficit de la branche maladie pourrait atteindre** :

41 milliards €

à l'horizon 2030.

La prévention primordiale ne constitue pas une dépense supplémentaire, mais un **investissement indispensable pour préserver la soutenabilité financière de l'Assurance maladie** et assurer la prise en charge universelle des extraordinaires innovations thérapeutiques et les soins de précision qui n'ont pas de modèle économique.

2

POURQUOI, MALGRÉ UNE AMBITION REVENDIQUÉE PAR TOUS, FAISONS-NOUS SEMBLANT DE FAIRE DE LA PRÉVENTION?

En 1945, nos prédécesseurs avaient mis en place un réel et équilibré systeme de santé : d'un côté **la prévention avec la PMI, la médecine scolaire et la médecine du travail**, de l'autre la réparation par le soin avec l'Assurance maladie.

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

« »

Cyrille Isaac-Sibille

80 %

de notre de santé dépendent de nos comportements et de nos environnements.

20 %

relèvent de la santé.

Pourtant, notre réponse reste essentiellement la même : investir toujours davantage dans le soin plutôt que dans ce qui permettrait d'éviter ou de retarder la maladie. La prévention, elle, reste dispersée : pas de véritable chef de file, pas de priorités, pas d'objectifs, des financements fragmentés, des actions insuffisamment coordonnées et trop peu évaluées.

Pourquoi le comité interministériel ne s'est pas réuni depuis 5 ans ? Pourquoi la stratégie nationale de santé n'est-elle pas publiée ?

La santé reste encore trop souvent l'affaire du seul ministère de la Santé, alors que les décisions prises en matière d'éducation, d'agriculture, de logement, de transports, de travail ou d'environnement déterminent directement notre état de santé.

« **Cependant le système résiste et privilégie toujours le soins qui s'est organisé autour d'un marché solide, la prévention étant progressivement considéré comme accessoire alors qu'elle devrait être au cœur de notre politique de santé.** »

« »

Cyrille Isaac-Sibille

Le soin s'est structuré et développé autour d'un marché avec des financeurs (AMO/AMC) et des offreurs de soins : établissements publics et privés, professionnels libéraux, actes tarifés, laboratoires pharmaceutiques, recherche, innovation.

La prévention, elle, est devenue le parent pauvre et oublié de notre système de santé. Les médecines de prévention (PMI, médecine scolaire, médecine du travail) "se sont fragilisés", ses acteurs sont devenus marginalisés et ses financements sont restés fragmentés.

3

POURTANT EN FRANCE, NOUS AVONS...

a) Tous les atouts pour agir

« La France dispose déjà d'une véritable armée prête à se lever. »

Cyrille Isaac-Sibille

Associations, collectivités, professionnels de santé, établissements sanitaires et médico-sociaux : les acteurs sont nombreux, compétents et déjà engagés.

Les territoires disposent également de leviers puissants pour agir directement sur nos conditions de vie : alimentation, activité physique, logement, mobilité, environnement, école ou encore lien social.

Les outils existent eux aussi : PMI, contrats locaux de santé, CPTS, Maisons des 1 000 premiers jours, Maisons des adolescents, Maisons Sport-Santé, GHT… La France ne manque donc pas d'initiatives. Elle souffre surtout de leur dispersion et de leur manque d'articulation.

Nous devons mieux coordonner, pérenniser et mettre en mouvement ce qui existe déjà.

b) La prévention depuis 10ans a marqué des points

L'obligation des 11 vaccins pour les nourrissons a redressé la couverture vaccinale. L'apparition du Nutri-Score a modifié nos habitudes alimentaires, et le paquet neutre a accéléré la baisse du tabagisme, tout comme la généralisation du vaccin HPV au collège.

c) Nous bénéficions d'exemples étrangers qui fonctionnent et d'une littérature internationale

La France peut s'appuyer sur des principes déjà documentés par la recherche et éprouvés dans différents systèmes de santé. Une politique de prévention doit davantage s'appuyer sur la science, être pilotée par la donnée avec des actions probantes et transférables.

La littératie en santé permet à chacun de mieux comprendre les informations qui concernent sa santé et d'agir en conséquence. Plus d'un tiers des citoyens européens présentent un niveau insuffisant de littératie en santé, associé notamment à un moindre recours à la prévention et au dépistage.

L'universalisme proportionné permet de conserver des politiques accessibles à tous, tout en renforçant les moyens et l'accompagnement auprès des populations et des territoires qui en ont le plus besoin.

