



# Haut Conseil de la santé publique

---

## AVIS

relatif à l'évaluation *in itinere* du Plan national de santé publique,  
portant sur la période avril 2019-juillet 2020

17 septembre 2020

---

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, concernant l'évaluation du Plan national de santé publique (PNSP, « Priorité prévention ») (cf. Annexe 1).

Le PNSP a été lancé en mars 2018 par le Premier ministre au cours d'une réunion du Comité interministériel pour la santé (CIS). Il est réactualisé chaque année à sa date d'anniversaire [1]. Le suivi opérationnel du plan est assuré par le Comité permanent restreint (CPR) du Comité interministériel pour la santé (CIS).

La promotion de la santé et la prévention représentent le premier axe de la Stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 [2]. L'objectif du PNSP est de rendre opérationnel l'axe 1 de la SNS en définissant des priorités en matière de prévention.

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.

En mars 2019, le HCSP a publié un premier rapport (en réponse au premier volet de la saisine) sur l'Évaluation de la pertinence et la cohérence du plan [3]. Il conclut que le plan répond globalement au triple objectif qui lui a été fixé :

- être la 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 documents d'orientation 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, en dehors du champ purement sanitaire autour d'un même objectif d'amélioration de la santé de la population.

### Périmètre de la saisine

La saisine se décompose en 3 volets :

- **Volet 1 : évaluer la pertinence de l'ensemble du PNSP (échéance 4 février 2019)**
  - 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.
  - La pertinence des mesures retenues eu égard aux priorités de la SNS.

Le rapport a été remis en mars 2019.

- **Volet 2 : sur une partie du plan, évaluation *in itinere* (point annuel à partir du 20 mars 2020, reporté au 23 juillet 2020 à la suite de la crise sanitaire Covid-19)**
  - 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.
  - Un volet qualitatif pour une ou deux mesures emblématiques reflétant des priorités du Gouvernement.
  
- **Volet 3 : sur une partie du plan, évaluation *ex-post* (échéance mars 2022)**

Il s'agit d'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).

Trois ou quatre ensembles de mesures coordonnées peuvent être retenus compte-tenu de cet aspect novateur en matière de politique de prévention en France. Les thématiques retenues, en concertation avec la Direction générale de la santé (DGS) :

- 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).

## L'évaluation *in itinere*

L'évaluation dite *in itinere* est menée tout au long du plan et permet d'émettre des recommandations dans une logique d'amélioration en continu et dans le dialogue avec les parties prenantes. Elle s'appuie sur des principes directeurs :

1. Elle est systémique, et permet d'analyser, dans un contexte complexe, les apports du plan en termes de plus-value et d'interactions.
2. Elle relève d'une démarche participative et de concertation : les parties prenantes (membres du CPR) sont associées à la démarche évaluative et les attentes de chacun ont été prises en compte.
3. Elle prend en compte les points de vue des bénéficiaires et les inégalités de santé. La pandémie ayant ralenti l'activité, ce point est reporté à 2020-2021.
4. Elle s'attache à la transparence tout au long du processus interministériel : un partenariat et un dialogue sincères entre les parties prenantes permettent d'assurer tout au long du processus l'accès aux données permettant l'évaluation.

L'évaluation a été pilotée par le groupe de travail (GT) « Stratégie nationale de santé » au sein du HCSP accompagné par le cabinet PWC (cf. composition du GT en Annexe 2). De nombreuses auditions ont été menées avec les représentants d'instances de démocratie sanitaires, de collectivités locales, d'associations nationales, de parlementaires, de représentants du CPR, de la DREES, l'IRDES et la DGS. Un représentant du groupe de travail permanent du HCSP « Politique de santé globale et concertée pour l'enfant » a été invité à intégrer le groupe de travail ; son président

a été auditionné. 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.

Des questionnaires en ligne ont été administrés auprès des Unions régionales des professionnels de santé (URPS), des Ordres professionnels et des membres de la Société française de santé publique (SFSP).

## Le HCSP a établi 9 constats

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 son analyse par les partenaires.

Les constats sont les suivants :

### 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

« Priorité prévention » se veut innovant et a été conçu pour rendre opérationnel le 1<sup>er</sup> axe de la SNS. Il affirme 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.

### 2. Un positionnement du plan 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

« Priorité Prévention » ne se substitue pas aux plans existants. Plus qu'un plan, il apparaît 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. Ce foisonnement de plans et feuilles de route nuit à sa visibilité, sa lisibilité et sa compréhension.

### 3. « Priorité Prévention » : un engagement au caractère évolutif et adaptatif

« Priorité prévention » fait l'objet d'un enrichissement annuel. Sa dimension adaptative est considérée comme une plus-value permettant de réinterroger régulièrement l'existant. Elle est peu connue des acteurs et partenaires qui soulignent toutefois sa pertinence et souhaiteraient être davantage impliqués dans son évolution.

### 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 et sous-directions de l'administration centrale y sont engagées. Cette exceptionnelle configuration est méconnue. Le portage par le Premier ministre est un levier déterminant.

