

Évaluation *in itinere* du Plan national de santé publique

Rapport

du Haut Conseil

de la santé publique

Collection

Avis et Rapports

Septembre 2020

La promotion de la santé et la prévention représentent le premier axe de la Stratégie nationale de santé 2018-2022. L'objectif du Plan national de santé publique est de rendre opérationnel cet axe en définissant des priorités en matière de prévention.

Le plan et ses déclinaisons s'organise autour de l'âge des publics avec la volonté d'agir le plus tôt possible et tout au long de la vie, notamment dans l'optique de garantir à tous une égalité réelle en matière d'accès à la prévention et aux soins.

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a reçu une saisine de la Ministre des Solidarités et de la santé en date du 12 octobre 2018, portant sur l'évaluation du PNSP et déclinée en 3 volets.

En mars 2019, le HCSP a publié un premier rapport, spécifique au premier volet, évaluant la pertinence et la cohérence du plan dans un contexte complexe de plans européens, nationaux, thématique, populationnels et régionaux.

Le présent rapport porte sur le deuxième volet de la saisine, il a été réalisée par le groupe de travail (GT) « Stratégie nationale de santé » du HCSP. Il s'agit d'une évaluation *in itinere* qui sera menée tout au long du plan et permettra ainsi d'émettre des recommandations dans une logique d'amélioration en continu et dans le dialogue avec les parties prenantes.

Construit dans une approche interministérielle, selon le principe que la santé est tributaire de toutes les politiques (*Health in all policies*), le plan est innovant, évolutif et adaptatif. Mobilisateur, il affirme la volonté de l'ensemble du gouvernement de s'engager résolument pour que la prévention ne soit plus seulement un concept tant pour la population que pour les professionnels qui agissent en faveur de la santé dans toutes ses dimensions.

Plus qu'un plan, le PNSP apparaît comme un cadre d'orientation permettant de donner une impulsion pour structurer et pérenniser un engagement politique déterminé ; il incite les plus hautes autorités de l'Etat à un engagement en faveur de la prévention.

Dans ce sens, l'intitulé Priorité prévention est plus adapté et plus dynamique : il devrait remplacer l'intitulé PNSP et devenir une signature, un label identifiant désormais les engagements nationaux mais également régionaux et locaux, portés par l'Etat et les collectivités.

La coordination intersectorielle nationale devait être déclinée au niveau régional pour renforcer les synergies et la réflexion collective autour d'enjeux communs. La création d'un répertoire de déclaration des actions de prévention, ou le rattachement à un dispositif existant, est nécessaire pour favoriser la mise en lumière des très nombreuses actions mises en œuvre et veiller à réduire les inégalités territoriales de santé.

Les deux premières années de Priorité prévention sont marquées par des engagements majeurs et la mobilisation des parties prenantes, membres du Comité permanent restreint.

L'effort doit, à présent porter sur la présentation pédagogique de cette démarche ambitieuse, sa déclinaison territoriale et la valorisation des activités et des initiatives. L'évaluation *in itinere* veillera à suivre dans le temps sa notoriété et son influence sur les approches intersectorielles et populationnelles ainsi que sa contribution aux indicateurs d'évaluation de la SNS et des plans existants.

Le HCSP engage à présent l'évaluation du 3^e volet de la saisine. *Ex post*, il s'agira de l'évaluation des ressources mobilisées pour la mise en œuvre des mesures rapportés aux résultats obtenus. Quatre thématiques ont été retenues :

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

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction.....	6
1.1	<i>Le Plan national de santé publique – « Priorité Prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie »</i>	<i>6</i>
1.2	<i>La saisine de la Ministre des Solidarités et de la santé.....</i>	<i>7</i>
1.2.1	<i>Une saisine comportant 3 volets (Annexe 1)</i>	<i>7</i>
1.2.2	<i>Volet 1 : évaluer la pertinence du PNSP (rapport publié par le HCSP en mars 2019) 8</i>	
1.2.3	<i>Volet 2 : sur une partie du Plan, évaluation <i>in itinere</i> (point annuel prévu pour présenter des rapports intermédiaires)</i>	<i>9</i>
1.2.4	<i>Volet 3 : sur une partie du plan, évaluation ex-post</i>	<i>10</i>
2	Cadre de l'évaluation <i>in itinere</i>	11
2.1	<i>Dispositif d'évaluation.....</i>	<i>11</i>
2.2	<i>Période évaluée.....</i>	<i>11</i>
2.3	<i>Méthodologie de l'évaluation</i>	<i>11</i>
3	Neuf constats clés issus de la première année de mise en œuvre du Plan	13
3.1	<i>Constat n°1 : « Priorité Prévention » : une traduction de la volonté du Gouvernement de s'engager en faveur de la prévention et de la promotion de la santé</i>	<i>13</i>
3.2	<i>Constat n°2 : Un positionnement du PNSP parmi les autres plans, mesures et actions en santé qui reste complexe et peu lisible tant pour les professionnels que pour les élus et les collectivités</i>	<i>13</i>
	<i>Recommandations</i>	<i>16</i>
3.3	<i>Constat n°3 – « Priorité Prévention » : un engagement au caractère évolutif et adaptatif 17</i>	
	<i>Recommandations</i>	<i>17</i>
3.4	<i>Constat n°4 – « Priorité Prévention » : une démarche interministérielle innovante</i>	<i>18</i>
	<i>Recommandations</i>	<i>19</i>
3.5	<i>Constat n°5 : Une démarche qui est faiblement portée à l'échelle territoriale du fait de l'absence de déclinaison régionale.....</i>	<i>20</i>
	<i>Recommandations</i>	<i>21</i>
3.6	<i>Constat n°6 : « Priorité Prévention » : un ensemble de mesures structurantes au niveau de granularité hétérogène</i>	<i>22</i>
	<i>Recommandations</i>	<i>22</i>
3.7	<i>Constat n°7 : Une prise en compte des publics prioritaires et des enjeux territoriaux jugée peu visible dans la rédaction et la mise en œuvre de « Priorité Prévention ».....</i>	<i>22</i>

Recommandations	23
<i>3.8 Constat n°8 : Une inadéquation entre les indicateurs d'évaluation disponibles et les mesures de « Priorité Prévention »</i>	<i>23</i>
Recommandations	25
<i>3.9 Constat n°9 : Prendre en compte les évaluations internes dans l'évaluation in itinere. 25</i>	<i>25</i>
Recommandations	25
Focus sur deux mesures phares	25
<i>3.1 Mesure phare n°7 : La santé des enfants et des jeunes - L'école promotrice de santé . 26</i>	<i>26</i>
3.1.1 Une mesure déclinée en 4 objectifs.....	26
3.1.2 Une mesure phare qui cible plusieurs déterminants de santé.....	26
3.1.3 Des objectifs ambitieux mais une mise en œuvre et des indicateurs d'évaluation limités à ce stade du plan.....	27
3.1.4 La prise en compte des inégalités sociales.....	28
3.1.5 Recommandations.....	29
<i>3.2 Mesure phare n°24 : La santé des plus de 65 ans : Prévenir la perte d'autonomie en agissant dans les milieux de la vie.....</i>	<i>31</i>
3.2.1 Une mesure phare déclinée en 2 mesures opérationnelles.....	31
3.2.2 Une mesure phare qui cible plusieurs déterminants de santé.....	31
3.2.3 Des objectifs clairs mais appelés à être renforcés dans le cadre de stratégie "Vieillir en bonne santé" pour s'inscrire dans une stratégie globale en faveur de la prévention de la perte d'autonomie	32
3.2.4 Recommandations.....	33
4 Conclusion et synthèse des recommandations.....	35
4.1 Conclusion.....	35
4.2 Synthèse des recommandations.....	36
5 Annexes	40
5.1 Annexe 1 : Saisine de la Ministre des solidarités et de la Santé.....	40
5.2 Annexe 2 : Composition du groupe de travail du HCSP dédié à l'évaluation du Plan national de santé publique.....	42
5.3 Annexe 3 : Guides d'entretiens.....	43
5.4 Annexe 4 : Trames de questionnaire en ligne.....	46
5.5 Annexe 5 : Fiche mesure détaillée « La santé des enfants et des jeunes - L'école promotrice de santé ».....	50
5.6 Annexe 6 : Fiche mesure détaillée « La santé des plus de 65 ans : Prévenir la perte d'autonomie en agissant dans les milieux de la vie ».....	62

1 INTRODUCTION

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

La Stratégie nationale de santé (SNS)¹ 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 toutes les politiques publiques relatives aux enjeux de santé. Elle se fonde sur l'analyse de l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'actions envisageables pour répondre aux grands défis que rencontre notre système de santé.

La SNS se structure en quatre axes complémentaires, eux-mêmes déclinés en onze domaines d'actions prioritaires. Le premier axe met en avant le besoin d'investir prioritairement la promotion de la santé et la prévention, en raison du vieillissement de la population d'une part, de la recrudescence des maladies chroniques d'autre part. 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), également intitulé « Priorité Prévention », qui a pour objectif de rendre opérationnel l'axe 1 de la SNS en définissant des priorités en matière de développement de la prévention.

Le plan « Priorité Prévention » comporte 25 mesures phares² et 156 mesures et/ou actions adoptées en 2018, enrichies chaque année³. 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, etc.

Le plan irrigue lui-même plusieurs plans spécifiques. Sa pertinence et sa cohérence avec l'ensemble de ces plans ont fait l'objet d'un premier rapport d'évaluation publié par le Haut Conseil de la santé publique en mars 2019⁴.

¹ Stratégie nationale de santé 2018-2022 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

² Priorité prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie. Comité interministériel pour la santé. Dossier de presse 26 mars 2018 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf

³ 2019, priorité à l'alimentation, la nutrition, l'activité physique : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/article/2019-priorite-a-l-alimentation-la-nutrition-l-activite-physique>

⁴ Haut Conseil de la santé publique. Rapport Évaluation de la pertinence et de la cohérence du Plan national de santé publique du 14 mars 2019 : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=708>

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, notamment dans l'optique de garantir à tous une égalité réelle en matière d'accès à la prévention et aux soins.

Le Gouvernement a en effet fait de la prévention et de la lutte contre les inégalités sociales de santé une priorité de santé publique. Des plans et programmes nationaux ont été déployés ces dernières années pour sensibiliser la population française à l'adoption de comportements favorables à leur santé.

Les facteurs de risque étant généralement multiples, le plan 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 un objectif fort : 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. L'implication des acteurs à l'échelle territoriale est un support permettant de déployer des actions en adéquation avec les besoins d'un bassin populationnel donné.

Tout l'enjeu du plan est de définir des mesures de santé publique qui puissent couvrir et protéger les populations tout au long de leur vie. Pour cela, la notion de milieu de vie est fondamentale en ce qu'elle permet d'accompagner les publics au plus près de leurs besoins et de leurs problématiques, dans une logique d'universalisme proportionné. Le plan 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, ... L'action coordonnée et complémentaire de ces acteurs doit contribuer à réduire les inégalités sociales de santé en renforçant les logiques « d'aller vers », et à limiter ainsi les pertes de chances.

Le plan, parce qu'il repose sur des actions à faire connaître et à déployer auprès des publics aux niveaux national et territorial, doit nécessairement être suivi de manière opérationnelle. Pour ce faire, il convient en amont de rendre le plan lisible afin que les différents acteurs puissent en avoir une bonne connaissance. Le déploiement, la mise en œuvre et le suivi opérationnel du plan résultent nécessairement de la bonne appropriation, par les acteurs, de son contenu. Son suivi opérationnel permet de garantir l'adéquation entre les objectifs qu'il porte, les actions mises en œuvre, et leurs résultats sur les populations, d'où la réalisation d'une évaluation *in itinere*.

1.2 La saisine de la Ministre des Solidarités et de la santé

1.2.1 Une saisine comportant 3 volets (Annexe 1)

« 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.

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.

La saisine se décompose en 3 volets.

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

Objectif du volet :

Il s'agit d'évaluer 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. De même, il convient d'interroger la pertinence des mesures retenues eu égard aux priorités de la Stratégie nationale de santé (SNS).

Échéance des travaux : mars 2019.

Avancement des travaux à date :

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. La démarche de travail mise en œuvre est la suivante :

Le HCSP a analysé les **corrélations** entre :

- les **plans et conventions internationaux** et, en particulier, les 17 objectifs pour le développement durable (ODD)⁵ approuvés à l'Assemblée générale des Nations unies et dont les déclinaisons ont été proposées aux échelles européenne et française ;
- la **SNS** (axe 1 : Prioriser la prévention sur le 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**⁶ » ;
- la trentaine de plans existants ;
- et le Plan national de santé publique « Priorité Prévention ».

En synthèse, les résultats de ce travail permettent au HCSP de considérer que la Stratégie Nationale de Santé et le Plan national de santé publique 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. 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 PNSP.

Concernant la pertinence du PNSP, le HCSP considère que l'objectif de réduction de la mortalité prématurée et de la mortalité évitable est un objectif pertinent. Le PNSP a été construit selon un

⁵ Objectifs de développement durable. 17 objectifs pour sauver le monde : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>

⁶ Ma santé 2022, un engagement collectif : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_synthese.pdf

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.

Globalement, « Priorité Prévention » répond au triple objectif qui lui avait été fixé :

- 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. C'est le cas de quelques objectifs de la SNS qui font l'objet d'objectifs opérationnels limités mais aussi de la politique de prévention à destination des enfants, des adolescents et des jeunes. Le plan gagnerait par ailleurs en efficacité s'il était conçu en termes de programme et non de plan, dans une logique proche de celle adoptée par le Québec qui élabore un Programme National de Santé Publique sur 10 ans⁷.

1.2.3 Volet 2 : sur une partie du Plan, évaluation *in itinere* (point annuel prévu pour présenter des rapports intermédiaires)

Objectif du volet :

Le volet 2 porte sur l'évaluation *in itinere* des effets sur la santé de la population, ses déterminants et la répartition de ces 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 comprendra 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.

Échéance des travaux : juillet 2020.

Avancement des travaux à date :

Ce second volet de l'évaluation fait l'objet du présent 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. Elle 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 ;
 - les interactions qu'il génère ;

⁷ Santé et services sociaux du Québec. Programme national de santé publique 2015-2025 : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>

- 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 ;
 - les résultats en termes d'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie.
- **Concertation et démarche participative** : 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 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 sont exposés dans le présent rapport.

1.2.4 Volet 3 : sur une partie du plan, évaluation ex-post

Objectif du volet :

Le volet 3 repose sur une évaluation ex-post des ressources mobilisées pour la mise en œuvre de quelques mesures rapportées aux résultats obtenus (par exemple, le rapport coût/efficacité des différentes mesures de lutte contre le tabagisme).

Échéance des travaux : à l'issue de « Priorité Prévention » (mars 2022).

Après concertation avec la DGS, le troisième volet de l'évaluation portera sur quatre thématiques :

- la vaccination ;
- l'activité physique ;
- l'alimentation ;
- la lutte contre le tabagisme (sous réserve d'articulation avec les travaux d'évaluation d'ores et déjà en cours, notamment menés par Santé publique France (SpF)/OCDE).

Les travaux seront lancés au dernier trimestre de l'année 2020.

2 CADRE DE L'ÉVALUATION *IN ITINERE*

2.1 Dispositif d'évaluation

L'évaluation a été pilotée par le groupe de travail Stratégie nationale de santé au sein du HCSP accompagné par le cabinet PWC, mandaté par le HCSP à l'issue d'une sélection par appel d'offres selon le code des marchés publics. Les membres sont :

- représentants du Collège ;
- représentants de la commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » ;
- représentants de la commission spécialisée « Maladies chroniques » ;
- représentants de la commission spécialisée « Risques liés à l'environnement » ;
- représentants de la commission spécialisée « Maladies infectieuses et maladies émergentes » ;
- représentants du groupe de travail permanent « Politique de santé de l'enfant globale et concertée » ;
- personnalité invitée pour son expertise ;
- représentants du Secrétariat général.

Ce groupe de travail comptant 26 membres (composition du GT en Annexe 2) s'est réuni 13 fois sur la durée de l'évaluation.

2.2 Période évaluée

Le présent rapport restitue les conclusions issues **de la première année** de l'évaluation *in itinere*. Il sera mis à jour annuellement à la date anniversaire de la saisine.

2.3 Méthodologie de l'évaluation

Une première phase d'évaluation s'est déroulée en 2019 et 2020.

Des auditions et entretiens se sont tenus avec :

- le groupe de travail permanent du HCSP « Politique de santé globale et concertée pour l'enfant » ;
- des représentants du CPR ;
- Les présidents des Conseils territoriaux de santé (CTS) des Yvelines, d'Indre-et-Loire, de la Nièvre et de la Martinique ;
- le président de la commission Prévention de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) des Hauts-de-France ;
- des représentants de collectivités locales : Marseille, Mouans-Sartoux, Besançon, Chalon-sur-Saône, Dijon, Nice ;
- des associations impliquées dans la prévention : Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES), Association nationale des maisons des adolescents,

Fédération des centres régionaux d'études d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCREAI), Fédération Addiction, Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) ;

- une représentante de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale ;
- la Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ;
- l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) ;
- la Direction générale de la santé (DGS) ;
- la Direction générale de l'enseignement scolaire du ministère de l'Éducation nationale (DGESCO).

Des visites sur site ont eu lieu auprès des CRSA de Bretagne et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les auditions et les entretiens ont permis d'interroger les acteurs sur les points suivants :

- la cohérence et l'appropriation de « Priorité Prévention » ;
- leurs attentes vis-à-vis de l'évaluation ;
- l'évaluabilité de « Priorité Prévention » ;
- la gouvernance et l'évolutivité de « Priorité Prévention » ;
- l'efficacité de « Priorité Prévention » ;
- la déclinaison régionale des mesures ;
- les mesures phares (dans le cadre des focus sur l'école promotrice de santé et la prévention des personnes âgées).

Des guides d'entretiens⁸ ont ainsi été élaborés en miroir des axes de l'évaluation présentés dans le chapitre introductif du présent rapport (Annexe 3).

Les Unions régionales des professionnels de santé (URPS), Ordres professionnels et des membres de la Société française de santé publique (SFSP) ont été invités à répondre à un questionnaire en ligne.

Le questionnaire, présenté en Annexe 4, a permis de documenter les points suivants :

- notoriété de « Priorité Prévention » ;
- clarté des objectifs ;
- mesures emblématiques connues ;
- pédagogie et impact du contenu de « Priorité Prévention » ;
- gouvernance de « Priorité Prévention ».

L'évaluation ayant été menée entre deux mandatures de la Conférence nationale de santé (CNS), il n'a pas été possible d'auditionner son président.

A noter : la pandémie de Covid-19 a entravé l'organisation des travaux :

- impossibilité de solliciter et rencontrer des représentants d'Agences régionales de santé (ARS) ;
- report de l'enquête prévue auprès des publics (cible : 2020/2021).