4

LES PROPOSITIONS DU RAPPORT

AXE 1 - FAIRE DE LA SANTÉ L'AFFAIRE DE TOUS

AXE 2 - FAIRE DE NOS LIEUX DE VIE, DES LIEUX DE SANTÉ

AXE 3 - SE FIXER 6 PRIORITÉS

AXE 4 - SE DOTER D'OUTILS

48 propositions du rapport regroupés en 4 axes

L'enjeu n'est pas de créer de nouvelles structures, il s'agit de coordonner l'existant, de redéfinir le rôle de chacun, de fixer un cadre national avec des objectifs, des priorités, des indicateurs et des tableaux de bords en laissant les acteurs s'organiser sur les territoires.

AXE 1 - FAIRE DE LA SANTÉ L'AFFAIRE DE TOUS

La première étape est celle de la prise de conscience collective, des plus hauts décideurs jusqu'à chaque citoyen. Notre santé ne dépend pas seulement du système de soins ; elle se construit d'abord à travers nos déterminants de santé et à nos environnements de vie, qui influencent directement nos comportements : éducation, alimentation, activité physique, sommeil, addictions ou encore liens sociaux.

Rendre la prévention visible

La prévention doit être identifiée comme le pilier de la politique de santé, avec ses objectifs doivent être débattus démocratiquement et compris par tous et ses résultats régulièrement rendu publics. Il s'agit de passer d'une succession de campagnes et de plans à une ambition nationale clairement identifiable.

Porter cette ambition au plus haut

La prévention ne relève pas du seul ministère de la Santé : école, alimentation, logement, travail, transports, sport ou environnement influencent directement notre santé. Cette politique doit donc bénéficier d'un portage politique interministériel et démocratique, notamment à travers une Conférence nationale de la prévention, et la Stratégie nationale de santé doit être présenté et discuté.

Faire entrer la prévention dans nos objectifs de dépenses de santé

Ce que l'on ne mesure pas reste secondaire. Des objectifs de prévention doivent être intégrés au pilotage de l'ONDAM, afin que la politique de santé ne mesure plus seulement les moyens consacrés au soin, mais aussi notre capacité à éviter ou retarder l'apparition des maladies.

Afficher la prévention primordiale dans le budget.

- Renommer le sixième sous-objectif « autres » en sous-objectif « prévention et autres » ou créer un septième sous-objectif de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) dédié à la prévention.
- Les jaunes et oranges budgétaires devraient présenter une vision consolidée de l'effort national consacré à la prévention, à la recherche et aux données, en distinguant notamment les différents financeurs, les objectifs poursuivis, les publics concernés.

Cf. propositions n°1, 34 à 36 et 39 du rapport.

AXE 2 - FAIRE DE NOS LIEUX DE VIE, des lieux de santé

Là où nous vivons : faire des territoires le moteur de la prévention

Logement, urbanisme, mobilité, alimentation, environnement, activité physique : les collectivités disposent de leviers directs sur notre santé.

Les Contrats locaux de santé (CLS) doivent devenir le bras armé de la prévention dans les territoires, en mettant autour de la même table les acteurs locaux autour d'objectifs communs.

Parce que la santé est la priorité des Français, faire du CLS le document d'une planification des politiques locales de santé comme le PLU le fait concernant l'urbanisme, le logement et les déplacements. Les CLS, généralisés à l'ensemble du territoire national et opposables, permettront une appropriation de la politique de santé par l'ensemble des acteurs et par les citoyens.

Faire des Contrats locaux de santé (CLS) le bras armé territorial de la prévention primordiale.

- Les CLS sont généralisés à l'ensemble du territoire national, ils sont opposables (à l'instar du PLU-H) et publics.
- Ils associent l'ensemble des acteurs en lien avec la santé au sens large (mobilités, logements, environnements, ...).
- Ils bénéficient de tableaux de bord permettant de croiser des données sanitaires, sociales et environnementales du territoire.
- L'État via les agences régionales de santé (ARS) concluent des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les collectivités porteuses de CLS, adaptant les priorités fixées par la stratégie nationale de santé, définissant les priorités territoriales, les objectifs poursuivis, les moyens mobilisés pour l'ingénierie et les actions déployées.
- Ils bénéficient de l'appui méthodologique d'un consortium scientifique régional qui publie un guide méthodologique pour accompagner les collectivités au déploiement, au suivi et à l'évaluation des CLS.
- Le financement des CLS et de l'ingénierie nécessaire est assuré par un redéploiement de l'enveloppe du Fonds d'Investissement Régional (FIR) finançant les actions de prévention et promotion de la santé.