### 5. Une démarche qui est faiblement portée à l'échelle territoriale du fait de l'absence de déclinaison régionale

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.

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.

## **6. De nombreuses mesures et actions structurantes**

« Priorité Prévention » se présente comme un panel de mesures dont le niveau de granularité est hétérogène. Proposées par chaque direction d'administration centrale, il s'agit essentiellement de mesures structurelles dont les objectifs de mise en œuvre en termes d'intervention auprès des publics ne sont pas décrits précisément.

## **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 ». Elle reste toutefois insuffisamment formalisée, notamment pour la prise en compte des diverses situations de vulnérabilité rapportées au lieu de vie (quartiers de la ville notamment).

## **8. Une inadéquation entre les indicateurs d'évaluation disponibles et les mesures de « Priorité Prévention »**

L'évaluation de « Priorité prévention » s'appuie pour le moment sur des indicateurs parcellaires et hétérogènes ne permettant pas un monitoring fin de ses effets. Compte tenu de l'hétérogénéité des mesures, les indicateurs de suivi de « Priorité prévention » retenus sont ceux :

- définis par les Nations unies : il s'agit des 17 objectifs pour le développement durable (ODD) [4] approuvés à l'Assemblée générale des Nations unies dont naturellement ceux de l'objectif 3 sur la santé et le bien-être, mais aussi ceux d'autres objectifs concourant à la santé et faisant l'objet de mesures dans « Priorité prévention » ;
- issus de la SNS : il s'agit des 20 indicateurs retenus par la DREES à la suite d'un processus de concertation [5] ;
- issus des plans thématiques et populationnels en cours de réalisation.

Comme l'a déjà souligné le HCSP dans son avis sur la SNS, l'absence de nombreux indicateurs de suivi de l'état de santé, en continu, nuit à l'évaluation de la politique de santé [6].

## **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.

## **Le HCSP formule les recommandations suivantes, au terme d'une année d'évaluation *in itinere***

### **1. L'engagement politique**

- 1.1. « 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.
- 1.2. 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).
- 1.3. « 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.
- 1.4. Le label « Priorité Prévention » pourrait également être attribué à toute action ou programme venant consolider les engagements politiques.
- 1.5. 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.

## 2. Le caractère évolutif et adaptatif

- 2.1. 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.
- 2.2. 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.
- 2.3. Intégrer dans les prochaines versions de « Priorité Prévention » une réflexion sur l'apport de la prévention dans la gestion de crises sanitaires.

## 3. Une démarche interministérielle innovante

- 3.1. 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.
- 3.2. 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.
- 3.3. 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.

- 3.4. 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, ...).

#### 4. L'absence de déclinaison régionale et de visibilité

- 4.1. 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. Créer au niveau national, ou rattacher à un dispositif existant, un répertoire des actions de prévention relevant de « Priorité prévention » et de tout autre plan associé (thématique, régional, etc.).
- 4.2. 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.
- 4.3. 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.
- 4.4. 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.

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

#### 5. Le suivi de la mise en œuvre

- 5.1. 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.
- 5.2. Chaque administration devrait fournir un suivi précis du public touché (quantitatif, qualitatif et géographique) en intégrant les informations dans le répertoire
- 5.3. 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.

## 6. Une prise en compte des publics prioritaires et des enjeux territoriaux jugée peu visible

- 6.1. 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 13.01.2019<sup>1</sup>, 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.

## 7. Les indicateurs d'évaluation

- 7.1. 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.
- 7.2. 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.

---

<sup>1</sup> 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.

## Focus sur la mesure phare N° 7 : La santé des enfants et des jeunes - L'école promotrice de santé.

Portée par la DGESCO, la mesure phare No 7 se décline en 4 sous-mesures :

- généraliser dans tous les établissements les programmes de développement de la promotion de la santé du type : « Aller bien pour mieux apprendre (ABMA) » [7], 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 leurs enfants une meilleure prévention en matière de santé : ces outils seront intégrés dans la "mallette des parents" [8], 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.

### Constats :

Il s'agit d'une mesure phare qui cible plusieurs déterminants de santé :

- les compétences psychosociales ;
- la mobilisation professionnelle et sociale ;
- l'accès à la prévention et promotion de la santé et à une prise en charge individuelle ou collective en fonction des besoins.

Ses objectifs sont ambitieux mais la mise en œuvre a été reportée à l'année scolaire 2020-2021 en raison de la pandémie liée au coronavirus (SARS-CoV-2). Les indicateurs d'évaluation se limitent au nombre d'académies ayant inscrit le dispositif dans la convention avec l'ARS. Les enjeux sont majeurs, les ressources créées sont multiples (vademecum, mallettes, guides, chartes, ...). De nombreux indicateurs de réalisation découlant des objectifs eux-mêmes seraient nécessaires à l'évaluation.