3 NEUF CONSTATS CLES ISSUS DE LA PREMIÈRE ANNÉE DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN

Dans un contexte extrêmement complexe où s'enchevêtrent les plans internationaux, nationaux, régionaux mais également antérieurs ou concomitants au plan, l'évaluation a fourni l'opportunité d'élaborer une présentation pédagogique du plan. Ceci a permis une meilleure compréhension de ce dernier conduisant à son appropriation et ainsi qu'à son analyse par les partenaires. Les constats sont les suivants :

3.1 Constat n°1 : « Priorité Prévention » : une traduction de la volonté du Gouvernement de s'engager en faveur de la prévention et de la promotion de la santé

L'objectif central affiché au lancement de « Priorité Prévention » est de préserver près de 100 000 vies par an et réduire la mortalité évitable. Le plan y contribue par son intégration à la SNS.

Conformément à la Déclaration d'Adélaïde⁹ sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, le Premier ministre a annoncé, en mars 2018¹⁰, la **volonté de l'ensemble du Gouvernement de s'engager résolument pour que la prévention ne soit plus seulement un concept mais une priorité** tant pour la population, quel que soit son âge ou sa condition, que pour les professionnels qui agissent en faveur de la santé dans toutes ses dimensions. À terme, elle devrait être plus efficace, plus appliquée et mieux coordonnée.

« Priorité prévention » se veut innovant et a été conçu pour **rendre opérationnel le 1^{er} axe de la SNS**. Il prévoit de donner davantage de cohérence et de complémentarité aux actions du Gouvernement en matière de prévention en santé.

3.2 Constat n°2 : Un positionnement du PNSP parmi les autres plans, mesures et actions en santé qui reste complexe et peu lisible tant pour les professionnels que pour les élus et les collectivités

Comme présenté plus haut, le PNSP se décline tout au long de la vie, mais également par domaines d'actions prioritaires des axes 1,5 et 7 de la SNS.

- **L'axe 1 de la SNS « Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie »** se décline en domaines d'actions prioritaires :
 - promouvoir les comportements favorables à la santé ;

⁹ Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être :

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44390/9789242599725_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

¹⁰ Priorité prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie. Comité interministériel pour la santé. Dossier de presse 26 mars 2018 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf

- promouvoir des conditions de vie et de travail favorables à la santé et maîtriser les risques environnementaux ;
- mobiliser les outils de prévention du système de santé.
- **L'axe 5 de la SNS correspond aux priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune.**
- **L'axe 7 de la SNS est spécifique à l'Outre-mer.**

Chaque domaine d'action se décompose en objectifs, eux-mêmes précisés par des mesures et/ou actions des différents plans de santé publique.

L'objectif de la SNS portant sur la promotion d'une alimentation saine, par exemple, s'appuie sur plusieurs mesures de « Priorité Prévention » en articulation avec le Plan national nutrition santé (PNNS), la stratégie de prévention et de lutte contre l'obésité, le programme national pour l'alimentation, Ambition bio 2022, le plan d'action obésité, ... L'évaluation de l'objectif de promotion d'une alimentation saine démontrera la valeur ajoutée de « Priorité Prévention » et de ses mesures et ou actions.

Ce raisonnement s'applique aux 26 objectifs de la SNS en relation avec « Priorité Prévention ».

Plans et mesures du PNSP contribuant à l'objectif de promotion d'une alimentation saine :



« **Priorité Prévention** » ne se substitue pas aux plans existants : il impulse des engagements gouvernementaux précisés par des mesures et/ou actions nouvelles ou préexistantes ainsi consolidées. À cette date, il n'est pas considéré comme un plan de politique publique au sens du rapport d'objectifs de santé publique annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique¹¹. Il apparaît davantage comme **un cadre d'orientation** permettant de donner une impulsion pour structurer et pérenniser un engagement politique déterminé, dans le domaine de la prévention, et insister sur son importance dans l'ensemble des politiques publiques.

« Priorité Prévention » apparaît donc davantage comme **un engagement gouvernemental** fondé sur un panel de mesures.

Ce paysage complexe a fait l'objet d'une présentation pédagogique dans le précédent rapport d'évaluation du PNSP par le HCSP.



Ce foisonnement de plans et feuilles de route nuit à la bonne **appropriation** de « Priorité Prévention » et suscite des interrogations sur l'articulation entre ces différents documents stratégiques.

Par ailleurs, malgré un effort de communication au plus haut niveau, le niveau de notoriété de « Priorité Prévention » est très hétérogène. **Sa lisibilité et sa visibilité** sont limitées tant pour les professionnels que pour les élus des collectivités.

Le plan a fait l'objet de plusieurs actions de communication / mise en visibilité depuis son lancement :

¹¹ « Pour certains problèmes de santé, notamment ceux pour lesquels il y a nécessité de coordonner les actions d'intervenants multiples sur plusieurs années, la politique de santé publique définit des plans stratégiques pluriannuels organisant des ensembles d'actions et de programmes cohérents. Chaque plan spécifie sur la période de temps considérée la relation entre les objectifs quantifiés à atteindre et les actions à mettre en œuvre. Il définit les actions et les programmes qui doivent être entrepris et leurs modalités de mise en œuvre pour atteindre un ensemble d'objectifs. »

- en mars 2018 : une présentation détaillée et un communiqué de presse ;
- en mars 2019 : une présentation détaillée intégrant les réalisations 2018, les nouvelles mesures 2019, une vidéo et un communiqué de presse¹² ;
- les actions phares ont bénéficié d'une communication soutenue ;
- il bénéficie d'une signature spécifique : #jagispourmasanté dont la portée semble limitée.

Cependant, plusieurs éléments ont nui à son identification et à sa **visibilité** :

- son double intitulé Plan national de santé publique et « Priorité Prévention » ;
- la publication quasi simultanée de « Ma santé 2022 » ;
- la rédaction antérieure des projets régionaux de santé (PRS) et la difficulté subséquente pour les ARS de le prendre suffisamment en considération pour l'y intégrer.

Enfin, les messages et supports de communication sur le plan et ses mesures n'ont pas été différenciés en fonction des cibles du plan et des objectifs spécifiques à chaque catégorie d'acteurs, ce qui a nui à la pédagogie à leur endroit et partant, à leur mobilisation.

Recommandations

#2.1. « Priorité Prévention » ou « Plan national de santé publique » : plus qu'un plan, le PNSP porte un engagement politique fort en soutien au principe de la « Santé dans toutes les politiques ». Il incite les plus hautes autorités de l'État à un engagement en faveur de la prévention. De nombreux ministères y contribuent par des mesures et/ou actions d'envergure. L'intitulé « Priorité Prévention » est plus adapté et plus dynamique : il devrait remplacer l'intitulé PNSP.

#2.2. Le positionnement de « Priorité Prévention », son articulation par rapport à la SNS et aux autres plans de santé publique et ses objectifs opérationnels gagneraient à être clarifiés et formalisés. La complexité des corrélations entre la SNS, « Priorité Prévention », les plans de santé publique existants et les projets régionaux (PRS) est réelle et ressentie par l'ensemble des professionnels auditionnés. Elle est à la hauteur de la construction et de l'ambition de la SNS. Ce modèle logique nécessite, à présent, un effort de communication et de pédagogie améliorant la lisibilité et facilitant l'intégration aux dispositifs existants. Il est recommandé, à partir du rapport du HCSP et en concertation avec Santé publique France, de produire des documents de présentation facilitant la communication relative à la stratégie et à l'engagement politique fort pris dans « Priorité Prévention » (transversalité, santé dans toutes les politiques, « health in all policies », etc).

#2.3. « Priorité Prévention » : une signature unique (en remplacement de « Jagis pour ma santé ») permettant d'identifier désormais les engagements nationaux mais

¹² Rester en bonne santé tout au long de sa vie. #jagispourmasanté : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_cis_2019_vdef_pages_2503.pdf

également ceux des collectivités territoriales et locales. Ces éléments de communication contribueront à la mobilisation des acteurs et faciliteront l'évaluation de la SNS.

#2.4. Le label « Priorité Prévention » pourrait également être attribué à toute action ou programme venant consolider les engagements politiques.

#2.5. Le HCSP insiste sur l'importance d'officialiser et de pérenniser les engagements de « Priorité Prévention » au-delà même de 2022. Une attention particulière doit donc être portée aux actions prioritaires et / ou probantes, ayant un effet sur la santé et les comportements des populations. Ceci dans une logique de promotion universelle de la prévention.

3.3 Constat n°3 – « Priorité Prévention » : un engagement au caractère évolutif et adaptatif

« Priorité Prévention » fait l'objet d'un **enrichissement annuel par de nouvelles mesures**. Cette **dimension adaptative est considérée comme une plus-value** qui permet de réinterroger régulièrement l'existant. La crise sanitaire Covid-19 que connaît actuellement la France confirme le nécessaire besoin de réactivité des programmes de prévention, en général, et de « Priorité Prévention » en particulier, pour être en mesure d'intégrer rapidement de nouvelles mesures relatives à la gestion de crises sanitaires ou à toute maladie émergente, par exemple.

Si elle est plébiscitée, cette innovation comporte toutefois le risque que des évolutions trop fréquentes nuisent à la cohérence et à la lisibilité de l'action publique et ne permettent pas d'inscrire les actions dans le temps long pourtant nécessaire pour faire évoluer les comportements et les déterminants de santé.

Ce caractère évolutif de « Priorité Prévention » est peu connu des acteurs et partenaires qui soulignent toutefois la pertinence d'un tel mode de fonctionnement et souhaiteraient être davantage impliqués dans son évolution.

Les nouvelles éditions de « Priorité Prévention » sont conçues à partir de l'identification par chaque administration de mesures emblématiques dont la mise en œuvre rapide est souhaitée. Le choix des mesures inscrites dans « Priorité Prévention » et notamment des mesures phares n'a pour l'instant pas été argumenté par les parties prenantes. L'absence de présentation du fondement épidémiologique des mesures représente un frein à leur appropriation et à leur mise en œuvre.

Recommandations

#3.1. Dans les prochaines versions de « Priorité Prévention », formaliser le processus permettant d'aboutir au choix des thèmes, mesures et actions, en particulier des mesures phares.

#3.2. Maintenir le caractère évolutif de « Priorité Prévention » et privilégier les actions probantes, tout en laissant la place au développement d'initiatives dont le caractère probant pourrait être démontré par des évaluations internes à encourager.

#3.3. Intégrer dans les prochaines versions de « Priorité Prévention » une réflexion sur l'apport de la prévention dans la gestion de crises sanitaires.

3.4 Constat n°4 – « Priorité Prévention » : une démarche interministérielle innovante ...

« Priorité prévention » a été construit dans une approche interministérielle, selon le principe que la santé de la population est tributaire de toutes les politiques (Stratégie de la Santé dans toutes les politiques (*Health in all policies*)).

Plus de 30 directions de l'administration centrale y sont engagées.

Ministère de l'Agriculture	<ul style="list-style-type: none"> • Direction générale de l'alimentation
Ministère de la Justice	<ul style="list-style-type: none"> • Direction de l'administration pénitentiaire • Direction des affaires criminelles et des grâces • Direction de la protection judiciaire de la Jeunesse • Direction des services judiciaires
Ministre de l'Intérieur, de l'Outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration et du ministre chargé des collectivités territoriales	<ul style="list-style-type: none"> • Direction générale des collectivités locales • Délégation à la Sécurité Routière
Ministère de l'Économie et des Finances	<ul style="list-style-type: none"> • Direction générale des entreprises
Ministère de l'Éducation nationale	<ul style="list-style-type: none"> • Direction générale de l'enseignement scolaire
Ministère de la Transition écologique et solidaire	<ul style="list-style-type: none"> • Direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature • Direction générale de la prévention des risques
Ministère des Outre-Mer	<ul style="list-style-type: none"> • Direction générale des Outre-Mer
Ministère des Solidarités et de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Direction générale de l'offre de soins • Direction générale de la santé • Direction générale de la cohésion sociale • Direction de la sécurité sociale
Ministère du Travail	<ul style="list-style-type: none"> • Direction générale du travail
Ministère des Sports	<ul style="list-style-type: none"> • Direction des sports
Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'innovation	<ul style="list-style-type: none"> • Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle • Direction générale de la recherche et de l'innovation
Ministère des Armées	<ul style="list-style-type: none"> • Service de santé des armées

<p>Autres</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), Ministère de l'Intérieur • Délégué ministériel à l'antibiorésistance • Ministère de la Culture • Ministère de l'Intérieur • Assurance Maladie
<p>...</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ...

La démarche permet aux acteurs nationaux, membres du CPR, de disposer d'une vision large de l'implication des différentes parties prenantes dans la mise en œuvre de « Priorité Prévention ». Les engagements de chaque direction sont majeurs et pour la majorité d'entre eux (96%), réalisés.

La gouvernance interministérielle représente une opportunité pour insuffler une approche intersectorielle en matière de prévention et de promotion de la santé dans l'ensemble des politiques publiques. Il s'agit d'un levier pour envisager des actions portant sur tous les déterminants de santé et légitimer l'implication d'acteurs habituellement moins sollicités dans le cadre des actions de prévention.

Le portage par le Premier ministre est un levier déterminant pour la mise en œuvre d'un plan interministériel au moment de sa conception pour porter les arbitrages et insuffler une dynamique interministérielle.

Cette configuration est pourtant méconnue, elle reste très confidentielle et limitée au CIS et au CPR et le fonctionnement en silo persiste dans les faits, en raison des modalités de déclinaison opérationnelle mises en œuvre.

Recommandations

#4.1. Donner plus de visibilité au **point clé de « Priorité Prévention » : l'engagement politique** principal déterminant de la santé. Dans le cadre de l'amélioration de la communication autour de « Priorité Prévention », **chaque direction d'administration centrale ou institution engagée doit communiquer régulièrement (fréquence à définir) sur les mesures et ou actions qu'elle porte ou qu'elle priorise ainsi que sur leur mise en œuvre (moyens et résultats). La communication doit se faire au sein même des institutions et au-delà, vis-à-vis des partenaires et des publics.** La santé dans toutes les politiques et l'action sur les déterminants y gagneront en visibilité.

Par ailleurs, le ministère chargé de la santé doit jouer, au-delà du rôle actif d'animation nationale, une coordination avec les territoires: celle-ci nécessite et repose sur des liens et des remontées permanents avec les instances régionales.

#4.2. Inciter les collectivités (régions, départements, métropoles, villes et communautés d'agglomération), à rechercher des synergies favorisant un véritable exercice de

coordination intersectoriel de proximité au plus proche des besoins de la population pour contribuer à l'efficacité de cet engagement politique national.

- #4.3.** Élaborer une stratégie de communication sur « Priorité Prévention » définissant les objectifs de communication, messages à délivrer et modalités à privilégier pour chacune de ces cibles (administrations, professionnels de santé (PS) et professionnels de la prévention, grand public, industriels, étudiants en santé, élèves de primaires, collège, lycée, ...).

3.5 Constat n°5 : Une démarche qui est faiblement portée à l'échelle territoriale du fait de l'absence de déclinaison régionale.

Publié en mars 2018, « Priorité Prévention » a été communiqué aux ARS en vue de son intégration dans les PRS. Les mesures phares de « Priorité Prévention » ont été intégrées de manière inégale (cf. tableau ci-dessous) ; aucun document ne rend compte de la prise en considération des autres mesures.

Les 25 mesures phares du PNSP	thématiques de rattachement	identification lors de la 1ère lecture des PRS
1. Supplémenter en vitamine B9 les femmes enceintes et en désir de maternité	périnatalité - petite enfance	non
2. Mieux prévenir les consommations à risque et mieux repérer les addictions pendant la grossesse	périnatalité - petite enfance / lutte contre les addictions	oui
3. Créer un site internet de référence et mener une campagne de communication afin d'informer la population sur les risques des produits chimiques de consommation courante	PRSE3	non
4. Mettre en place un parcours santé des 0 - 6 ans	périnatalité - petite enfance	oui
5. Prévenir l'obésité chez les enfants, par une promotion renforcée de l'activité physique	nutrition /activité physique	oui
6. Renforcer l'offre médicale dans les territoires ultra-marins en créant une centaine de postes d'assistants spécialistes « outre-mer » et en améliorant l'attractivité de ce statut		non
7. L'école promotrice de santé	prévention à l'école	pas à ce niveau de détail
8. Prévenir les risques auditifs chez les jeunes	jeunes et adolescents	peu
9. Expérimenter le « PASS préservatif » pour les moins de 25 ans	santé sexuelle	pas à ce niveau de détail
10. Renforcer les interventions des consultations jeunes consommateurs	lutte contre les addictions	oui
11. Proposer systématiquement un accompagnement spécialisé des jeunes admis aux urgences ou hospitalisés après un épisode d'alcoolisation massive	lutte contre les addictions	oui
12. Former 80 % de la population aux gestes de premiers secours		non
13. Former les étudiants aux premiers secours en santé mentale	santé mentale	peu
14. Traitements d'aide à l'arrêt du tabac : passer du forfait au remboursement classique	lutte contre les addictions	non
15. Intensifier les actions de prévention et de dépistage à destination des publics les plus exposés pour contribuer à l'élimination du virus de l'hépatite C en France à l'horizon 2025	santé sexuelle	peu
16. Introduire un troisième dépistage organisé : le dépistage du cancer du col de l'utérus	cancer	oui
17. Simplifier les parcours vaccinal et s'engager vers la généralisation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens	vaccination	oui
18. Étendre le Nutri-Score à la restauration collective et commerciale et aux produits alimentaires manufacturés non préemballés	nutrition	non
19. Réduire la consommation de sel de 20 % dans la population française	nutrition	non
20. Mobiliser les industriels pour réduire l'exposition des consommateurs aux perturbateurs endocriniens	PRSE3	peu
21. Mobiliser les fédérations sportives au service de la santé lors des événements sportifs	activité physique	peu
22. Mieux prendre en compte les besoins de santé des personnes en situation de handicap	personnes en situation de handicap	oui
23. Mettre en place au moins une action de médiation auprès des personnes âgées isolées ou précaires par département	personnes âgées	oui mais pas à ce niveau de détail
24. Prévenir la perte d'autonomie en agissant dans les milieux de la vie	personnes âgées	oui
25. Organiser les soins bucco-dentaires en EHPAD	personnes âgées	peu



Il n'existe pas, à ce jour, de consigne précise d'animation régionale de « Priorité Prévention », ce qui réduit potentiellement son impact sur l'évolution de la culture de la prévention, et sur la mobilisation d'acteurs de terrain. Un interlocuteur régional, en charge de cette coordination, doit nécessairement être identifié et connu de toutes les parties prenantes engagées autour de « Priorité Prévention ». Le choix de la structure de coordination doit être fait par les acteurs à l'échelle régionale pour garantir la légitimité de son action.

Chaque administration met en œuvre ses propres mesures et s'appuie sur ses propres réseaux, ce qui nuit à l'approche intersectorielle régionale.

Une seule mesure phare du plan, le service sanitaire des étudiants en santé, fait l'objet d'un suivi régional concerté entre les parties prenantes impliquées.