Là où nous apprenons : protéger la santé dès le plus jeune âge

La petite enfance, l'enfance et la jeunesse sont déterminantes pour la santé future : alimentation, activité physique, sommeil, compétences psychosociales, santé mentale, écrans ou environnement familial s'y construisent.

Le rapport souligne l'existence de ruptures **individuelles**, **institutionnelles** et **territoriales** entre ces différentes périodes.

Il nous faut construire une véritable continuité de prévention de 0 à 25 ans, alors qu'aujourd'hui PMI, médecine scolaire et santé étudiante interviennent encore trop souvent séparément.

Créer un Service public de santé enfance et jeunesse.

- Constituer un continuum de prévention primordiale, de la conception à l'entrée dans la vie active, en formalisant un réseau rassemblant les services de protection maternelle et infantile (PMI), la médecine scolaire et les services de santé étudiante.
- Redéfinir et faire converger les missions des 3 structures : prévention avec les programmes, promoteurs de santé (crèches, écoles, universités), dépistage, vaccinations …
- Amplifier l'attractivité des médecins, infirmiers, psychologues, au moyen d'un statut d'emploi (ex. : praticiens des médecines de prévention, comme il existe des Praticiens Hospitaliers).
- Permettre aux professionnels du service public un accès à Mon Espace Santé pour garantir une continuité des dossiers de santé des enfants et jeunes.
- Coordonner à l'aide d'une structure type groupement d'intérêt public (GIP).
- Établir une contractualisation financière entre l'État, les conseils départementaux, les universités.
- Orienter les moyens vers les territoires et les publics qui rencontrent le plus de difficulté.

Là où nous travaillons : faire du travail un lieu de prévention

Le travail est un déterminant de santé. L'entreprise et les branches professionnelles doivent donc devenir pleinement des lieux de prévention, en mobilisant les partenaires sociaux, les services de prévention et de santé au travail, les complémentaires santé et les institutions de prévoyance.

Faire des lieux de travail des milieux favorables à la santé.

- Reconnaître le travail comme un déterminant de santé.
- Associer les SPST à la définition des contrats collectifs de protection sociale complémentaires conclus par les entreprises ou par les branches pour faire converger leurs actions.
- Attribuer un rôle aux complémentaires

Là où nous nous soignons : faire passer, lors de chaque contact, un message de prévention

Les lieux de soins ne doivent plus seulement « réparer, compenser ou orienter après la maladie » : ils doivent devenir des points d'appui d'une responsabilité territoriale et populationnelle de prévention.

Chaque interaction avec un professionnel ou une structure de santé devient une opportunité pour favoriser des comportements favorables à la santé, par une intervention très brève ou une orientation vers le dispositif adapté.

Déployer le dispositif « Making every contact count » (MECC) ou « chaque contact compte » pour l'ensemble des professionnels de santé.

- Saisir « toutes les occasions de contacts et d'échanges » avec un professionnel ou une de santé pour favoriser des comportements favorables à la santé, grâce à des interventions très brèves ou à une orientation vers les dispositifs adaptés.

Cf. propositions n°1, 34 à 36 et 39 du rapport.

AXE 3 - SE FIXER 6 PRIORITÉS

6 priorités : la littératie en santé, la santé mentale, la vaccination, le bien-vieillir, la santé environnementale et les comportements favorables à la santé.

Ces priorités doivent ensuite être traduites **en objectifs clairs et chiffrés pour chaque ministère**, suivis dans le temps et rendus publics. Une conférence nationale de santé des populations fixerait cette vision tous les cinq ans et un comité interministériel assurerait son suivi annuel.

1. UNE POLITIQUE DE LITTÉRATIE EN SANTÉ, individuelle et institutionnelle

La capacité, pour chaque individu et chaque institution, à accéder à une information fiable, à la comprendre, à l'évaluer de manière critique et à l'utiliser pour prendre des décisions éclairées est une condition essentielle de l'efficacité des politiques de santé.

CPS

Cette culture de la santé doit s'acquérir dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, en développant les compétences psychosociales, la culture scientifique et la littératie numérique. Elle suppose également de former les professionnels de santé et les acteurs qui, par leurs décisions, agissent sur nos conditions de vie.