La prise en compte des inégalités sociales par la mise à disposition des familles des ressources pédagogiques 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. Les mesures concernant le coronavirus SARS-CoV-2 y ont été très rapidement intégrées. Plusieurs questions restent posées :

- 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 et son adéquation aux conditions de vie des enfants et de leurs familles ;
- la cohérence interne entre les objectifs opérationnels et la mesure elle-même.

### 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 que GBG *Good Behavior Game* [9] ou le PRODAS PROgramme de Développement Affectif et Social [10-11].

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

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) 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 incluant la population générale et les disparités sociales et territoriales.

## Focus sur la mesure phare N°24 : La santé des plus de 65 ans : Prévenir la perte d'autonomie en agissant dans les milieux de la vie.

Portée par CNAM, la mesure phare No 24 se décline en 2 mesures opérationnelles :

- 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 ;
- systématiser à 60-65 ans, soit 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.

### Constats :

La mesure cible plusieurs déterminants de santé :

- la mobilisation professionnelle ;
- l'accès à la prévention et à la prise en charge ;
- les facteurs de risques et habitudes de vie.

Des objectifs sont appelés à être renforcés dans le cadre de la stratégie "Vieillir en bonne santé" pour s'inscrire dans une stratégie globale en faveur de la prévention de la perte d'autonomie. La généralisation progressive du rendez-vous de prévention « jeune retraité » à partir de janvier 2020 a été annoncée lors du Comité interministériel pour la santé de mars 2019, dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie « Vieillir en bonne santé ».

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 stratégie est de mettre en cohérence les initiatives très diverses autour d'objectifs communs, de valoriser de nouvelles expérimentations, et de généraliser des dispositifs qui ont fait leurs preuves.

Cette mesure phare fait, également, l'objet d'une stratégie spécifique en marge de « Priorité Prévention ».

La visibilité de la mesure reste faible en matière de mise en œuvre sur le terrain (responsabilité des acteurs et des structures concernées, planification des mesures dans le temps).

À cette date, les informations relatives aux montants engagés et aux nombre et nature des projets financés ne semblent pas disponibles.

### **Recommandations**

1. Préciser les indicateurs de suivi et d'impact associés à cette mesure-phare.
2. Préciser le dispositif d'évaluation des programmes de prévention en EHPAD afin d'identifier des initiatives prometteuses et des actions probantes à partager.
3. Clarifier l'articulation entre « Priorité Prévention » et la stratégie « Vieillir en bonne santé ».

## 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 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 et 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.**

Avis 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

## Références

1. 2019, priorité à l'alimentation, la nutrition, l'activité physique, Disponible sur <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>, consulté le 3 juillet 2020.
2. Stratégie nationale de santé 2018-2022 Disponible sur [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdefpost-consult.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf), consulté le 3 juillet 2020.
3. 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 Disponible sur <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=708>, consulté le 3 juillet 2020.
4. Objectifs de développement durable. 17 objectifs pour sauver le monde, Disponible sur <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>, consulté le 3 juillet 2020.
5. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La stratégie nationale de santé en quelques mots, Disponible sur <http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/suivi-sns/>, consulté le 3 juillet 2020.
6. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la saisine du 17 mai 2017 sur la stratégie nationale de santé. Disponible sur <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=626>, consulté le 4 juillet 2020.
7. Broussouloux S. Evaluation du processus d'implantation d'un dispositif global de promotion de la santé en milieu scolaire, liens avec le climat scolaire et la réussite scolaire. Thèse soutenue le 16 février 2016. Université Claude Bernard. Directeur de thèse Dominique Berger. Jury : Françoise Moulin-Civil (pdt), Franck Chaucin, Erice Debardieux, Alain Mougnotte, rapporteurs : Maria da Graça Ferreira Simões de Carvalho, Didier Jourdan.
8. 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/>
9. Kellam SG, Mackenzie AC, Brown CH, Poduska JM, Wang W, Petras H, Wilcox HC. The good behavior game and the future of prevention and treatment. *Addict Sci Clin Pract*. 2011 Jul;6(1):73-84.
10. Programme créé par Harold Bessel, Uvaldo Palomares, Geraldine Ball. Programme de développement affectif et social – rapport de recherches. <http://developpement-humain.com/1152/>
11. Équipe hospitalo-universitaire du service de santé publique de l'AP-HP. La santé à St Mauront Belle-de-Mai. On s'y met tous ! Résultats de l'évaluation du Programme de Développement Affectif et Social. Juillet 2013.

## Annexe 1 : Saisine de la Direction Générale de la Santé (DGS)



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

*La Ministre*

*Paris, le 12.10.2018*

Nos n° : CAB AR/SJ/Pag18-22583

Monsieur le Président,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cette évaluation devra être réalisée pour décembre 2021.

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

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

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



Agnès BUZYN

## Annexe 2 : 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

Le 17 septembre 2020

**Haut Conseil de la santé publique**

**14 avenue Duquesne**

**75350 Paris 07 SP**

**Haut Conseil de la santé publique**

*Cet avis doit être diffusé dans sa totalité, sans ajout ni modification*