L'absence de déclinaisons opérationnelles et régionales pour la mise en œuvre de « Priorité Prévention » réduit potentiellement son impact sur l'évolution de la culture de la prévention, et sur la mobilisation d'acteurs « terrain » : offreurs de soins, acteurs associatifs, représentants d'usagers.. **La mise en place d'une instance de coordination doit permettre d'améliorer concrètement la notoriété de l'engagement politique fort pris dans « Priorité Prévention ».**

Recommandations

#5.1. Installer durablement la coordination intersectorielle de « Priorité Prévention » au niveau régional sous l'égide soit du Directeur général de l'ARS, soit du président de la CRSA, soit du Préfet (de région), soit du président du Conseil régional, soit de toute autre structure en capacité d'accompagner et de renforcer la concertation, les synergies et la réflexion collective ainsi que la mise en œuvre de « Priorité Prévention » et sa déclinaison territoriale. De manière opérationnelle, il est recommandé soit :

- de créer une instance (comité, commission) de prévention pluridisciplinaire et intersectorielle responsable du relais de « Priorité Prévention » à l'échelon régional ou local ;
- d'élargir les responsabilités d'une instance existante afin d'assurer ce relais.

#5.2. Définir les articulations et complémentarités de « Priorité Prévention » avec les PRS et clarifier le rôle des ARS dans sa déclinaison territoriale, sans pour autant imposer des modalités de mise en œuvre pour permettre une bonne prise en compte des spécificités régionales.

#5.3. Repérer et inciter des acteurs (ex : acteurs associatifs à l'échelle locale, équipes de soins primaires, CPTS) à s'emparer des objectifs populationnels de leur territoire pour mener des actions probantes et les déployer. La mobilisation des représentants des usagers est à renforcer : ceux-ci doivent pouvoir être force de proposition sur les priorités à couvrir à l'échelle d'un territoire.

#5.4 Créer, ou rattacher à un dispositif existant, un répertoire national de déclaration des actions de prévention précisant :

- le porteur de l'action ;
- la mesure de rattachement à « Priorité prévention » ;
- le périmètre d'intervention des acteurs mobilisés ;
- les parties prenantes directement ou indirectement concernées par la mesure ;

- l'échelle de réalisation de l'action ;
- le niveau de mise en œuvre de l'action (initiée ? menée à terme ? en cours d'évaluation, évaluée ?) ;
- le type d'évaluation menée ;
- les enseignements issus de l'évaluation (action probante ? exemplaire ? prometteuse ? puis une précision sur la transférabilité ou non de l'action).

Le répertoire serait accessible aux différents opérateurs et aux collectivités, à l'instar des registres d'essais cliniques, notamment pour favoriser la mise en lumière des initiatives locales. Il apparaît effectivement essentiel de partager et de faire connaître les initiatives entreprises, tant dans leurs réussites que dans leurs échecs.

#5.5 Favoriser la mutualisation des expériences de gestion entre les territoires pour identifier les modalités les plus pertinentes et efficaces.

3.6 Constat n°6 : « Priorité Prévention » : un ensemble de mesures structurantes au niveau de granularité hétérogène

La plupart des mesures constitue des mesures structurelles précises sans que les objectifs de mise en œuvre en termes d'intervention auprès des publics ne soient décrits.

De nombreuses actions/mesures sont des mesures socles portant sur la création de guides, de référentiels, de vademecum etc. mais leurs modalités de diffusion, d'utilisation et de mise en œuvre dans les programmes conçus ne sont pas présentées. De même, les modalités de diffusion et d'appropriation de ces outils par les professionnels concernés ne sont pas précisées.

Recommandations

#6.1. Intégrer des indicateurs de réalisation à la présentation de chacune des mesures de « Priorité Prévention » en se fondant sur des données précises, exhaustives, territoriales précisant la prise en compte des inégalités sociales de santé.

#6.2. Chaque administration devrait fournir un suivi précis du public touché (quantitatif, qualitatif et géographique) en intégrant les informations dans le répertoire.

#6.3. Le seuil minimum de personnes à toucher parmi la population cible devrait être déterminé pour garantir l'efficacité de la mesure et la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé.

3.7 Constat n°7 : Une prise en compte des publics prioritaires et des enjeux territoriaux jugée peu visible dans la rédaction et la mise en œuvre de « Priorité Prévention »

Une attention forte a été portée aux publics prioritaires dans la conception de « Priorité Prévention ». Cette prise en compte reste toutefois insuffisamment formalisée dans « Priorité

Prévention », notamment pour la prise en compte des difficultés sociales rapportées au lieu de vie (quartiers de la ville notamment).

Recommandations

#7.1. Expliciter la manière dont la mise en œuvre de « Priorité Prévention » intègre les enjeux propres aux publics prioritaires :

- personnes en situation de perte d'autonomie (handicap, pathologie chronique, maladie grave, ...) ;
- personnes socialement fragiles en zones urbaines comme en zones rurales : jeunes de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), détenus ;
- jeunes évoluant en milieu professionnel ;
- publics des quartiers prioritaires de la politique de la Ville et des zones rurales ;
- enfants vulnérables ;
- enfants victimes de violences.

Comme présenté lors du comité permanent restreint du CIS du 13.01.2019¹³, il est attendu que la DREES, service statistiques du ministère des affaires sociales et de la santé, mobilise les services statistiques des ministères représentés au CIS pour **éclairer**, à partir de données statistiques caractérisant les territoires (économiques, sanitaires, sociaux) **sur l'état de santé des populations et leurs besoins**. Le recueil de ces informations spécifiques permet, à terme, de mieux connaître les territoires et de suivre plus finement les inégalités sociales en santé.

3.8 Constat n°8 : Une inadéquation entre les indicateurs d'évaluation disponibles et les mesures de « Priorité Prévention »

Comme il en a été fait mention plus en amont, le PNSP constitue une déclinaison de l'axe 1 de la SNS. À ce titre, il ne présente pas d'indicateurs de mesure d'impact des actions, celles-ci étant dépendantes de l'évaluation de la SNS telle que menée par la DREES¹⁴ et sur laquelle le HCSP a déjà été saisi en février 2019¹⁵. Les indicateurs de résultats de « Priorité Prévention » sont extraits des 22 indicateurs de suivi de la SNS. Il s'agit de :

Deux indicateurs de résultats portant sur le long terme :

- espérance de vie à la naissance ;

¹³ Rapport annuel sur l'état de santé de la population et sur les inégalités de santé. Comité Interministériel pour la santé (CIS), lors de la réunion du 13.01.2019 de son comité permanent restreint.

¹⁴ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La stratégie nationale de santé en quelques mots : <http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/suivi-sns/>

¹⁵ Haut Conseil de la santé publique. Note du 2 mai 2014 : Propositions pour un tableau de bord synthétique de l'état de santé de la population et du fonctionnement du système de santé : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=422>

- espérance de vie sans incapacité.

Six indicateurs spécifiques à l'axe 1 de la SNS :

- prévalence du tabagisme quotidien chez les adultes ;
- prévalence de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes ;
- limitation de longue durée perçue dans les activités usuelles du fait d'un problème de santé ;
- concentration annuelle des quatre principaux polluants de l'air en zone urbaine ;
- taux de couverture vaccinale contre la grippe ;
- taux de couverture du dépistage du cancer colorectal.

Deux indicateurs spécifiques à la santé des enfants :

- couverture vaccinale à 2 ans pour les 11 vaccins obligatoires ;
- proportion d'enfants de 6 ans ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant leur 6^{ème} anniversaire.

Deux indicateurs concernant les dispositions spécifiques aux départements d'Outre-mer :

- taux de mortalité périnatale ;
- prévalence du diabète traité pharmacologiquement.

Les indicateurs de suivi de « Priorité Prévention » retenus sont donc :

- ceux définis par les Nations unies¹⁶ : il s'agit des 17 objectifs pour le développement durable (ODD) approuvés à l'Assemblée générale des Nations unies. Ces objectifs se déclinent en besoins communs, en actions à mettre en œuvre et en indicateurs de suivi. Le 3^{ème} objectif de développement durable¹⁷ (« donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges ») est le seul qui porte spécifiquement sur la santé, bien que l'ensemble des actions et sous-objectifs concernant la santé dans les autres ODD (au moins 10 sont concernés) est également inclus dans un suivi mené par l'OMS. À noter, les indicateurs de suivi mondial des 17 objectifs de développement durable ne conviennent pas nécessairement à la situation et aux enjeux de chaque pays. Une déclinaison a notamment été proposée à l'échelle française¹⁸.

¹⁶ Nations unies : 17 objectifs pour sauver le monde : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>

¹⁷ Objectifs de développement durable : Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>

¹⁸ Insee : Indicateurs pour le suivi national des objectifs de développement durable. 17 objectifs de développement durable <https://insee.fr/fr/statistiques/2654944?sommaire=2654964>

- ceux issus de la SNS : il s'agit des 22 indicateurs retenus par la DREES¹⁹ à la suite d'un processus de concertation. Ces indicateurs permettent de suivre de manière pluriannuelle les quatre axes de la SNS et ses deux volets spécifiques (Priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune / Dispositions spécifiques à l'Outre-mer).
- ceux définis dans l'ensemble des autres plans et feuilles de route ayant des interactions avec « Priorité Prévention » : stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté (2018), Ambition Bio 2022 (2018), programme national pour l'alimentation, stratégie nationale sport santé, plan d'actions pour le développement de la marche et de l'usage du vélo, Plan de mobilisation contre les addictions (2018-2022), Programme national de lutte contre le tabac (2018-2022), la stratégie nationale de santé sexuelle, etc.

Recommandations

- #8.1.** À l'avenir, ne pas limiter le nombre d'indicateurs de suivi retenus, mais en proposer autant que nécessaire et **en continu** pour évaluer les impacts des différents objectifs des plans.

3.9 Constat n°9 : Prendre en compte les évaluations internes dans l'évaluation *in itinere*

Dans le cadre d'une démarche participative, l'ensemble des structures auditionnées et en particulier les membres du CPR ont été invités à formuler leurs attentes vis-à-vis de l'évaluation. Les critères proposés ont été intégrés aux critères initialement proposés par le HCSP. Un point essentiel a été soulevé : celui de la prise en compte des évaluations internes prévues par les parties prenantes.

Il a été convenu qu'elles seraient portées à la connaissance du HCSP qui en tiendrait compte dans le cadre de ses travaux.

Recommandations

- #9.1.** Élaborer un cadre de travail permettant aux membres du CPR d'être destinataires des différentes évaluations internes à chaque administration afin qu'elles soient consolidées pour une analyse par le HCSP.

FOCUS SUR DEUX MESURES PHARES

Pour rappel, la saisine de la Ministre des solidarités et de la santé précise que l'évaluation *in itinere* doit comprendre un volet qualitatif concernant deux populations : enfants et jeunes d'une part, personnes âgées et personnes en situation de perte d'autonomie d'autre part. À ce titre, deux mesures phares sont présentées ci-après. Elles ont été analysées selon l'outil de catégorisation, présenté en annexes n°5 et 6.

¹⁹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La stratégie nationale de santé en quelques mots : <http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/suivi-sns/>

3.1 Mesure phare n°7 : La santé des enfants et des jeunes - L'école promotrice de santé

3.1.1 Une mesure déclinée en 4 objectifs

« Priorité prévention » rappelle que « la promotion de la santé à l'école s'appuie sur une démarche globale et positive permettant de promouvoir le bien-être des élèves dans un environnement bienveillant favorisant un climat de confiance et de réussite. Elle doit renforcer les attitudes favorables à la santé pour tous les élèves et, pour certains, répondre aux problèmes de santé rencontrés ou prévenir des conduites à risque ».

« Priorité Prévention » a pour objectif « d'améliorer les conditions environnementales de la scolarité et promouvoir les comportements favorables à la santé des jeunes en développant la prévention et la promotion de la santé dès le plus jeune âge dans les établissements scolaires, primaires comme secondaires ».

Dans un souci d'efficacité, cette mesure phare se décline en plusieurs mesures combinées et coordonnées avec l'ambition de les généraliser à tous les établissements :

- généraliser dans tous les établissements les programmes de développement de la promotion de la santé **du type : « Aller bien pour mieux apprendre (ABMA)²⁰ »,** incluant le développement des compétences psychosociales, en associant l'ensemble de la communauté éducative et les parents ;
- généraliser dans l'ensemble des écoles et établissements secondaires les « **élèves ambassadeurs** » de prévention dont le rôle est de partager des messages de prévention auprès des autres élèves. L'ambassadeur aura à sa disposition une **mallette pédagogique regroupant différentes interventions de prévention (notamment sur les thèmes : tabac, alcool, nutrition, activité physique, environnement) ;**
- mettre à disposition des familles des ressources leur permettant de donner à leurs enfants une meilleure prévention en matière de santé : ces outils sont intégrés dans la "**mallette des parents**"²¹, entièrement revue pour la rentrée scolaire 2018 ;
- **favoriser les partenariats entre chaque collège et lycée et une consultation jeunes consommateurs (CJC)** référente située à proximité afin de systématiser les échanges et les liens entre l'équipe de la CJC et l'équipe éducative.

Le détail de ces mesures est présenté plus en détail dans l'annexe 5 du présent rapport.

3.1.2 Une mesure phare qui cible plusieurs déterminants de santé

1. Les compétences psychosociales :

²⁰https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/navi/spf_internet_registre/trie-resultat/DOC_TITRE?NBREP=10&CTX=

²¹ Avvista F, Gurgand M, Guyon N, Maurin E. Paris School of Economics. Quels effets attendre d'une politique d'implication des parents d'élèves dans les collèges ? Les enseignements d'une expérimentation contrôlée. Rapport pour le Haut Commissaire à la Jeunesse. <https://www.parisschoolofeconomics.eu/fr/actualites/rapport-final-la-mallette-des/>

Depuis 2016, le parcours éducatif de santé (PES)²² est structuré autour de trois axes :

- l'éducation à la santé, fondée sur le développement des compétences psychosociales en lien avec le socle commun de connaissances, de compétences et de culture ;
- la prévention des difficultés, troubles, pathologies ;
- la protection par un environnement favorable à la santé et au bien-être.

Les compétences psychosociales sont, depuis 2000, classées par l'OMS en trois grandes catégories de compétences : sociales, cognitives, et émotionnelles²³. Elles représentent un enjeu majeur et un facteur générique de la santé globale. Associées à plusieurs problèmes de santé et du bien-être, elles font partie des facteurs génériques de la santé et du bien-être sur lesquels il est possible d'agir par des actions de prévention et de promotion de la santé.

2. La mobilisation professionnelle et sociale :

Les programmes ciblant les enfants et les jeunes s'appuient sur les professionnels et sur les parents. C'est le sens même des Ecoles promotrices de santé et du Parcours éducatif en santé²¹ créé par la loi n°2013-595 du 8 juillet 2013²⁴ d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République et défini par la circulaire n°2016-008 du 28 janvier 2016²⁵. Les actions d'éducation, de prévention, et de protection de la santé doivent s'inscrire dans une politique d'école ou d'établissement. L'ensemble de la communauté éducative est mobilisé : les personnels de direction, les directeurs d'école, les inspecteurs de l'Éducation nationale, les adjoints gestionnaires, les professeurs et les personnels d'éducation, les personnels de santé de l'Éducation nationale, les personnels des services sociaux de l'Éducation nationale, les élèves, les parents, les partenaires de l'école ou de l'établissement scolaire dont les collectivités, les associations, etc.

La mesure phare accompagne et documente « l'ensemble de la communauté éducative », les « élèves ambassadeurs » de prévention et « les familles » pour lesquels il est prévu des mallettes ressources.

3. L'accès à la prévention et à la prise en charge :

La mesure comporte un objectif de repérage et d'orientation des jeunes concernés par des addictions avec et sans produit (Internet, jeux vidéo, ...) vers des consultations gratuites et anonymes permettant d'aborder sereinement et utilement la question des conduites addictives.

3.1.3 Des objectifs ambitieux mais une mise en œuvre et des indicateurs d'évaluation limités à ce stade du plan

Dans un souci d'efficacité, plusieurs mesures combinées et coordonnées sont proposées avec l'ambition de les généraliser à tous les établissements.

²² Ministère de l'Éducation nationale. Mise en œuvre du parcours éducatif de santé : https://cache.media.eduscol.education.fr/file/Sante/32/5/Guide_PES_v6_688325.pdf

²³<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/141417/2118162>

²⁴ <https://www.education.gouv.fr/loi-ndeg2013-595-du-8-juillet-2013-d-orientation-et-de-programmation-pour-la-refondation-de-l-ecole-5618>

²⁵ https://www.education.gouv.fr/bo/16/Hebdo5/MENE1601852C.htm?cid_bo=97990

La généralisation de programmes de type ABMA, initialement annoncée, est reportée en raison de la pandémie de Covid-19. Les activités réalisées à ce jour sont essentiellement structurelles : recensement, guide, vademecum²⁶... Nécessaires ressources pour la mise en œuvre d'un programme, il est prévu de les compléter par une formation des personnels.

Le dispositif des « élèves ambassadeurs » de prévention dont le rôle est de partager des messages de prévention auprès des autres élèves a pour ambition de se généraliser et de porter sur plusieurs thèmes : notamment tabac, alcool, nutrition, activité physique, environnement.

À ce jour le dispositif concerne le harcèlement. Peu d'éléments sont disponibles sur son élargissement à d'autres thématiques et sur les lieux de son implantation.

L'indicateur de suivi proposé de la mesure est le nombre d'académies ayant inscrit le dispositif dans les conventions signées avec l'ARS.

Les enjeux sont majeurs, l'activité est foisonnante, les ressources multiples mais l'ensemble ne bénéficie pas d'une visibilité suffisante. De nombreux indicateurs de réalisation découlant des objectifs eux-mêmes seraient nécessaires à l'évaluation :

- nombre, répartition et impacts de programmes de promotion de la santé incluant le développement des compétences psychosociales mis en œuvre ;
- nombre, répartition d'écoles et établissements secondaires disposant d'élèves ambassadeurs de prévention et impacts du dispositif ;
- utilisation par les familles des ressources intégrées dans la « mallette des parents » ;
- nombre de conventions signées avec les CJC, nombre de consultations et impacts ;
- mise en cohérence de l'ensemble de ces mesures dans les établissements et intégration du service sanitaire en santé. L'objectif « Dans un souci d'efficacité, plusieurs mesures combinées et coordonnées sont proposées avec l'ambition de les généraliser à tous les établissements » exprime l'ambition majeure d'une mise en cohérence d'un ensemble de mesures au sein de chaque établissement.

3.1.4 La prise en compte des inégalités sociales

« Priorité Prévention » prévoit de « Mettre à disposition des familles des ressources leur permettant d'assurer à leurs enfants une meilleure prévention en matière de santé et intégrées dans la "mallette des parents ». Le volet santé de **la mallette des parents** est riche, diversifié et régulièrement mis à jour. Par exemple, le coronavirus (SARS-CoV-2) y a été très rapidement intégré. Plusieurs questions demeurent néanmoins :

- le taux d'utilisateurs parmi les parents ;
- la compréhension des informations par les familles présentant un faible niveau de littératie ;
- l'utilisation qui en est faite ;
- la cohérence interne entre les objectifs opérationnels et la mesure elle-même.

²⁶ Ministère de l'Éducation nationale et de la santé. Vademecum : l'école promotrice de santé : https://cache.media.eduscol.education.fr/file/Sante/84/2/VM_EcolePromotriceSante_1240842.pdf

L'analyse de la cohérence interne entre la mesure et ses objectifs spécifiques a été analysée avec l'outil de catégorisation élaboré par Promotion Santé Suisse²⁷. Il s'agit d'un modèle d'efficacité de la promotion de la santé, traduction opérationnelle des concepts développés dans la charte d'Ottawa²⁸, qui met en évidence :

- les principaux déterminants de la santé sensibles à une intervention ;
- les facteurs influençant ces déterminants et sur lesquels on peut agir.