Faire de la littératie en santé un levier d'autonomie tout au long de la vie.

- Construire un parcours de développement de la littératie en santé tout au long de la vie, en n'oubliant pas la littératie numérique.
- Développer les compétences psychosociales et la culture scientifique de la population dans tous les lieux de vie.
- Créer un Observatoire national de la littératie en santé, chargé de mesurer régulièrement le niveau de littératie de la population, de suivre les inégalités sociales et territoriales, d'évaluer les interventions et de publier un rapport annuel remis au Parlement.

Cf. propositions n°10 à 28 du rapport.

2. UNE POLITIQUE DU BIEN-ÊTRE MENTAL

Une personne sur quatre sera confrontée à un trouble psychique au cours de sa vie. Le bien-être mental est un déterminant majeur de la santé, de la réussite éducative, de l'insertion professionnelle et de la cohésion sociale.

La prévention doit intervenir dès la grossesse et les 1 000 premiers jours, puis pendant l'enfance, l'adolescence et les transitions vers la vie adulte. Le développement des compétences psychosociales et des premiers secours en santé mentale doit être généralisé dans les lieux de vie, d'apprentissage et de travail.

Construire un parcours de prévention en santé mentale tout au long de la vie.

- Généraliser les interventions de prévention précoces, en renforçant les actions conduites chez les femmes enceintes grâce aux entretiens post-nataux précoces, durant les mille premiers jours, l'enfance, l'adolescence, les transitions vers la vie adulte.

- **Développer les compétences psychosociales (CPS)** et de la politique de premiers secours en santé mentale (PSSM) aux personnes n'ayant pas la possibilité de le faire financer par l'entreprise ou le compte professionnel de formation, en assurant leur généralisation dans les établissements d'accueil du jeune enfant, les écoles, les collèges, les lycées, les universités en s'appuyant sur le service public de l'enfance (cf. Supra), ainsi que dans les politiques de qualité de vie et des conditions de travail.

- Intégrer systématiquement la santé mentale dans les politiques publiques, en évaluant l'impact des décisions publiques sur le bien-être mental de la population.

- Mettre en place des tableaux de bord nationaux et territoriaux de la santé mentale intégrant des indicateurs, d'une part, de bien-être mental, et d'autre part, d'automutilations.

3. UNE POLITIQUE DE VACCINATION

La vaccination est l'un des leviers les plus efficaces de la prévention primordiale. Elle protège contre les maladies infectieuses mais participe aussi à la prévention de certains cancers, des pathologies chroniques et de la perte d'autonomie.

Elle ne peut plus être pensée comme une succession de campagnes mais comme une politique continue tout au long de la vie, avec des objectifs de couverture vaccinale, un carnet électronique de référence, un meilleur suivi des données et des actions d'aller-vers pour réduire les occasions manquées.

Établir une feuille de route pour la vaccination 2025-2030

La feuille de route nationale poursuivrait onze objectifs complémentaires :

- définir des objectifs nationaux de couverture vaccinale et de réduction des inégalités ;
- mettre en place une instance nationale de pilotage, sans créer de nouvelle agence, afin d'assurer la coordination des acteurs ;
- disposer d'un carnet de vaccination électronique de référence, interopérable avec Mon Espace Santé, le DMP et le SNDS ;
- structurer une politique nationale de communication et de formation des professionnels comme du grand public ;
- mettre en place un registre vaccinal national et des tableaux de bord en temps réel ;
- renforcer la coordination territoriale afin de réduire les occasions manquées de vaccination ;
- développer les dispositifs de proximité, la médiation sanitaire et les actions d'aller-vers auprès des populations les plus éloignées ;
- renforcer les compétences des professionnels et structurer une véritable filière de la vaccination ;
- développer une évaluation robuste des politiques vaccinales, fondée sur des données interopérables et des indicateurs partagés ;
- fluidifier les processus décisionnels et documenter les bénéfices sanitaires et médico-économiques des stratégies vaccinales ;
- soutenir la recherche en vaccinologie et l'innovation afin d'anticiper les évolutions scientifiques et les futurs besoins de santé publique.

4. PRÉSERVER L'AUTONOMIE : UNE POLITIQUE DU BIEN-VIEILLIR

La prévention ne peut plus être pensée uniquement comme une réponse à la perte d'autonomie. Elle doit permettre de préserver durablement les capacités fonctionnelles et de retarder l'apparition des fragilités.

Le vieillissement futur se prépare dans l'enfance, se consolide à l'âge adulte et se joue de manière particulièrement décisive à la mi-vie. Préserver la cognition, la mobilité, la nutrition, la vision, l'audition, la santé mentale et le lien social peut se traduire simplement :
MANGER – BOUGER – PARLER.

5. MODIFIER LES NORMES SOCIALES ET LES ENVIRONNEMENTS DE VIE

Les comportements de santé ne relèvent pas de la seule responsabilité individuelle. Ils sont profondément influencés par des déterminants commerciaux, par les prix, la publicité, les normes sociales, l'offre alimentaire, l'organisation des espaces publics, les conditions de travail ou encore les architectures numériques.

L'exemple du tabac montre que l'on peut durablement modifier les comportements en agissant simultanément sur l'éducation, l'information et la régulation. La même logique doit s'appliquer à l'alcool, à l'alimentation, à l'activité physique, aux addictions ou aux écrans : agir sur les environnements pour rendre les comportements favorables à la santé plus simples et plus naturels.

Instaurer une génération sans tabac
pour les personnes nées après 2009, en combinant plusieurs leviers :

- la prévention et l'intervention précoce avant les premiers usages ou au plus tôt après, pour éviter qu'ils ne s'installent ;
- la réduction des risques, incluant le vapotage ;
- l'accès aux traitements de substitution et à l'accompagnement ;
- la poursuite de l'augmentation des prix ;
- un environnement global défavorable à la consommation (normes sociales, communication, non accessibilité par l'interdiction de vente).

Améliorer la qualité nutritionnelle des aliments.

- Rendre le Nutri-Score obligatoire.
- Taxer fortement les sucres ajoutés, voire les interdire dans certaines catégories de produits ou à destination de certains consommateurs (enfants).
- Taxer fortement ou interdire les produits ultra-transformés.

AXE 4 - UNE POLITIQUE PILOTÉE PAR LA DONNÉE ET LA SCIENCE

Une politique de prévention doit **être pilotée par la donnée**, **s'appuyer sur des tableaux de bord**, **être éclairée par la science** et **évaluée sur ses résultats**.

La France dispose de nombreuses actions probantes ou prometteuses qui seraient identifiées dans un registre national ; les acteurs locaux bénéficieraient d'un appui scientifique ; et le passage à l'échelle serait conditionné à quatre critères :
la preuve, l'équité, la transférabilité et la soutenabilité.

Cette logique doit également s'appliquer aux politiques publiques elles-mêmes. Les évaluations d'impact en santé permettraient de mesurer en amont les conséquences sanitaires d'une décision concernant, par exemple, l'urbanisme, les transports ou l'environnement, puis de rendre leurs résultats publics. **L'objectif n'est donc plus de mesurer combien d'actions de prévention ont été financées, mais si elles améliorent effectivement la santé de la population.**

ACCOMPAGNÉE PAR LA SCIENCE

Pour mieux relier la connaissance scientifique à la décision publique et à l'action de terrain, la prévention doit bénéficier d'un appui scientifique structuré.

- **Confier au CASA la gouvernance nationale de la preuve en prévention.**
- S'appuyer sur ReperPrev pour identifier et diffuser les actions qui fonctionnent.
- Accompagner les territoires par des consortiums scientifiques régionaux.

La territorialisation doit s'appuyer sur **des tableaux de bord sanitaire** , **sociaux** et **environnementaux**, des **financements identifiés** et une **ingénierie locale**. Les CPTS, les GHT et les professionnels de santé doivent également être associés aux résultats obtenus.

Créer un espace public rassemblant toutes les données sanitaires, sociales, environnementales, pour piloter une politique de prévention primordiale, avec :

- Un référentiel national d'indicateurs.
- Des tableaux de bord nationaux et territoriaux, à articuler avec le tableau de bord des déterminants de santé pour les CLS renforcés, pour établir et suivre les politiques publique.
- Une gouvernance de la donnée placée sous l'autorité de la Direction générale de la santé (DGS), associant les producteurs de données, les opérateurs publics, les territoires, la recherche, les associations et les représentants d'usagers.
- Une doctrine d'interopérabilité permettant de rendre compatibles les différentes sources de données.
- Une charte de qualité, de lisibilité et de transparence garantissant que chaque indicateur soit documenté.
- Une doctrine d'accès et de partage distinguant les usages selon les finalités : information publique, pilotage des politiques publiques, recherche, évaluation…

POINT PARTICULIER - Anticiper la prévention par l'IA

L'intelligence artificielle ouvre une nouvelle étape : celle d'une prévention capable de devenir **plus personnalisée**, en croisant des données de santé avec des informations sociales, environnementales ou comportementales. Tout en la plaçant **sous garanties publiques**. Il s'agit notamment d'organiser la coopération entre acteurs publics et privés, de garantir la souveraineté numérique, d'évaluer et de labelliser les solutions proposées et d'expérimenter leur intégration dans des parcours de prévention.