Ce schéma théorique permet d'identifier les synergies nécessaires pour améliorer la santé des populations ; les principaux leviers étant :

- l'existence et la qualité des services, ce déterminant étant influencé par l'offre de prévention et de soins mise en place, ainsi que par la diffusion et l'accessibilité de cette offre ;
- l'environnement social, ce déterminant étant influencé par la diffusion et l'appropriation de l'offre, ainsi que par la mobilisation de groupes sociaux ;
- les comportements individuels, ce déterminant étant influencé par l'accroissement des ressources et des compétences personnelles ;
- l'existence et l'accès à une prise en charge précoce et adaptée complète le modèle initial.

Ce modèle postule que l'adoption de comportements individuels favorables à la santé est fortement dépendant de la disponibilité, la qualité et l'accessibilité de l'offre ainsi que par l'implication sociale. Inscire les objectifs spécifiques de cette mesure dans ce modèle d'efficacité a permis d'identifier les déterminants de la santé visés et les leviers.

3.1.5 Recommandations

1. Maintenir l'ambition initiale de généralisation de programmes renforçant les compétences psychosociales en s'inspirant des programmes probants disponibles dans le répertoire mis à disposition par Santé publique France tels que²⁹ :

- GBG *Good Behavior Game*³⁰ : programme de prévention des risques psychosociaux destiné aux enfants de l'école élémentaire (CP au CM2) et dont l'efficacité, en matière de santé publique, a été démontrée par plusieurs études scientifiques et un suivi de long terme. Il s'appuie sur quatre éléments-clés : la pédagogie explicite appliquée à l'enseignement des comportements sociaux, la génération du sentiment d'appartenance

²⁷ Cloetta B, Spencer B, Spörri A, Guide pour la catégorisation des résultats. Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention. Rapport : Promotion santé Suisse, 2007-01, 27p.

²⁸ La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : la santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà. Maryse Tétrault : https://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2016/08/OPIQ_Charte_Ottawa.pdf

²⁹ <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/repertoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>

³⁰ Académie de Nice : le programme GBG. Expérimentation pilote d'un programme de développement des compétences psychosociales destiné aux enfants de l'école élémentaire et fondé sur des preuves scientifiques 2015-2017 : https://cache.media.eduscol.education.fr/file/Sante/31/4/Presentation.GBG.28.06.17_794314.pdf

à une équipe, l'observation active du comportement avec réinvestissement des données observées et la pédagogie du renforcement positif.

- PRODAS PROgramme de Développement Affectif et Social³¹, mis en œuvre dans des écoles maternelles et élémentaires ainsi qu'en lycée professionnel. Le cercle de parole est l'outil principal du programme, complété par des activités pédagogiques. La mise en œuvre régulière du programme permet de travailler de manière systématique les compétences sociales (écoute active, expression des émotions, empathie, capacité à formuler et recevoir des retours, coopération, affirmation de soi) et émotionnelles (gestion de la colère et du stress, capacité d'auto-évaluation et d'autorégulation).

2. Maintenir l'ambition initiale de généralisation du dispositif des élèves ambassadeurs multithématiques.

Le dispositif mis en place dans le cadre de la prévention du harcèlement devrait être étendu aux autres thématiques tel qu'initialement annoncé avec l'appui de Santé publique France et en s'inspirant du programme Assist³².

3. Assurer la cohérence et l'égalité d'accès aux dispositifs en donnant plus de visibilité à la mise en œuvre des programmes (compétences psychosociales, élèves ambassadeurs, orientation vers des CJC, ...) par la création d'une base de données (ou le rattachement à une base existante) dédiée par établissement ou par bassin, intégrant également les interventions du service sanitaire des étudiants en santé.

4. Préciser les indicateurs d'évaluation par :

- des indicateurs de réalisation ;
- des indicateurs d'impact.

³¹ PALOMARES Uvaldo, LALANNE Jacques, LOGAN Ben **Programme de développement affectif et social (PRODAS). Prévention et résolution de conflits. Guide de l'animateur**
Ouvrage : Actualisation, 1987, 295 p.

³² <https://eduscol.education.fr/cid46870/la-prevention-des-conduites-addictives-milieu-scolaire.html>

Dans le cadre d'un partenariat avec Santé Publique France, l'université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines représentée par le professeur Loïc Josseran, le programme anglais ASSIST est développé depuis la rentrée scolaire 2016-2017.

Le programme est désormais déployé dans 7 académies (Versailles, Reims, Caen, Rouen, Nancy-Metz, Dijon, Strasbourg) et s'appuie sur un dispositif de prévention par les pairs. Des élèves volontaires de 5e sont choisis par leurs pairs en tant que « leaders d'opinion », à hauteur de 19,6 % des effectifs de chaque groupe classe). La prévention par les pairs est une méthodologie reconnue comme efficace par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans la lutte contre les comportements addictogènes et ayant fait ses preuves au Royaume-Uni. ASSIST est un programme développé depuis plus de 20 ans par l'université de Bristol et a déjà concerné plus de 100 000 jeunes dans 650 collèges dans le monde.

3.2 Mesure phare n°24 : La santé des plus de 65 ans : Prévenir la perte d'autonomie en agissant dans les milieux de la vie

3.2.1 Une mesure phare déclinée en 2 mesures opérationnelles

« Priorité Prévention » rappelle les enjeux liés au vieillissement de la population française qui s'accompagne d'une augmentation des incapacités et de la perte d'autonomie, sous l'effet conjugué du déclin physiologique et de la prévalence croissante avec l'âge, des maladies chroniques. Les personnes âgées en perte d'autonomie seraient de l'ordre de 2 millions à l'horizon 2040 et de 2,4 millions en 2060, dont 1,45 million à domicile³³. Par ailleurs, près de 585 500 personnes résident en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Face à ces enjeux, la mesure est de contribuer à permettre à la population de vieillir sans incapacité avec l'avancée en âge, en réduisant la prévalence des maladies chroniques. Deux mesures sont identifiées pour répondre à cet objectif :

- **financer des programmes de prévention en EHPAD**, ciblés sur la prévention de la perte d'autonomie et de l'aggravation de l'état de santé auprès des résidents grâce à un plan de 15 M€ annuel ;
- **systématiser à 60-65 ans, à l'âge du départ en retraite, le bilan de santé et la consultation** proposés par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et les caisses de retraite afin de repérer et prévenir les risques de perte d'autonomie.

Il convient de noter que la rédaction du présent rapport a lieu dans un contexte de crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 : des priorités ont émergé et n'ont pas favorisé la mise en place des engagements de « Priorité Prévention » en matière de prévention des personnes âgées de plus de 65 ans.

Le détail de ces deux mesures opérationnelles est présenté à l'annexe 6 du présent rapport.

3.2.2 Une mesure phare qui cible plusieurs déterminants de santé

La mesure se fonde donc sur le développement d'offres de promotion de la santé qui pourraient permettre de renforcer les compétences individuelles favorables à la santé et mobiliser l'écosystème autour de la prévention pour modifier 3 grands déterminants de la santé :

1. La mobilisation professionnelle

Les mesures s'appuient sur les EHPAD et l'expérience des caisses d'assurance maladie et de retraite des professionnels. Elles prévoient une articulation avec les médecins traitants et les acteurs de prévention du territoire.

Dans le cas des programmes de prévention en EHPAD, de nombreuses ARS ont lancé des appels à projets qui permettent de mobiliser, soutenir et financer des actions portées par des établissements et d'impulser leur mobilisation pour une plus grande prise en compte de la prévention de leur projet d'établissement et leurs pratiques professionnelles.

³³ Études et résultats n° 1032, octobre 2017 DREES : Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1032.pdf>

2. L'accès à la prévention et à la prise en charge

La mesure relative au « rendez-vous prévention » comporte un objectif d'accompagnement systématique vers des consultations gratuites permettant d'établir des recommandations et orientations opérationnelles permettant aux retraités d'agir sur leur comportement.

De même, l'action en direction des EHPAD vise à ce que ces établissements proposent des actions de prévention à leurs résidents.

3. Facteurs de risques et habitudes de vie

La mesure phare et les actions qui la composent visent à faire évoluer les habitudes de vie des résidents en EHPAD et des jeunes retraités afin d'agir sur leurs facteurs de risques. L'objectif est d'inciter et d'aider les personnes à adopter des comportements de vie favorables à leur santé et de réduire leurs facteurs de risque de fragilité et de perte d'autonomie, par une approche personnalisée et participative.

3.2.3 Des objectifs clairs mais appelés à être renforcés dans le cadre de stratégie "Vieillir en bonne santé" pour s'inscrire dans une stratégie globale en faveur de la prévention de la perte d'autonomie

Une visibilité faible sur la mise en œuvre de ces mesures et sur les indicateurs d'évaluation associés à ce stade

Dans le cadre de la mise en œuvre de la mesure de financement des programmes de prévention en EHPAD, une instruction aux ARS et un courrier à l'Association des Départements de France (ADF) ont été envoyés pour la mobilisation des fonds de la conférence des financeurs pour des actions de prévention en EHPAD à hauteur de 15 M€ pour 2018. Dans le cadre de la feuille de route "Grand âge et autonomie", il est prévu 30 M€ pour les actions de prévention en EHPAD dans l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social pour 2019³⁴, à répartir avec les ARS. Le suivi relatif à la nature, au nombre d'actions, de bénéficiaires en EHPAD, ou encore des crédits attribués à leur financement doit être réalisé dans le cadre de la remontée des rapports d'activité des Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). À date, les informations relatives aux montants engagés et au nombre et nature des projets financés ne semblent pas disponibles.

De même, il n'y a aujourd'hui pas de visibilité sur la mise en œuvre des « rendez-vous prévention » et notamment sur le nombre de consultations déjà réalisées et sur l'impact de ces consultations sur les habitudes et les comportements des personnes ayant pu en bénéficier. La généralisation progressive du rendez-vous prévention « jeune retraité » à partir de janvier 2020 a toutefois été annoncée lors du CIS de mars 2019, dans le cadre de la mise en œuvre de la

³⁴ Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) : http://www.financespubliques.fr/glossaire/terme/Eco_ONDAM/

stratégie « Vieillir en bonne santé »³⁵. La charte prévoyant les conditions de son déploiement a été signée par Agnès BUZYN, alors ministre des Solidarités et de la santé, le 16 janvier 2019³⁶.

Une mesure phare qui fait l'objet d'une stratégie spécifique en marge de « Priorité Prévention »

« Priorité Prévention » a posé les fondations pour une mobilisation des acteurs en faveur de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Le rapport de la concertation Grand âge et autonomie publié en mars 2019³⁷ posait cependant toujours le constat d'un investissement insuffisant : « la prévention de la perte d'autonomie occupe une place sinon marginale du moins mal identifiée et en tout état de cause peu lisible dans les politiques du grand âge. Un objectif ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé doit permettre une mobilisation forte de tous les acteurs, au niveau national et sur les territoires, pour sensibiliser, mieux détecter les fragilités des personnes de façon précoce, diffuser les réflexes de prévention et former les professionnels aux bonnes pratiques préventives ».

Face aux constats remontés et dans la continuité des orientations fixées dans la SNS et dans « Priorité Prévention », une stratégie spécifique à la perte d'autonomie s'est imposée pour répondre à cet enjeu qui va s'amplifier avec le vieillissement de la population.

Dans un contexte où une dynamique très forte émerge avec de nombreuses initiatives portées par des acteurs institutionnels, des acteurs associatifs et des professionnels de santé, l'ambition de la SNS est de mettre en cohérence les initiatives très diverses autour d'objectifs communs, de favoriser des expérimentations, ou de généraliser les dispositifs qui ont fait leurs preuves.

3.2.4 Recommandations

1. Préciser les indicateurs de suivi et d'impact associés à cette mesure phare. Il serait notamment nécessaire de connaître :

- le nombre de « rendez-vous prévention » réalisés et ciblés ;
- le niveau de suivi des préconisations issues des « rendez-vous prévention » et leur impact sur les habitudes de vie des personnes en ayant bénéficié ;
- le nombre de programmes de prévention financés en EHPAD et la typologie des actions prévues dans ces programmes ;
- le nombre de résidents d'EHPAD ayant bénéficié d'une action de prévention issue des programmes financés ;
- etc.

³⁵ Ministère des Solidarités et de la santé. Vieillir en bonne santé. Une stratégie globale pour prévenir la perte d'autonomie 2020-2022. Dossier de presse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_vieillir_en_bonne_sante_2020-2022.pdf

³⁶ Ministère des Solidarités et de la santé. Discours d'Agnès Buzyn : Stratégie de prévention de la perte d'autonomie - 16 janvier 2020 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-agnes-buzyn-strategie-de-prevention-de-la-perte-d-autonomie-16>

³⁷ Concertation Grand Âge et autonomie, Dominique Libault, mars 2019 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

- 2. Préciser le dispositif d'évaluation des programmes de prévention en EHPAD afin d'identifier des initiatives porteuses et des actions probantes à partager.**
- 3. Clarifier l'articulation entre « Priorité Prévention » et la stratégie « Vieillir en bonne santé ».**

La convergence de l'aspect quantitatif du vieillissement de la population et de la réorientation vers la prévention des interventions pose le problème des ressources qui seront nécessaires à la réalisation de ces ambitions. En ce qui concerne les ressources humaines, une réflexion pourrait se mettre en place pour définir les actions, les compétences voire la formation nécessaire pour répondre aux besoins qui devraient être donc analysés au préalable.

4 CONCLUSION ET SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

4.1 Conclusion

« **Priorité Prévention** » est **ambitieux et mobilisateur**. Interministériel, il place la prévention dans toutes les politiques. Il a été conçu pour rendre opérationnel le premier axe de la SNS. Plus qu'un plan, c'est un signal politique qui se traduit par de nombreuses contributions opérationnelles à la SNS ainsi qu'aux plans préexistants.

Le plan est méconnu. Un effort pédagogique et une simplification de la communication autour du plan et de son caractère intégré à la SNS et aux autres plans sont nécessaires.

Pour optimiser ce plan **il est très souhaitable que les collectivités territoriales et locales puissent s'articuler à l'engagement national** en l'enrichissant de contributions locales.

Le caractère évolutif du plan et sa révision annuelle sont plébiscités. La formalisation du processus d'enrichissement annuel reste à préciser ainsi que les échéances de mise en œuvre.

La création d'un répertoire national de l'ensemble des mesures et actions mises en œuvre est indispensable au suivi du plan, à son implantation territoriale, au repérage d'actions inspirantes, à la prise en compte des inégalités de santé. Volet opérationnel des engagements politiques, le répertoire permet d'intégrer et d'attirer de nouveaux opérateurs et d'étudier localement les complémentarités.

Il serait nécessaire de mesurer et de suivre dans le temps la notoriété de ce plan de même que son influence sur des approches intersectorielles ainsi que sur une approche populationnelle et par tranches d'âge. Il conviendra d'identifier sa contribution aux indicateurs d'évaluation de la SNS et des plans préexistants.

Étant donné les multiples événements et décisions susceptibles d'impacter la santé de la population, il est généralement difficile d'attribuer à une politique un effet sur des indicateurs de santé. Cependant, **l'évolution d'une série d'indicateurs proximaux** associés aux leviers de changement mobilisés par la politique permettra de cumuler des faisceaux de preuves en lien, et avec un certain degré de confiance, avec les décisions politiques.

Une culture commune de la prévention et de la promotion de la santé reste à construire pour éviter les contributions en silo et privilégier une approche concertée entre l'ensemble des parties prenantes.

4.2 Synthèse des recommandations

Lisibilité

- #2.1.**³⁸ « Priorité Prévention » ou « Plan national de santé publique » : plus qu'un plan, le PNSP porte un engagement politique fort en soutien au principe de la « Santé dans toutes les politiques ». Il incite les plus hautes autorités de l'État à un engagement en faveur de la prévention. De nombreux ministères y contribuent par des mesures et/ou actions d'envergure. L'intitulé « Priorité Prévention » est plus adapté et plus dynamique : il devrait remplacer l'intitulé PNSP.
- #2.2.** Le positionnement de « Priorité Prévention », son articulation par rapport à la SNS et aux autres plans de santé publique et ses objectifs opérationnels gagneraient à être clarifiés et formalisés. La complexité des corrélations entre la Stratégie nationale de santé, « Priorité Prévention », les plans de santé publique existants et les projets régionaux de santé (PRS) est réelle et ressentie par l'ensemble des professionnels auditionnés. Elle est à la hauteur de la construction et de l'ambition de la SNS. Ce modèle logique nécessite, à présent, un effort de communication et de pédagogie améliorant la lisibilité et facilitant l'intégration aux dispositifs existants. Il est recommandé, à partir du rapport du HCSP et en concertation avec Santé publique France, de produire des documents de présentation facilitant la communication relative à la stratégie et à l'engagement politique fort pris dans « Priorité Prévention » (transversalité, santé dans toutes les politiques, « health in all policies », etc).
- #2.3.** « Priorité Prévention » : une signature unique (en remplacement de « J'agis pour ma santé ») permettant d'identifier désormais les engagements nationaux mais également ceux des collectivités territoriales et locales. Ces éléments de communication contribueront à la mobilisation des acteurs et faciliteront l'évaluation de la SNS.
- #2.4.** Le label « Priorité Prévention » pourrait également être attribué à toute action ou programme venant consolider les engagements politiques.
- #2.5.** Le HCSP insiste sur l'importance d'officialiser et de pérenniser les engagements de « Priorité Prévention » au-delà même de 2022. Une attention particulière doit donc être portée aux actions prioritaires et/ou probantes, ayant un effet sur la santé et les comportements des populations. Ceci dans une logique de promotion universelle de la prévention.

Evolutivité

- #3.1.** Dans les prochaines versions de « Priorité Prévention », formaliser le processus permettant d'aboutir au choix des thèmes, mesures et actions, en particulier des mesures phares.
- #3.2.** Maintenir le caractère évolutif de « Priorité Prévention » et privilégier les actions probantes, tout en laissant place au développement d'initiatives dont le caractère probant pourrait être démontré par des évaluations internes à encourager.
- #3.3.** Intégrer dans les prochaines versions de « Priorité Prévention » une réflexion sur l'apport de la prévention dans la gestion de crises sanitaires.

Dynamique et coopération

³⁸ N.B. : les recommandations sont numérotées en fonction des constats auxquels elles font écho. Le premier constat n'appelant à aucune recommandation, la numérotation des recommandations commence à 2.x.

#4.1. Donner plus de visibilité au point clé de « Priorité Prévention » : l'engagement politique. Dans le cadre de l'amélioration de la communication autour de « Priorité Prévention », chaque direction d'administration centrale ou institution engagée doit communiquer régulièrement (fréquence à définir) sur les mesures et ou actions qu'elle porte ou qu'elle priorise ainsi que sur leur mise en œuvre (moyens et résultats). La santé dans toutes les politiques et l'action sur les déterminants y gagneront en visibilité.

Par ailleurs, le ministère chargé de la santé (notamment la DGS, le SGMAS..) doit jouer un rôle actif d'animation nationale : celle-ci nécessite et repose sur des liens et des remontées permanents avec les instances régionales.

#4.2. Inciter les collectivités (régions, départements, métropoles, villes et communautés d'agglomération), à rechercher des synergies favorisant un véritable exercice de coordination intersectoriel de proximité au plus proche des besoins de la population pour contribuer à l'efficacité de cet engagement politique national.

#4.3. Élaborer une stratégie de communication sur « Priorité Prévention » définissant les objectifs de communication, messages à délivrer et modalités à privilégier pour chacune de ces cibles (administrations, professionnels de santé (PS) et professionnels de la prévention, grand public, industriels, étudiants en santé, élèves de primaires, collège, lycée, ...).

Coordination, pilotage, mise en œuvre

#5.1. **Installer durablement la coordination intersectorielle de « Priorité Prévention » au niveau régional** sous l'égide soit du Directeur général de l'ARS, soit du président de la CRSA, soit du Préfet (de région), soit du président du Conseil régional, soit de toute autre structure en capacité d'accompagner et de renforcer la concertation, les synergies et la réflexion collective ainsi que la mise en œuvre de « Priorité Prévention » et sa déclinaison territoriale. De manière opérationnelle, il est recommandé soit :

- de créer une instance (comité, commission) de prévention pluridisciplinaire et intersectorielle responsable du relais de « Priorité Prévention » aux échelles régionale et locale ;
- d'élargir les responsabilités d'une instance existante afin d'assurer ce relais.

#5.2. **Définir les articulations et complémentarités de « Priorité Prévention » avec les PRS et clarifier le rôle des ARS dans sa déclinaison territoriale**, sans pour autant imposer des modalités de mise en œuvre pour permettre une bonne prise en compte des spécificités régionales.

#5.3. Repérer et inciter des acteurs (ex : acteurs associatifs à l'échelle locale, équipes de soins primaires, CPTS) à s'emparer des objectifs populationnels de leur territoire pour mener des actions probantes et les déployer. La mobilisation des représentants des usagers est à renforcer : ceux-ci doivent pouvoir être force de proposition sur les priorités à couvrir à l'échelle d'un territoire.

#5.4 **Créer, ou rattacher à un dispositif existant, un répertoire national de déclaration des actions de prévention précisant :**

- le porteur de l'action ;
 - la mesure de rattachement à « Priorité prévention » ;
 - le périmètre d'intervention des acteurs mobilisés ;
 - les parties prenantes directement ou indirectement concernées par la mesure ;
 - l'échelle de réalisation de l'action ;
-

- le niveau de mise en œuvre de l'action (initiée ? menée à terme ? en cours d'évaluation, évaluée ?) ;
- le type d'évaluation menée ;
- les enseignements issus de l'évaluation (action probante ? exemplaire ? prometteuse ? puis une précision sur la transférabilité ou non de l'action).

Le répertoire serait accessible aux différents opérateurs et aux collectivités, à l'instar des registres d'essais cliniques, notamment pour favoriser la mise en lumière des initiatives locales. Il apparaît effectivement essentiel de partager et faire connaître les initiatives entreprises, tant dans leurs réussites que dans leurs échecs.

#5.5 Favoriser la mutualisation des expériences de gestion entre les territoires pour identifier les modalités les plus pertinentes et efficaces.

Suivi de la mise en œuvre

#6.1. Intégrer des indicateurs de réalisation à la présentation de chacune des mesures de « Priorité Prévention » en se fondant sur des données précises, exhaustives, territoriales précisant la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé.

#6.2. Chaque administration devrait fournir un suivi précis du public touché (quantitatif, qualitatif et géographique) en intégrant les informations dans le répertoire.

#6.3. Le seuil minimum de personnes à toucher parmi la population cible devrait être déterminé pour garantir l'efficacité de la mesure et la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé.

Prise en compte des publics prioritaires

#7.1. Expliciter la manière dont la mise en œuvre intègre les enjeux propres aux publics prioritaires :

- personnes en situation de perte d'autonomie (handicap, pathologie chronique, maladie grave...);
- personnes socialement fragiles en zones urbaines comme en zones rurales : jeunes de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), détenus ;
- jeunes évoluant en milieu professionnel et consommateurs de tabac ;
- publics des quartiers prioritaires de la politique de la Ville et des zones rurales ;
- enfants vulnérables ;
- enfants victimes de violences.

Comme présenté lors du comité permanent restreint du CIS du 13.01.2019³⁹, il est attendu que la DREES, service statistique du ministère des affaires sociales et de la santé, mobilise les services statistiques des ministères représentés au CIS pour éclairer, à partir de données statistiques caractérisant les territoires (économiques, sanitaires, sociaux) sur l'état de santé des populations et leurs besoins. Le recueil de ces informations spécifiques permet, à terme, de mieux connaître les territoires et de suivre plus finement les inégalités sociales en santé.

Indicateurs d'évaluation

³⁹ Rapport annuel sur l'état de santé de la population et sur les inégalités de santé. Comité Interministériel pour la santé (CIS), lors de la réunion du 13.01.2019 de son comité permanent restreint.

#8.1. À l'avenir, ne pas limiter le nombre d'indicateurs de suivi retenus, mais en proposer autant que nécessaire pour évaluer les impacts des différents objectifs des plans.

Prise en compte des évaluations internes

#9.1. Élaborer un cadre de travail permettant aux membres du CPR d'être destinataires des différentes évaluations internes à chaque administration afin qu'elles soient consolidées pour une analyse par le HCSP.

Rapport rédigé par un groupe d'experts, membres ou non du Haut Conseil de la santé publique.

Le bureau du Collège du HCSP a tenu sa réunion le 17 septembre 2020 : 9 participants, 0 conflit d'intérêt, vote pour : 9, abstention : 0, contre : 0

5 ANNEXES

5.1 Annexe 1 : Saisine de la Ministre des solidarités et de la Santé



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris, le 12.10.2018

Nos n° : CAB AB/SJ/Pg18-22583

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

5.2 Annexe 2 : Composition du groupe de travail du HCSP dédié à l'évaluation du Plan national de santé publique

Pilotes : Franck Chauvin, président du HCSP, Zeina Mansour, vice-présidente du HCSP.

Représentants de la commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » :

- Éric Breton
- Pierre Czernichow
- Anne-Paule Duarte
- Véronique Gilleron
- Olivier Lacoste
- Philippe Michel
- Matthieu Sibé

Représentants de la commission spécialisée « Maladies chroniques »

- Joël Coste
- François Eisinger
- Liana Euler-Ziegler
- Pascale Grosclaude
- Isabelle Millot-Van Vlierberghe
- Anne-Marie Schott

Représentants de la commission spécialisée « Risques liés à l'environnement »

- Daniel Bley
- Francelyne Marano

Représentants de la commission spécialisée « Maladies infectieuses et maladies émergentes »

- Christian Chidiac
- Emmanuel Debost

Représentants du groupe de travail permanent « Politique de santé de l'enfant globale et concertée »

- Yannick Aujard
- Thierry Lang

Personnalité invitée

- Pierre Arwidson, Santé publique France

Membres du Secrétariat général du HCSP

- Jean-Michel Azanowsky, coordinateur
- Bernard Faliu, Secrétaire général
- Ann Pariente-Khayat
- Vincent Max, interne de santé publique

5.3 Annexe 3 : Guides d'entretiens

Modèle de guide d'entretien élaboré dans le cadre de l'audit de la DGESCO. Ce guide a été choisi à titre d'illustration dans la mesure où il permet d'interroger les mesures d'un des deux focus retenus par la DGS (Ecole Promotrice de Santé).

Évaluation du Plan « Priorité Prévention »

Guide d'entretien pour le recueil de données auprès de la DGESCO

Trame d'entretien

Contexte et objectifs de l'audit

Le HCSP a été saisi le 12 octobre 2018 par la Ministre des Solidarités et de la santé pour assurer l'évaluation du PNSP.

Le HCSP mène actuellement l'évaluation *in itinere* du PNSP qui doit permettre d'évaluer ses effets sur la santé de la population, ses déterminants et la répartition de ces 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. Il s'agit d'une évaluation systémique qui porte sur :

- la plus-value qu'il apporte aux politiques publiques actuelles ;
- les interactions qu'il génère ;
- l'évolution de la culture de la prévention et de la promotion de la santé chez les professionnels, dans la population et dans les choix politiques ;
- le développement du plan et son ajustement permanent ;
- les résultats en termes d'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie.

Elle prendra en compte les points de vue des bénéficiaires et les inégalités de santé.

Déroulement de l'audit

- accueil et tour de table ;
- présentation de la saisine et de la démarche évaluative ;
- présentation des personnes auditionnées ;
- recueil des attentes sur l'évaluation du PNSP et de la perception sur sa conception et son pilotage, sa mise en œuvre et son impact ;
- conclusion.

Guide d'entretien

Présentation des personnes auditionnées, de leurs fonctions et missions, et de leurs éventuels liens d'intérêt en rapport avec la saisine :

- Quelles sont vos fonctions et missions ?
- Avez-vous d'éventuels liens d'intérêt par rapport avec la saisine ?

La personne auditionnée, comme toute personne apportant son concours au HCSP, susceptible d'avoir un lien d'intérêts privé ou public pouvant être constitutif d'un conflit d'intérêts avec l'objet de la saisine en informe le groupe de travail au début de la tenue de l'audition. La personne auditionnée est également soumise à une obligation de confidentialité, qui couvre non seulement ce qui lui a été confié au cours de l'audition, mais aussi ce qu'elle a vu, entendu ou compris. Le HCSP s'engage à préserver le caractère confidentiel des informations données et propos tenus par l'intéressé dans le cadre de la présente audition

Cohérence et appropriation et déclinaison régionale

- Les objectifs de « Priorité Prévention » sont nombreux, êtes-vous impliqués ou en lien avec des mesures proposées par d'autres ministères et, inversement, d'autres ministères sont-ils associés à vos mesures ? Existe-t-il des mesures partagées ?
- « Priorité Prévention » est-il prioritaire au sein de votre institution ? Les équipes et la communauté éducation, en général, en ont-elles connaissance ? Si oui, comment ?
- Son contenu est-il cohérent avec vos objectifs ?
- Est-il décliné à l'échelle régionale / locale ? Comment ? Existe-t-il des documents internes le relayant ? Si oui, de quelles modalités de suivi disposez-vous ?
- Selon vous, certaines actions entreprises à l'échelle locale (notamment en lien avec les rectorats) se nourrissent-elles des actions de « Priorité Prévention » ? Si oui, lesquelles ?

Attentes vis-à-vis de l'évaluation

- Qu'attendez-vous de l'évaluation de « Priorité prévention » et à quelles conditions vous sera-t-elle utile ?

Evaluabilité

- Existe-t-il des indicateurs qualitatifs et/ou quantitatifs de besoins et/ou de situation déjà établis, fréquemment utilisés ou facilement disponibles pouvant servir de référence pour des évaluations d'impacts ? Si oui, lesquels choisir ?

Gouvernance et évolutivité du PNSP

- Selon vous, sur quelles bases « Priorité prévention » doit-il être amené à évoluer :
 - Des indicateurs en temps réel justifiant des modifications ? En avez-vous identifié ?
 - Des adaptations politiques à des réactions professionnelles et/ou citoyennes ? En avez-vous identifié ?
 - Des effets indésirables des actions entreprises ? En avez-vous identifié ?
 - Des effets insuffisants sur les objectifs fixes ? En avez-vous identifié ?
 - Quels acteurs seraient en mesure de produire l'information permettant ces ajustements ?
 - Quels seraient les leviers pour les "activer" en temps réel ?

Plus-value du plan et pérennité des mesures et actions mises en œuvre et évaluées :

- Est-il possible de mesurer l'impact propre du PNSP au regard des autres plans et feuilles de route thématiques ou populationnels (ex : programme national nutrition santé) ?
- Des actions sont-elles à pérenniser quel que soit le devenir du PNSP ?

Efficiences

- Qui contribue au financement de la mise en place des actions de « Priorité Prévention » ? Y a-t-il de nouveaux contributeurs ? Ces financements seront-ils pérennes ?
- La gouvernance du PNSP s'est-elle donné les moyens de suivre les ressources mobilisées par le PNSP ?
 - Si oui, sommes-nous en mesure d'établir le bilan des ressources mobilisées au niveau national et par région ?
 - Y-a-t-il une adaptation de la répartition des ressources selon les besoins des territoires ?
- Lors du déploiement du plan (au national et en région) l'argument de l'efficacité a-t-il été utilisé dans le choix/la hiérarchisation des actions mises en place ?
 - Si oui, qu'est-ce qui a guidé ces choix (éléments dans la littérature à court/long terme permettant de choisir des actions à efficacité connue, autres arguments) ?

Mesure phare : L'école promotrice de santé

Mise en œuvre de la mesure et des sous-mesures : réalisation, localisation, utilisation, perspectives

- Généraliser dans tous les établissements les programmes de développement de la promotion de la santé du type : « Aller bien pour mieux apprendre (ABMA)⁴⁰ », incluant le développement des compétences psychosociales, en associant l'ensemble de la communauté éducative et les parents.
- Généraliser dans l'ensemble des écoles et établissements secondaires les « élèves ambassadeurs » de prévention dont le rôle est de partager des messages de prévention auprès des autres élèves. L'ambassadeur aura à sa disposition une mallette pédagogique regroupant différentes interventions de prévention (notamment tabac, alcool, nutrition, activité physique, environnement).
- Mettre à disposition des familles des ressources leur permettant de donner à leur(s) enfant(s) une meilleure prévention en matière de santé : ces outils seront intégrés dans la "mallette des parents", entièrement revue pour la rentrée scolaire 2018.
- Favoriser les partenariats entre chaque collège et lycée et une consultation jeunes consommateurs (CJC) référente située à proximité afin de systématiser les échanges et les liens entre l'équipe de la CJC et l'équipe éducative.

⁴⁰ https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/navi/spf___internet_registre/trie-resultat/DOC_TITRE?NBREP=10&CTX=

5.4 Annexe 4 : Trames de questionnaire en ligne

Évaluation du Plan Priorité Prévention

* Required

Cohérence et appropriation

Aviez-vous connaissance du plan priorité prévention avant cette sollicitation ? *

Pas de connaissance de ce plan

Connaissance de l'existence du plan mais pas de son contenu

Connaissance du plan et de tout ou partie de son contenu

Other: _____

Commentaires

Your answer _____

Quelles sont selon vous les mesures emblématiques de ce plan, notamment dans votre champ de compétences ?

Your answer _____

Connaissez-vous les objectifs du plan priorité prévention ? Sont-ils clairs ?

Your answer _____

Selon vous, les actions entreprises au niveau territorial en matière de prévention et de promotion de la santé dont vous avez connaissance ou dans lesquelles vous êtes impliqué se nourrissent-elles des actions du plan priorité prévention ?

Your answer _____

Back

Next

Page 3 of 9

Évaluation du Plan Priorité Prévention

Notoriété du plan

Comment avez-vous connu le plan priorité prévention ?

Your answer

La communication, l'information et la pédagogie autour du plan priorité prévention vous semblent-elles satisfaisantes et suffisantes auprès des professionnels de santé et des autres acteurs de la prévention ?

Choose

Précisez :

La communication, l'information et la pédagogie autour du plan priorité prévention vous semblent-elles satisfaisantes et suffisantes auprès des professionnels de santé et des autres acteurs de la prévention ?

Choose

Précisez :

Your answer

La communication, l'information et la pédagogie autour du plan priorité prévention vous semblent-elles satisfaisantes et suffisantes auprès du grand public ?

Choose

Quels sont les enjeux de communication, d'information et de pédagogie dans le cadre de ce plan selon vous ?

Your answer

Comment la société civile devrait-elle être associée au plan ?

Your answer

Attentes vis-à-vis de l'évaluation du plan priorité prévention

Qu'attendez-vous de l'évaluation du plan priorité prévention, notamment pour les sujets qui vous concernent ?

Your answer

De votre point de vue, le processus collaboratif mis en place pour le pilotage et le déploiement du plan priorité prévention a-t-il été positif ? Si oui, sur quels éléments ? Si non, pourquoi et comment améliorer ce processus ?

Your answer

Dans votre champ d'actions, la mise en œuvre du plan est-elle en adéquation avec les valeurs reconnues de la prévention et de la promotion de la santé (respect des connaissances scientifiques, appui sur les outils de PPS et des données validées,...) ?

Your answer

Gouvernance et intersectorialité

Quels sont les avantages et les inconvénients d'un portage par le 1er ministre d'un plan interministériel comme le plan priorité prévention ?

Your answer

Quelles instances (ou organismes) assurent la déclinaison du plan priorité prévention dans votre région, notamment pour les sujets qui vous concernent ?

Your answer

Comment y êtes-vous associé ?

Your answer

De votre point de vue, les inégalités en matière de prévention ont-elles été prises en compte dans le déploiement du plan priorité prévention pour répondre aux inégalités « territoriales ou géographiques » ou aux inégalités « sociales » dans votre région ?

Your answer

La mise en œuvre du plan a-t-elle un impact sur la mobilisation des offreurs de soins (création de postes, formation, ...) dans votre territoire et comment ? Cette mobilisation est-elle suffisante ?

Your answer

La mise en œuvre du plan a-t-elle un impact sur la mobilisation des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé (création de postes, formation, ...) dans votre territoire et comment ? Cette mobilisation est-elle suffisante ?

5.5 Annexe 5 : Fiche mesure détaillée « La santé des enfants et des jeunes - L'école promotrice de santé »

Cette mesure phare se décline en quatre mesures combinées et coordonnées avec l'ambition de les généraliser à tous les établissements :

Généraliser dans tous les établissements les programmes de développement de la promotion de la santé du type : « Aller bien pour mieux apprendre (ABMA) », incluant le développement des compétences psychosociales, en associant l'ensemble de la communauté éducative et les parents.

ABMA (aller bien pour mieux apprendre) est un dispositif de promotion de la santé en milieu scolaire élaboré à partir des données de la littérature internationale⁴¹⁻⁴². Expérimenté dans 19 établissements volontaires de l'académie de Lyon, il a fait l'objet d'une évaluation, en 2016, dans le cadre d'une recherche-intervention. Il a été démontré que le fait de mettre en place des projets d'éducation à la santé et à la citoyenneté et de prendre en compte le bien-être des élèves au quotidien contribue à améliorer le climat scolaire et la réussite éducative des élèves. Des effets ont également été perçus au niveau des relations professionnelles, des pratiques des enseignants etc. L'évaluation a notamment porté sur l'analyse des freins et des leviers pour intégrer ce type de dispositif au système éducatif français. Les résultats confirment l'importance d'un accompagnement méthodologique des établissements et montrent que l'implantation du dispositif au niveau académique est essentielle dans ce type de démarche, d'abord centré sur les établissements.

Portée par la DGESCO, cette mesure est le fruit d'un partenariat avec Santé publique France (SPF), la DGS/SP et le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET).