L'enjeu est également social. Une prévention personnalisée ne peut devenir un service performant réservé à ceux qui disposent des moyens financiers, des équipements ou des compétences numériques nécessaires pour y accéder. Son développement doit donc être organisé de manière à **ne pas créer une nouvelle fracture dans l'accès à la prévention.**

Développer une prévention personnalisée rendue possible grâce à l'intelligence artificielle et la placer sous garanties publiques.

- Développer la prévention personnalisée comme un complément aux stratégies populationnelles, en mobilisant les données de santé, les données sociales, environnementales et comportementales afin d'améliorer le ciblage et la pertinence des actions de prévention réalisées par l'Assurance maladie.
- Garantir la souveraineté numérique, en encadrant les partenariats public-privé et en privilégiant des infrastructures répondant aux exigences françaises et européennes de sécurité et de maîtrise des données.
- Mettre en place un cadre national d'évaluation et de labellisation des outils de prévention algorithmique, élaboré par la Haute Autorité de santé en lien avec les agences sanitaires compétentes.
- Expérimenter des modèles de financement adaptés, notamment des forfaits de parcours préventifs, tout en veillant à prévenir les risques de fracture algorithmique et de renforcement des inégalités sociales de santé.

Cf. propositions n°29 à 32 et n°48 du rapport.

ENGAGER LE CHANGEMENT AUJOURD'HUI

Une politique de prévention permet des effets à court terme. La littérature internationale identifie notamment des interventions efficaces sur le tabac, l'alcool et l'alimentation, dont certaines peuvent produire des effets en quelques mois ou quelques années.

Des solutions concrètes existent pour pouvoir agir plus rapidement :

TABAC

Viser une génération sans tabac pour les personnes nées après 2009

Prévention précoce, accompagnement à l'arrêt, augmentation des prix et environnement défavorable à la consommation.

SEDENTARITE

Encourager l'activité physique à tous les âges de la vie

école, mobilités actives, entreprise, vieillissement actif et Active Design dans l'aménagement des villes et des bâtiments.

ECRAN

Protéger les jeunes face aux nouveaux risques numériques

Réduire le temps d'écran, mieux informer les parents et protéger les moins de 15 ans de l'accès aux réseaux sociaux.

ALIMENTATION

Rendre le Nutri-Score obligatoire

Agir sur les sucres ajoutés et les produits ultra-transformés

Mieux informer les consommateurs et inciter les industriels

ALCOOL

Mieux encadrer la consommation et la publicité

Limiter notamment la promotion de l'alcool par les influenceurs et renforcer les outils économiques de réduction de la consommation.

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

Identifier chaque année les nouveaux risques pour agir plus vite

Produire chaque année une synthèse scientifique hiérarchisant les risques émergents en santé environnementale afin d'orienter rapidement la recherche, la surveillance et l'action publique.

Ces mesures illustrent le changement de logique recherché : **ne pas faire reposer la prévention sur la seule responsabilité individuelle, mais créer un environnement qui facilite les comportements favorables à la santé.**

Enfin, mieux anticiper les risques émergents en santé environnementale en publiant chaque année une synthèse scientifique permettant de les identifier, de les hiérarchiser et d'orienter plus rapidement l'action publique.

Rédigé par :

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

Accompagné par :

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

Malik LAHOUCINE
Secrétariat général des ministères
chargés des affaires sociales

Karin KAMALANAVIN
Collaboratrice parlementaire
Chargée du suivi de la mission

Jacqueline LEBRUN
Collaboratrice parlementaire

Bastien MATIAS
Collaborateur parlementaire

Sonya Richard
Collaboratrice parlementaire

MISSION GOUVERNEMENTALE

PRÉVENTION SANTÉ

Cyrille ISAAC-SIBILLE,
député du Rhône