En termes de mise en œuvre, **les réalisations au cours des deux premières années sont structurelles :**

- **Identification des programmes portant sur les compétences psychosociales** en établissements scolaires ainsi que des intervenants : enquête auprès des conseillers techniques santé et sociaux, ARS. L'enquête est en cours de dépouillement. Des programmes figurant dans OSCARS⁴³ sont réalisés par des professionnels de l'éducation nationale, des associations, des collectivités territoriales, des maisons des adolescents etc.
- **Identification des programmes menés par les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)**. L'enquête est en cours de dépouillement.
- Actualisation des pages santé d'Eduscol pour créer un portail "**Promotion de la santé à l'école**".
- Élaboration et mise à disposition d'un **vadémécum sur les écoles promotrices de santé**.

⁴¹ <http://www.theses.fr/2016LYSE1028>

⁴² <https://eduscol.education.fr/experitheque/fiches/fiche10096.pdf>

⁴³ <https://www.oscarsante.org/>

- Élaboration et mise à disposition d'un **guide à destination des chefs d'établissements et des inspecteurs de l'Éducation nationale** sur le service sanitaire des étudiants en santé, comprenant une charte d'engagement.
- **Formation de formateurs dans les Etablissements publics locaux d'enseignement (EPL)** en 2019-2020 : cette formation ne figure pas dans le tableau de suivi.

La généralisation de programmes de type ABMA, initialement annoncée, a été reportée à l'année académique 2020-2021 en raison de la pandémie de Covid-19.

Généraliser dans l'ensemble des écoles et établissements secondaires les « ambassadeurs élèves » de prévention dont le rôle est de partager des messages de prévention auprès des autres élèves. L'ambassadeur aura à sa disposition une mallette pédagogique regroupant différentes interventions de prévention (notamment tabac, alcool, nutrition, activité physique, environnement) :

Le programme, coordonné par la DGESCO, est réalisé en partenariat avec la DGS/SP et Santé publique France. Il est en phase de conception avec :

- un projet de création d'une mallette pédagogique en partenariat avec Santé publique France et inspirée du programme « Assist » élaboré avec le CNCT ;
- la formation des futurs élèves ambassadeurs ;
- un projet de mise en lien avec le dispositif des étudiants en service sanitaire de santé.

Un comité de pilotage sur les élèves ambassadeurs et les écoles promotrices de santé (EPSA) est coordonné par la DGESCO.

Le programme s'inspire du dispositif des élèves ambassadeurs mis en place en 2015 au sein des lycées, dans le cadre de la lutte contre le harcèlement⁴⁴ et élargi aux collèges depuis 2018. Il a pour objectif de développer, chez les élèves, un certain nombre de compétences, qui rejoignent des compétences psychosociales telles qu'elles sont définies par l'OMS, et que l'on retrouve dans le domaine « formation de la personne et du citoyen » du socle commun afin rendre les élèves capables de :

- veiller à la qualité des relations interpersonnelles ;
- être responsables du groupe ;
- prendre les initiatives qu'il faut pour soutenir, aider, consoler ceux de leurs pairs qui sont victimes ;
- raisonner ceux qui sont auteurs de harcèlement.

Des formations et des ressources sont mises à la disposition de ces élèves ambassadeurs dont le périmètre d'intervention se limite au harcèlement.

⁴⁴ Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. Dispositif des ambassadeurs collégiens : <https://www.nonauharcèlement.education.gouv.fr/ressources/dispositif-des-ambassadeurs-collégiens/>

Mettre à la disposition des familles des ressources leur permettant d'assurer à leurs enfants une meilleure prévention en matière de santé : ces outils seront intégrés dans la "mallette des parents", entièrement revue pour la rentrée scolaire 2018.

Portée par la DGESCO et la DGS avec le partenariat de la DGCS, cet objectif opérationnel se traduit par la mise en ligne de ressources en santé, à destination des parents, intégrées dans la mallette des parents en ligne⁴⁵. Ce site, destiné aux parents et aux professionnels des classes maternelles, élémentaires et collèges propose des conseils, ressources et outils pour mieux comprendre les enjeux de l'École et renforcer les liens entre ses différents acteurs. Il comporte de nombreuses rubriques portant sur la vie scolaire, les programmes, les inscriptions, la cantine etc. ainsi qu'une rubrique Santé régulièrement mise à jour.

Favoriser les partenariats entre chaque collège et lycée et une consultation jeunes consommateurs (CJC) référente située à proximité afin de systématiser les échanges et les liens entre l'équipe de la CJC et l'équipe éducative :

Porté par la DGESCO, cet objectif est en cours de construction, avec le partenariat de DGS/SP, Direction générale de l'enseignement et de la recherche (DGER), ARS et rectorats.

La connaissance des actions mise en place par un recensement est prévu, ainsi qu'une incitation des collèges et des lycées à la signature de conventions de partenariats. Les référents addictions des ARS sont impliqués.

Les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)⁴⁶ sont conçues pour prévenir autant qu'accompagner dans le cadre de la lutte contre tous les types de conduites addictives (alcool, cannabis, jeux vidéo, tabac, etc.). Institué en 2004, ce dispositif, situé à l'interface de la prévention et du soin, s'adressait à l'origine aux plus jeunes dont la consommation concernait le cannabis ainsi qu'à leurs familles, avant de voir son périmètre élargi afin d'accueillir également des patients plus âgés et des personnes concernées par une addiction sans produit (Internet, jeux vidéo...). Présentes dans la quasi-totalité des départements français, ces consultations proposent un accueil gratuit et confidentiel. Elles se déroulent au sein des Centres spécialisés d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou dans des lieux spécialisés dans l'accueil des jeunes (Maisons des adolescents et Points accueil écoute jeunes).

Les jeunes peuvent s'y rendre seuls ou accompagnés de leur(s) parent(s) ou d'un proche. Les parents peuvent également être reçus avec ou sans le jeune concerné.

Outre les consultations, une grande part du travail des professionnels exerçant dans les CJC consiste à sensibiliser ces médiateurs, en se rendant directement dans les établissements scolaires ou les centres d'apprentissage.

⁴⁵ Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. Bienvenue sur la mallette des parents : <http://mallettedesparents.education.gouv.fr>

⁴⁶ Drogues-info-services.fr : Les Consultations jeunes consommateurs (CJC), une aide aux jeunes et à leur entourage : <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Se-faire-aider/Les-Consultations-jeunes-consommateurs-CJC-une-aide-aux-jeunes-et-a-leur-entourage#.XtDbdmgzY2w>

La note d'information DGS/SP3/2019/166 du 7 juin 2019⁴⁷ signée de la Ministre en charge de la santé et relative au renforcement du partenariat entre les Consultations jeunes consommateurs et les établissements scolaires a pour objet d'accompagner le renforcement des partenariats entre les consultations jeunes consommateurs et les établissements scolaires (collèges et lycées). Elle comprend un modèle de convention pouvant être adapté par les structures. Plusieurs types de partenariat sont suggérés :

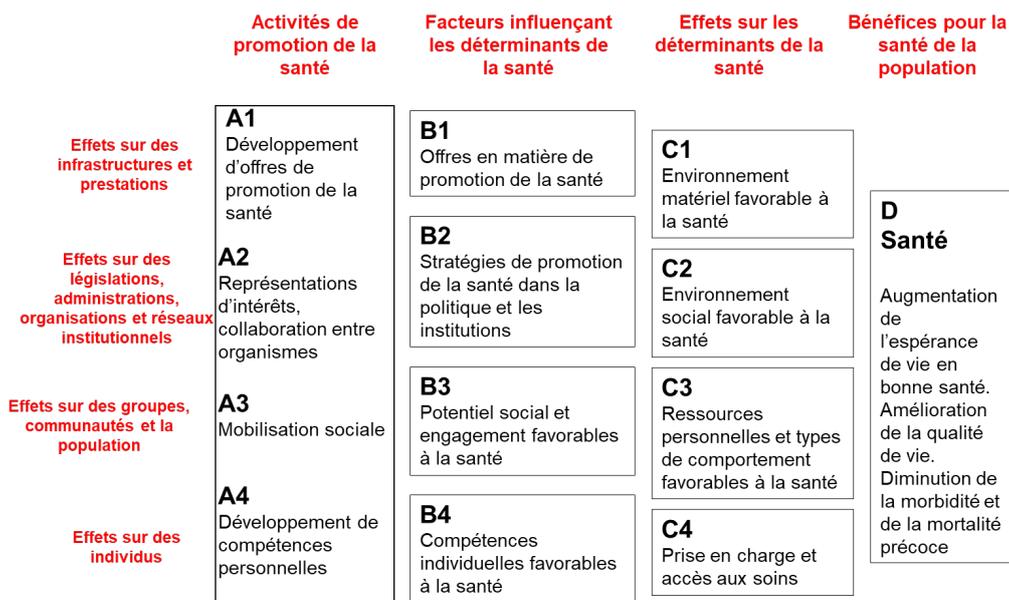
- l'intervention dans l'établissement scolaire lors de temps collectifs, par exemple : présentation de l'équipe de la CJC, animation par la CJC d'espaces d'information et d'échanges ;
- l'accueil individuel des jeunes par les professionnels de la CJC, avec possibilité de participation des parents. Certaines CJC proposent des points d'accueil (permanences, points de contact avancés...) au sein de l'établissement scolaire en accord avec l'établissement ;
- la participation de la CJC à des programmes de prévention et développement des compétences psycho-sociales ;
- l'intervention de la CJC auprès des équipes éducatives : sensibilisation aux conduites addictives, formation des personnels au repérage, à l'intervention brève ;
- l'intervention auprès de l'entourage familial : communication aux familles et parents d'élèves, accueil individuel de famille.

Afin de suivre la mise en place de ces partenariats entre CJC et établissements scolaires (collèges, lycées), un recueil national et régional annuel du nombre de conventions est prévu, en partenariat avec les ARS.

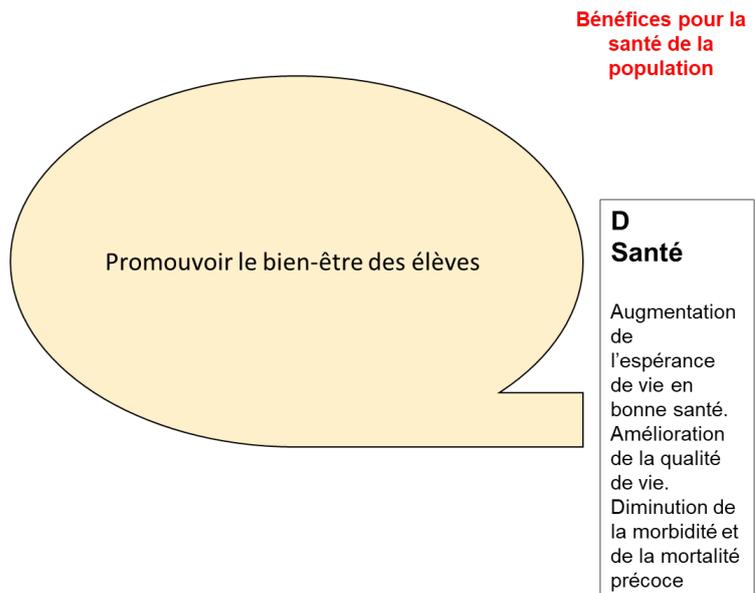
Illustration de l'analyse à partir de l'outil de catégorisation :

A noter : les éléments en vert indiquent que l'action est réalisée ou en cours, en orange interrompue, en rouge *a priori* abandonnée.

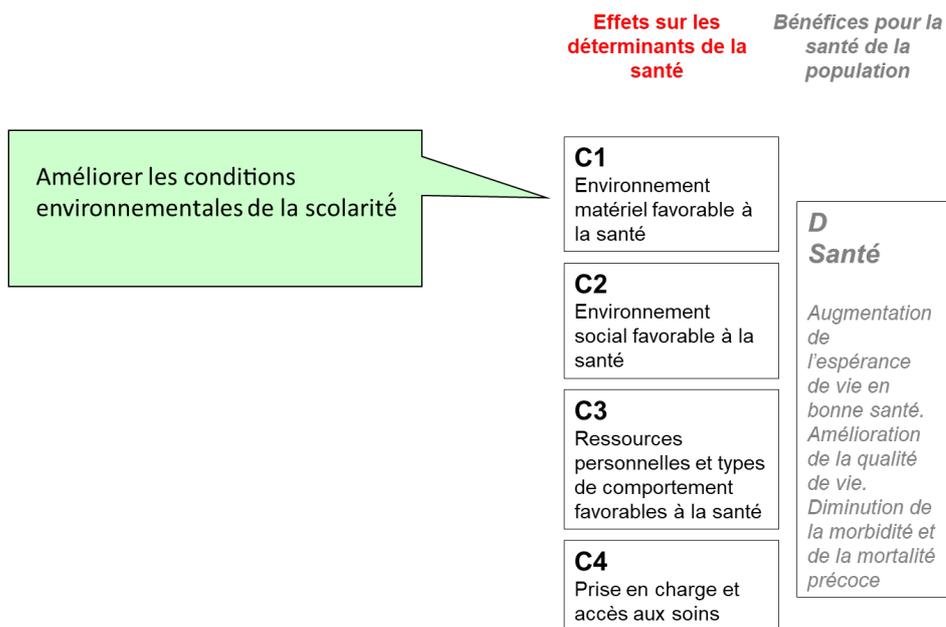
⁴⁷ Circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.



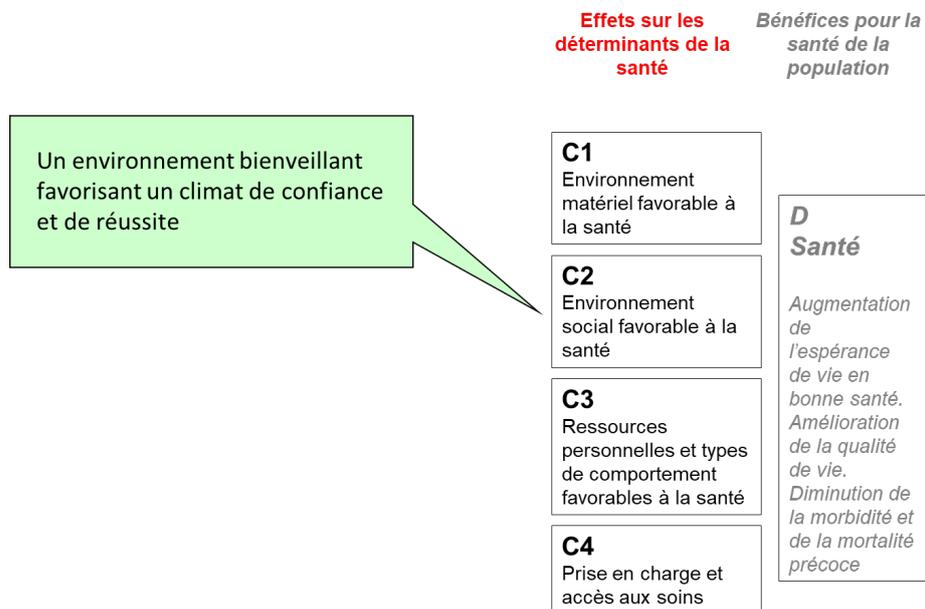
Focus sur : Ecole promotrice de santé



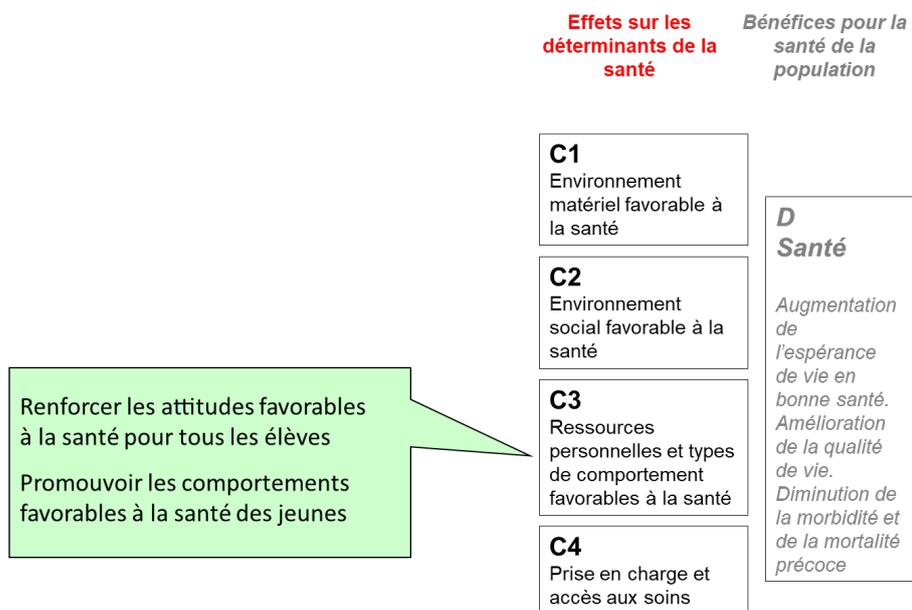
Focus sur : Ecole promotrice de santé



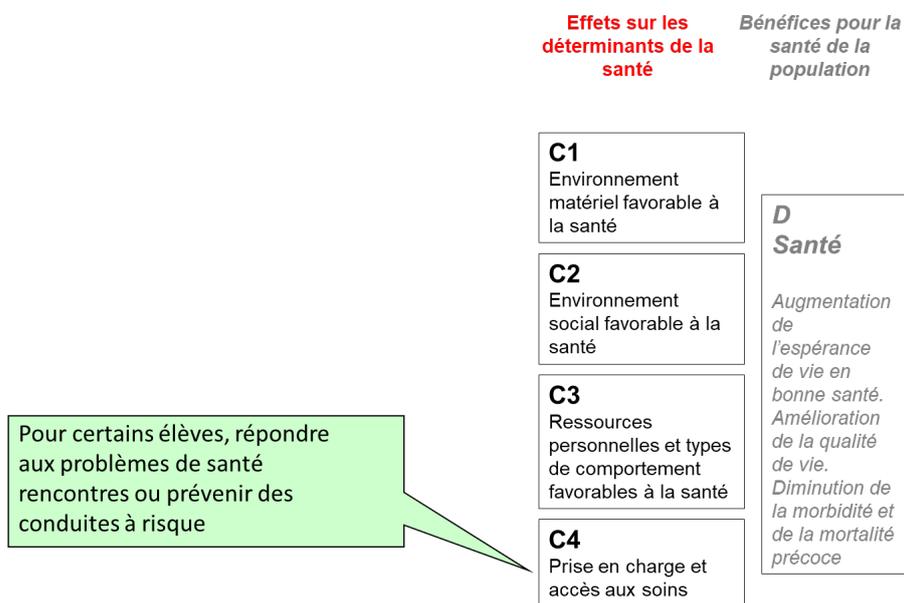
Focus sur : Ecole promotrice de santé



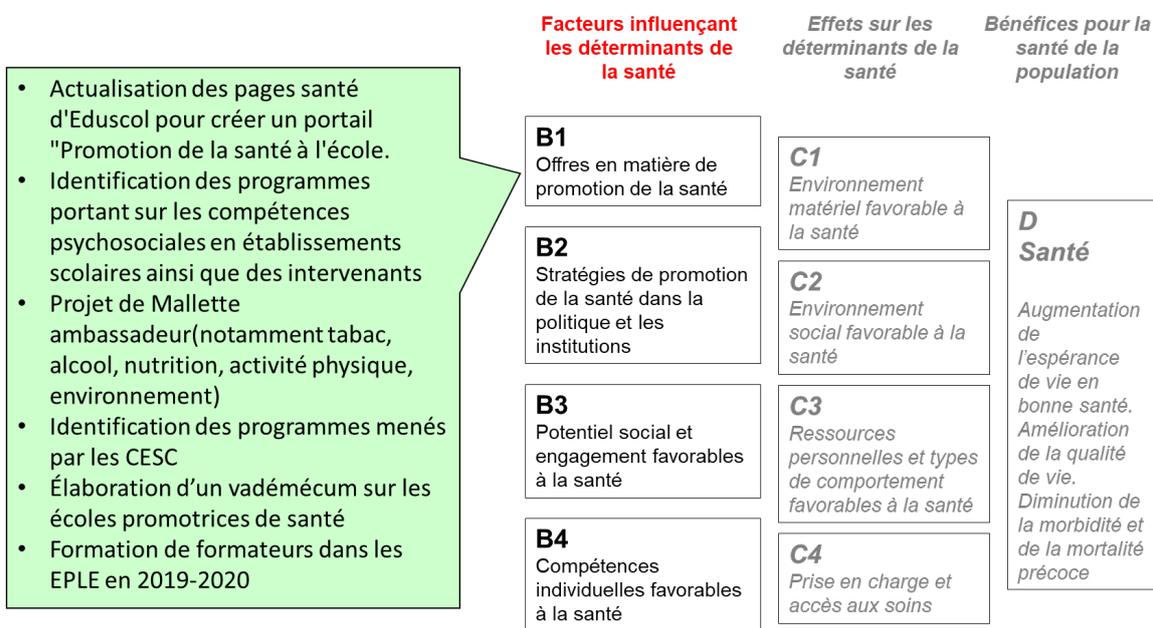
Focus sur : Ecole promotrice de santé



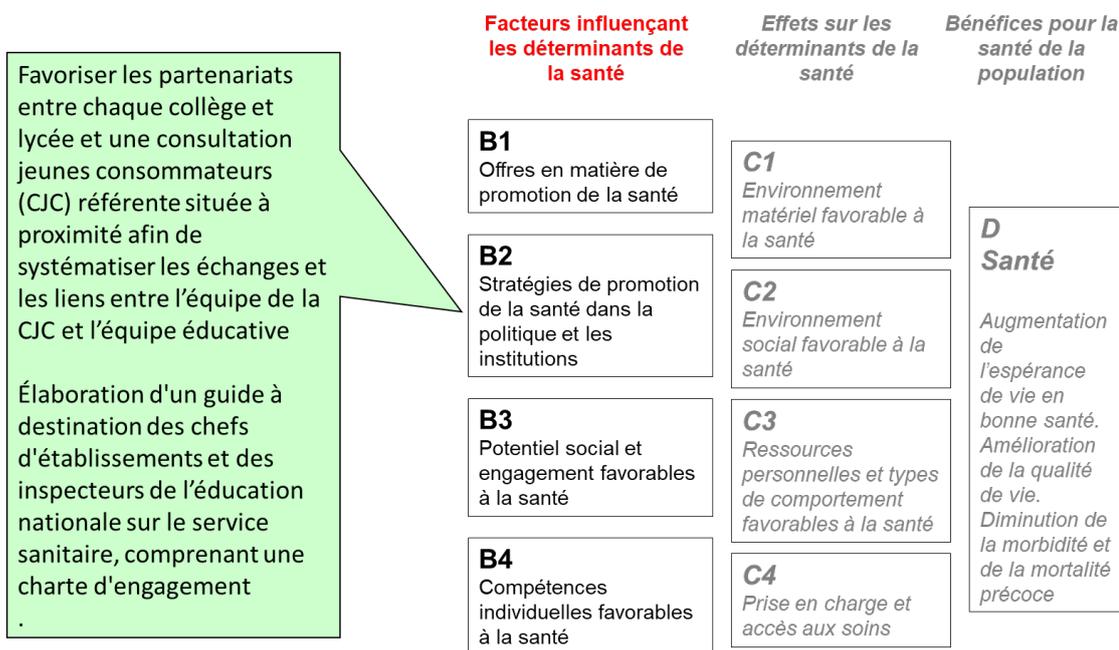
Focus sur : Ecole promotrice de santé



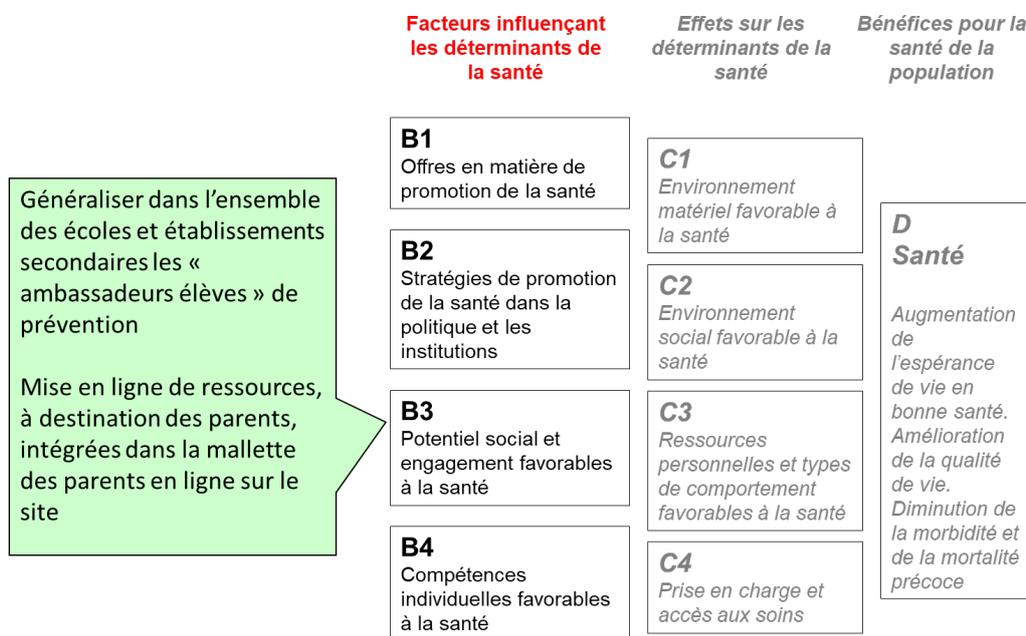
Focus sur : Ecole promotrice de santé



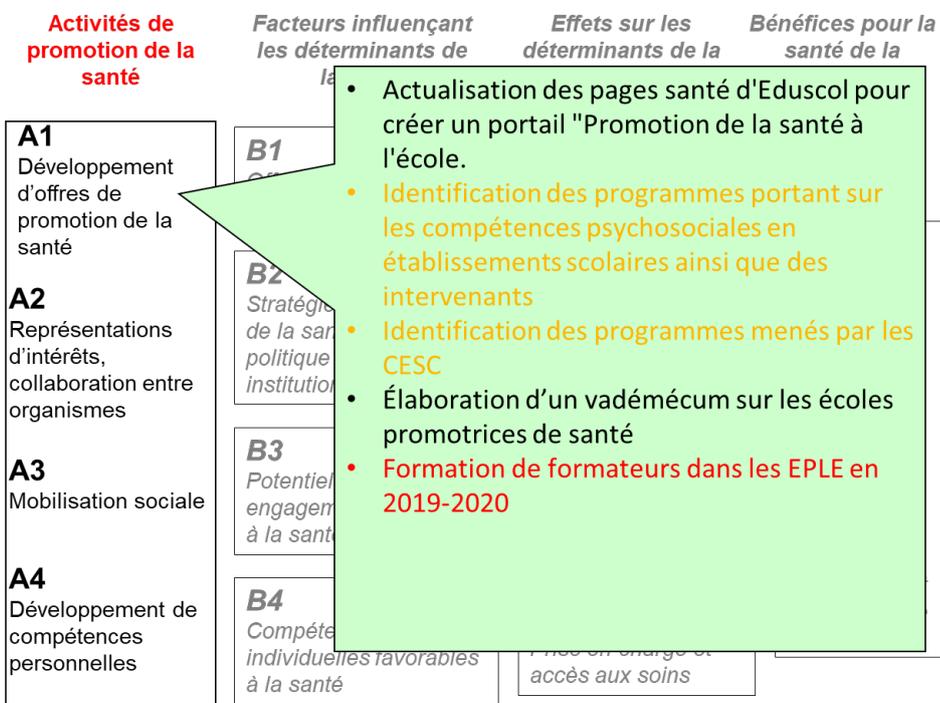
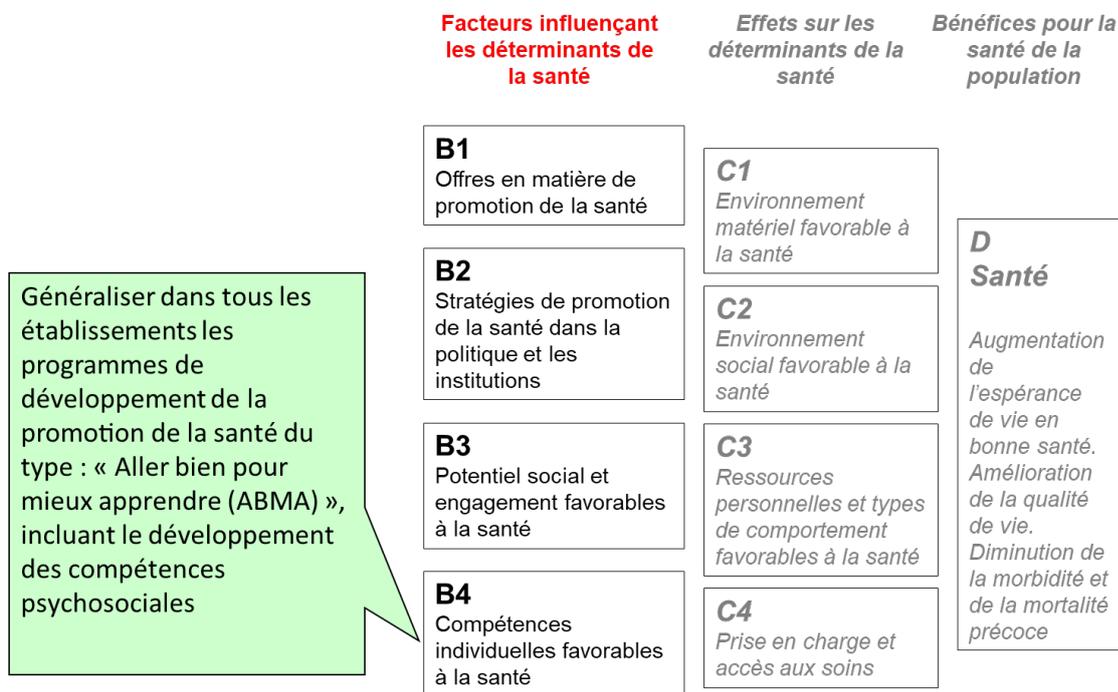
CESC = Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
 EPLE = Etablissement public local d'enseignement



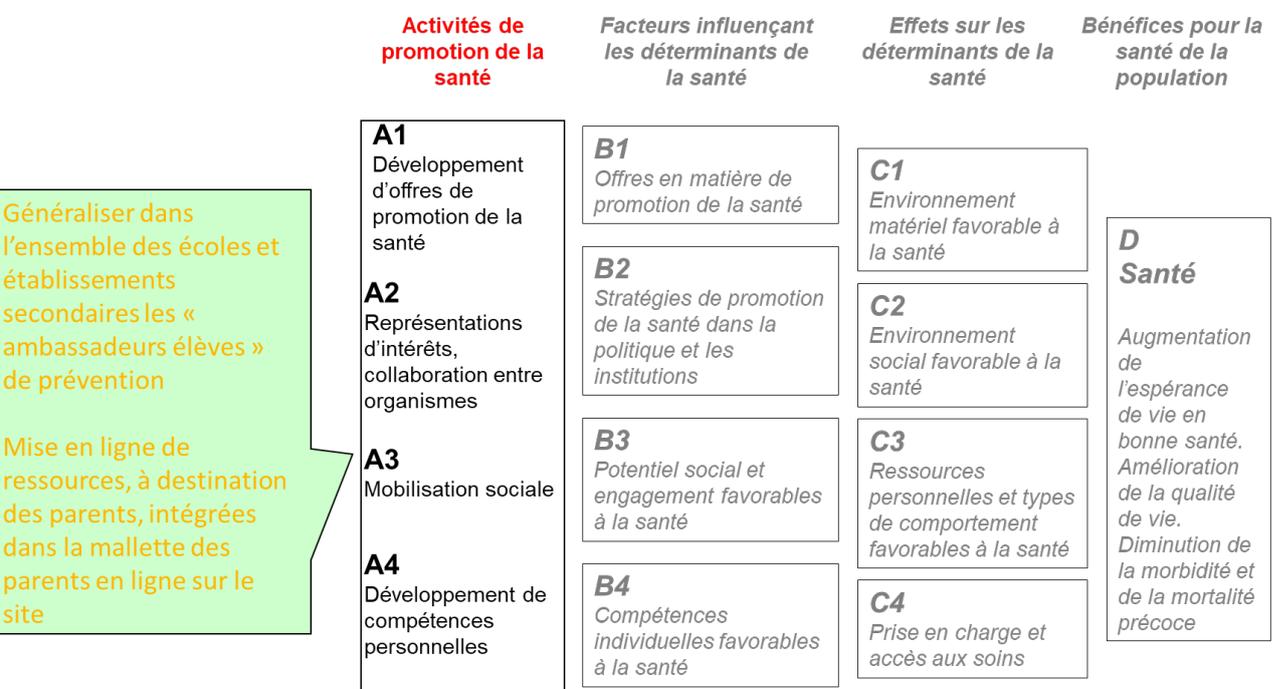
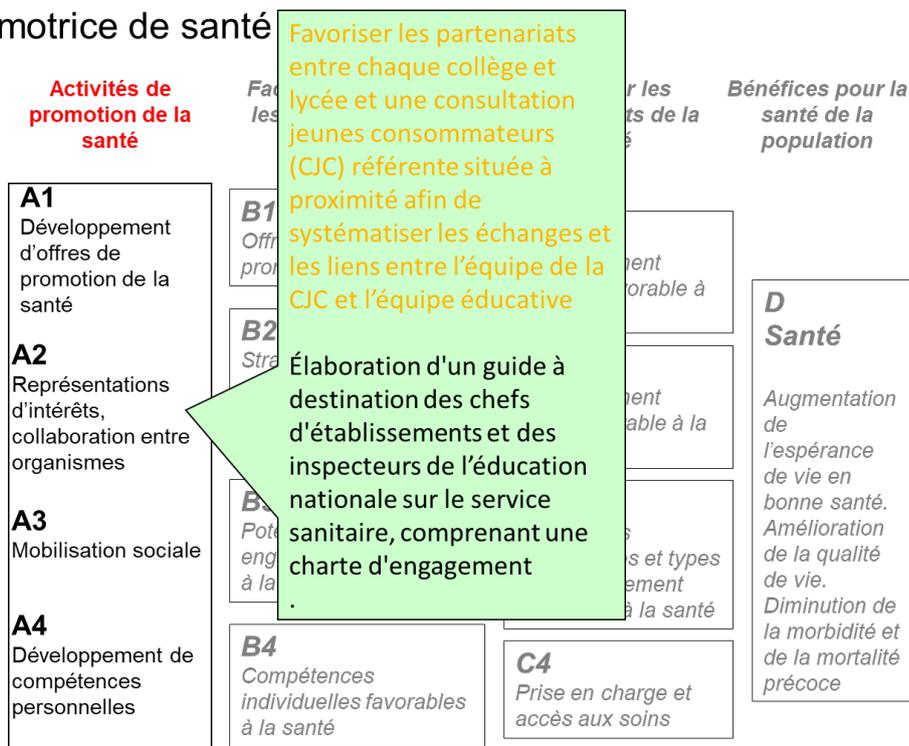
Focus sur : Ecole promotrice de santé



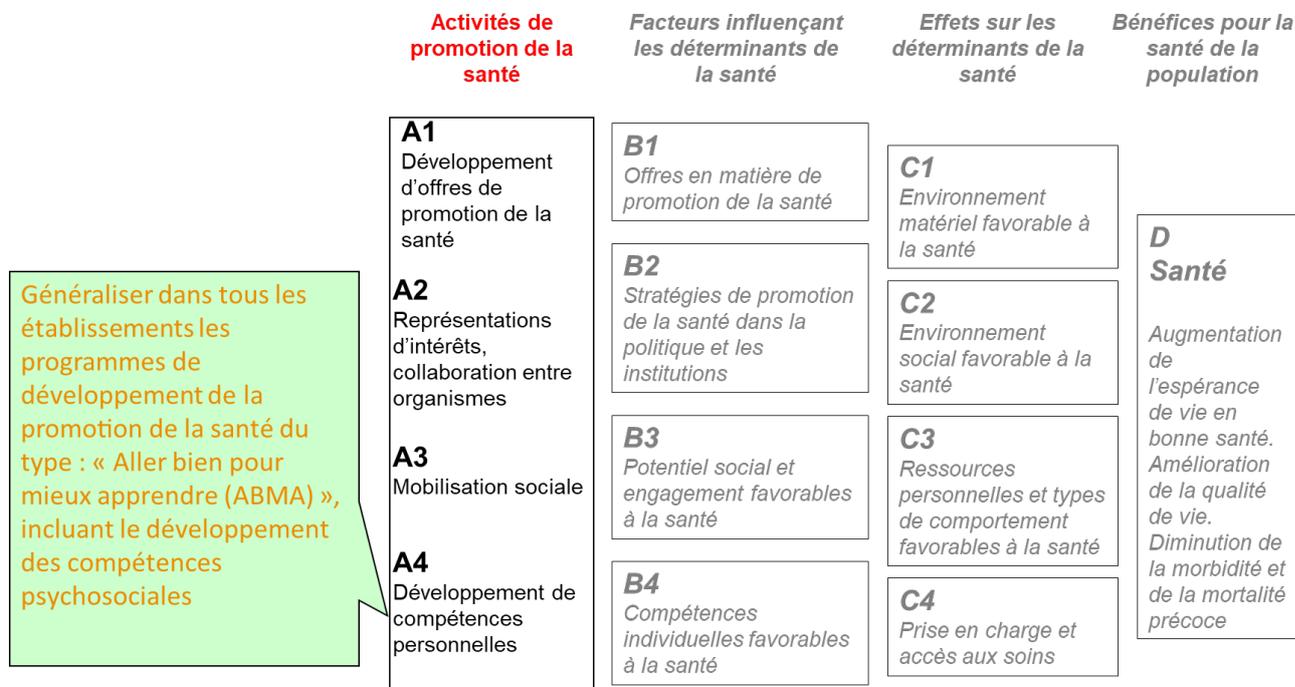
Focus sur : Ecole promotrice de santé



Focus sur : Ecole promotrice de santé



Focus sur : Ecole promotrice de santé



5.6 Annexe 6 : Fiche mesure détaillée « La santé des plus de 65 ans : Prévenir la perte d'autonomie en agissant dans les milieux de la vie »

Financer des programmes de prévention en EHPAD, ciblés sur la prévention de la perte d'autonomie et de l'aggravation de l'état de santé auprès des résidents grâce à un plan de 15 M€ annuel.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) accueillent des personnes de plus en plus âgées, de plus en plus dépendantes, notamment sur le plan psychique, et polyopathologiques (en moyenne 7 maladies diagnostiquées). Ces établissements, dont la finalité est la qualité de vie des résidents, travaillent sur la place des soins dans le projet d'établissement et sur l'intégration du projet de soins dans le projet personnalisé de chaque personne accueillie. Ce projet vise à un accompagnement plus global qui préserve la singularité des parcours de vie tout en relevant les défis de la médicalisation et de la qualité des soins destinés à prévenir complications, récurrence et aggravation de l'état de santé

Le champ de la prévention en EHPAD est vaste. Il recouvre tout à la fois l'identification des situations à risque (nutrition, chute, dépression, iatrogénie, déficiences sensorielles, état bucco-dentaire...) et leur prise en charge, plus large que la stricte prise en compte d'un état pathologique. Il peut s'agir de prévention individuelle (mobilisation/activité physique, lutte contre la dénutrition, les chutes et les fractures, la iatrogénie médicamenteuse, écoute/relation avec les familles) mais aussi de prévention collective qui s'identifie à la stratégie qualité de l'établissement (diététique, promotion de l'activité physique, du rôle social des résidents, stimulation cognitive, organisation de la vie collective, ...).

Conformément à la feuille de route « Grand âge et autonomie⁴⁸ » présentée par la Ministre des Solidarités et de la santé le 30 mai 2018 et à « Priorité Prévention », l'instruction du 25 juin 2018 relative au financement d'actions de prévention destinées aux résidents des EHPAD par les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie⁴⁹ a élargi le périmètre d'éligibilité des concours des conférences des financeurs pour développer et renforcer la prévention en EHPAD et ainsi réduire ou retarder la perte d'autonomie. Ainsi, le concours versé aux conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie peut être mobilisé pour des actions menées en EHPAD ou touchant des résidents d'EHPAD, au titre du « financement d'actions collectives de prévention »⁵⁰.

Au-delà des crédits que les ARS avaient déjà pu octroyer à certains établissements sur l'enveloppe de financements complémentaires, les concours pour la prévention de la perte d'autonomie peuvent désormais être mobilisés afin d'accroître les actions de prévention,

⁴⁸ Ministère des Solidarités et de la santé. Grand âge et autonomie. Feuille de route : Dossier de presse 30 mai 2018 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_grandage-autonomie.pdf

⁴⁹ INSTRUCTION N°DGCS/3A/CNSA/2018/156 du 25 juin 2018 relative au financement d'actions de prévention destinées aux résidents des EHPAD par les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/07/cir_43802.pdf

⁵⁰ Axe 6 de la loi du 28/12/2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement

notamment en matière de santé bucco-dentaire, de repérage précoce de la perte d'autonomie, d'activité physique adaptée, de diététique et de prévention des chutes pour les personnes âgées résidant en EHPAD.

Le suivi relatif à la nature, au nombre d'actions, de bénéficiaires en EHPAD, ou encore des crédits attribués à leur financement sera réalisé dans le cadre de la remontée des rapports d'activité des Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) à la CNSA.

Systematiser à 60-65 ans, à l'âge du départ en retraite, le bilan de santé et la consultation proposés par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et les caisses de retraite afin de repérer et prévenir les risques de perte d'autonomie.

La transition démographique attendue à l'horizon 2030 avec l'arrivée des générations du *baby-boom* à des âges avancés impose de renforcer la prévention des troubles de santé liés au vieillissement.

Le passage à la retraite constitue un moment de vie propice aux changements de comportements. La mesure vise à l'instauration d'un temps de consultation dédié pour les 60-65 ans permettant de structurer une approche préventive destinée à favoriser l'adoption de comportements sains (rester actif, limiter la sédentarité, manger sainement, réduire les consommations addictives (tabac, alcool) et orienter vers des dispositifs de prévention (bilan sensoriel, action collective de prévention, adaptation du logement...).

S'appuyant sur les caisses d'Assurance maladie et les caisses de retraite (CNAM, CNAV, CCMSA, AGIRC-ARRCO), la mesure prévoit la mise en place d'un « rendez-vous prévention⁵¹ », au moment du passage à la retraite, structuré pour aborder les trois domaines suivants : vulnérabilités, santé et retraite.

Ce rendez-vous doit reposer sur une approche globale, médico-psychosociale, et s'attacher à la préservation des cinq grandes capacités intrinsèques de la personne (la mobilité, la nutrition, les fonctions sensorielles, l'état psycho-social et la cognition). Ce « rendez-vous prévention » doit se baser 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. Le « rendez-vous prévention » a vocation à s'articuler avec les médecins traitants et les acteurs de prévention du territoire et cible prioritairement les personnes les plus à risque en fonction de leurs caractéristiques géographiques, socioéconomiques et de leur consommation de soins.

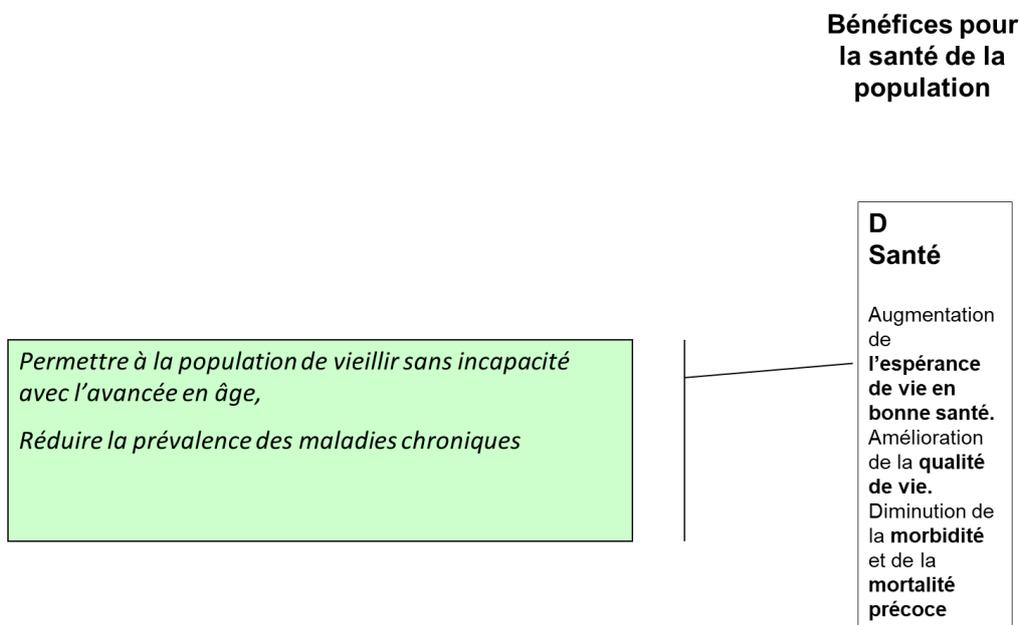
Ce rendez-vous doit être organisé en partant des actions et de l'expérience des caisses d'assurance maladie et de retraite (notamment le programme inter-régime des ateliers du bien vieillir), sur la base d'un référentiel commun. Il s'adressera en priorité à un public en situation socio-économique précaire ou éloigné du système de santé. Ces rendez-vous pourraient être accueillis au sein des centres d'exams de santé du réseau de l'assurance maladie.

Illustration de l'analyse à partir de l'outil de catégorisation :

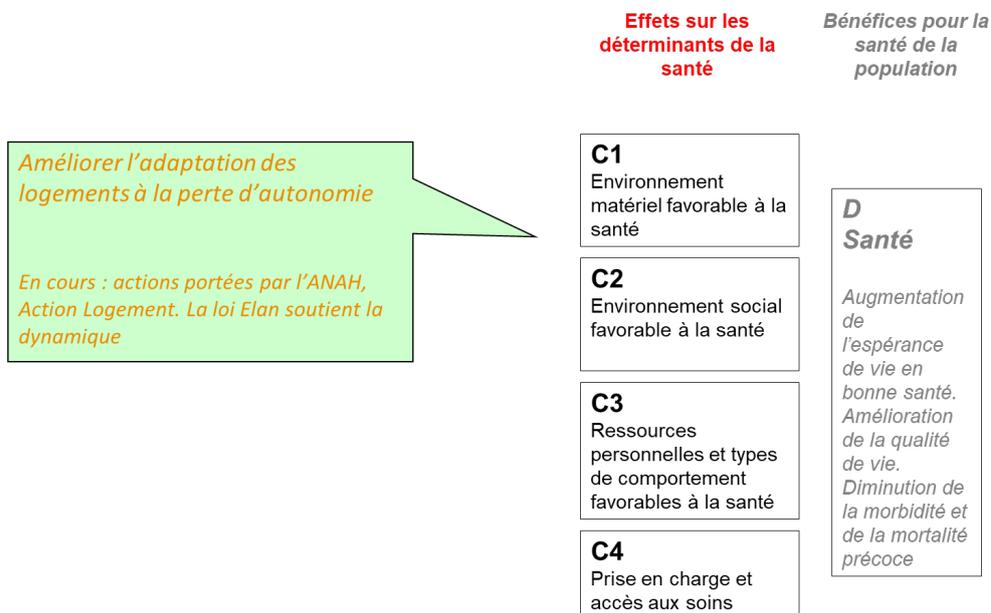
⁵¹ <http://www.agirc-arrco.fr/actualites/detail/des-rendez-vous-de-prevention-pour-jeunes-retraites/>

A noter : les éléments en vert indiquent que l'action est réalisée ou en cours, en orange interrompue, en rouge *a priori* abandonnée.

Focus sur : La santé des plus de 65 ans



Focus sur : La santé des plus de 65 ans



Focus sur : La santé des plus de 65 ans

- Déployer un environnement bienveillant favorisant l'adoption de comportements sains
- Développer la prévention collective dans les EHPAD (diététique, promotion de l'activité physique, du rôle social des résidents, stimulation cognitive, organisation de la vie collective...) : *en cours (instruction ARS)*

Effets sur les déterminants de la santé

Bénéfices pour la santé de la population

C1
Environnement matériel favorable à la santé

C2
Environnement social favorable à la santé

C3
Ressources personnelles et types de comportement favorables à la santé

C4
Prise en charge et accès aux soins

D Santé
Augmentation de l'espérance de vie en bonne santé. Amélioration de la qualité de vie. Diminution de la morbidité et de la mortalité précoce

Effets sur les déterminants de la santé

Bénéfices pour la santé de la population

C1
Environnement matériel favorable à la santé

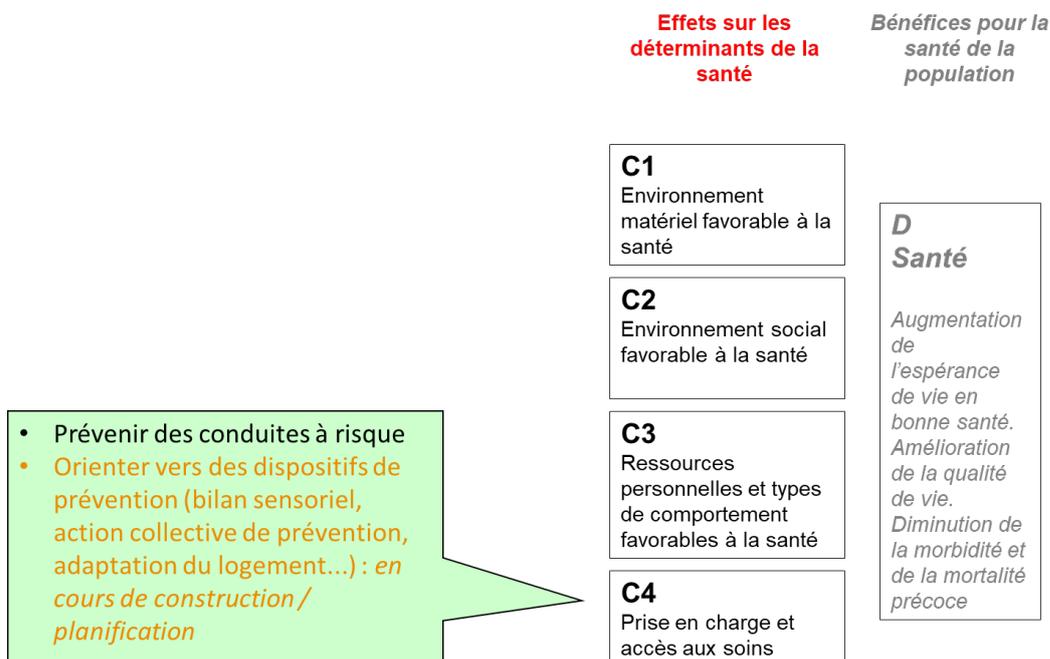
C2
Environnement social favorable à la santé

C3
Ressources personnelles et types de comportement favorables à la santé

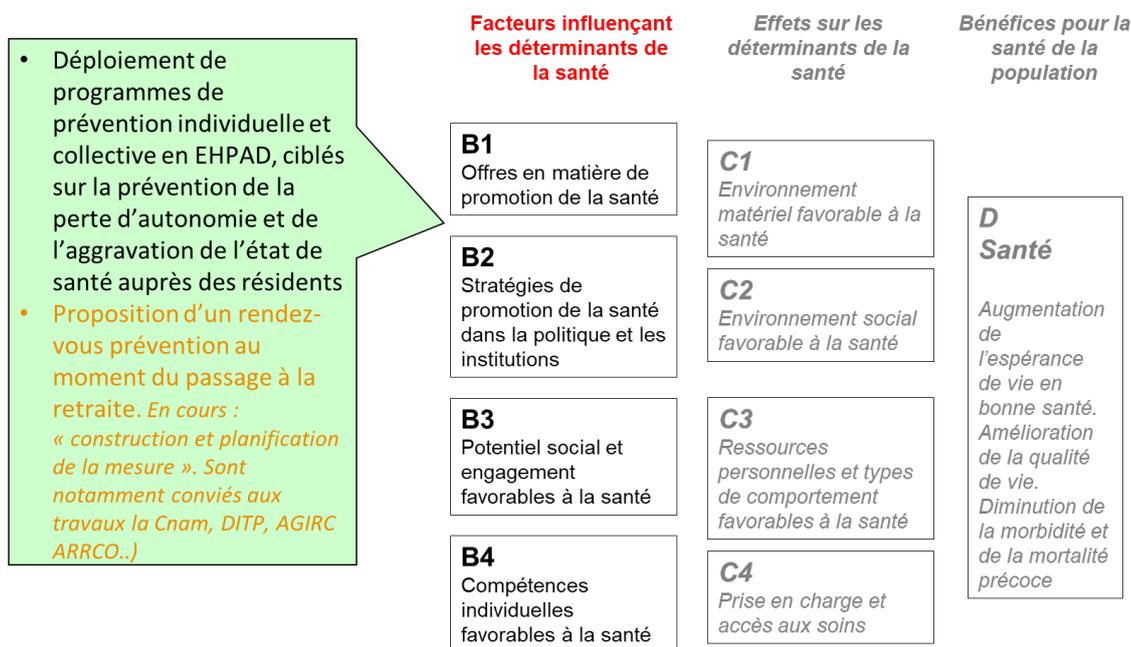
C4
Prise en charge et accès aux soins

D Santé
Augmentation de l'espérance de vie en bonne santé. Amélioration de la qualité de vie. Diminution de la morbidité et de la mortalité précoce

Promouvoir les comportements sains (rester actif, limiter la sédentarité, manger sainement, réduire les consommations addictives - tabac, alcool)

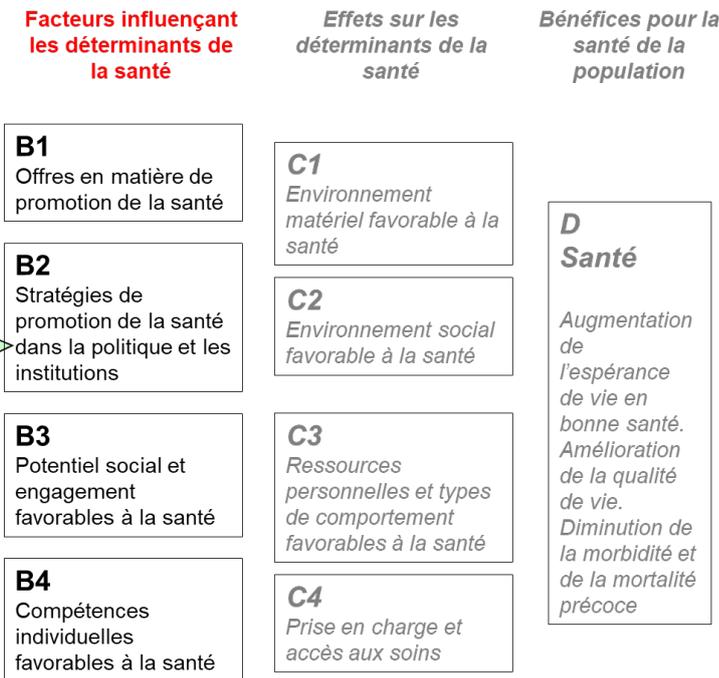


Focus sur : La santé des plus de 65 ans



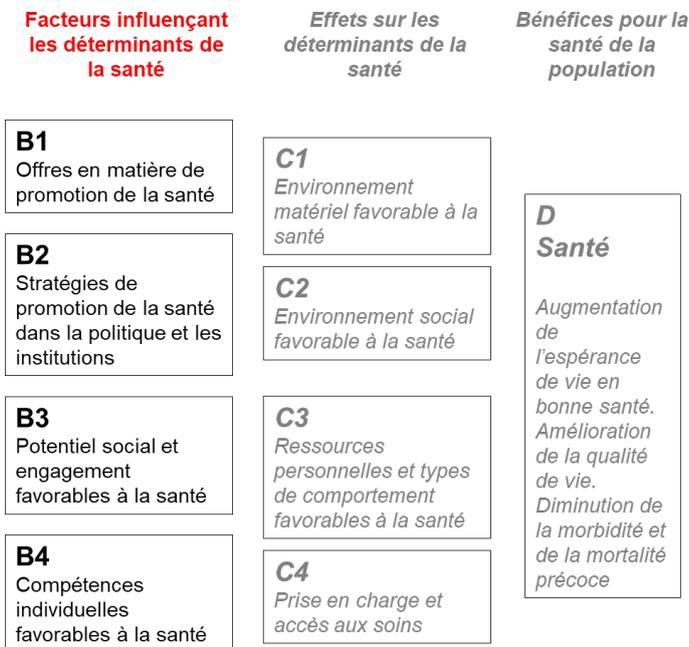
Favoriser l'intégration de programme de prévention dans les projets d'établissement des EHPAD et de stratégie qualité vertueuse (diététique, promotion de l'activité physique, du rôle social des résidents, stimulation cognitive, organisation de la vie collective...)

En cours : les ARS ont une instruction pour activer les fonds. Des appels à candidature ont déjà été lancés (Grand Est, Guyane notamment)



Focus sur : La santé des plus de 65 ans

Financement des programme de prévention en EHPAD : en cours (via l'instruction ARS)



Focus sur : La santé des plus de 65 ans

