

# Définition d'un cadre Évaluatif pour le dispositif « Mon Bilan Prévention »

Rapport

Décembre  
2024

## TABLE DES MATIERES

<b>I. Introduction .....</b>	<b>4</b>
A. <i>Rappel de la saisine .....</i>	4
B. <i>Présentation de la méthodologie adoptée.....</i>	4
a) <i>Organisation d’auditions.....</i>	4
b) <i>Conduite de travaux d’analyse complémentaires (en chambre) .....</i>	4
<b>II. Les objectifs du dispositif « Mon Bilan Prévention » .....</b>	<b>6</b>
<b>III. La proposition de cadre évaluatif par le HCSP .....</b>	<b>10</b>
A. <i>Eléments préparatoires.....</i>	10
B. <i>Les principaux constats issus des auditions .....</i>	15
1. <i>Des craintes relatives à l’acceptabilité et à la faisabilité du déploiement du dispositif « Mon Bilan Prévention » .....</i>	15
2. <i>Des indicateurs déjà existants qui permettent de suivre dans une économie de moyens le déploiement du dispositif, avec plusieurs dimensions du déploiement qui devront faire l’objet d’une attention particulière (publics ciblés, territorialisation).....</i>	16
3. <i>La réussite du dispositif sera notamment mesurée par sa capacité à faire évoluer les usagers vers des comportements favorables à la santé mais également les professionnels de santé vers des pratiques et une culture de prévention.....</i>	17
4. <i>Des réserves sont émises quant à la possibilité de mesurer les impacts à long terme de ce type de dispositif, interrogeant l’opportunité d’engager des travaux d’évaluation de nature médico-économique .....</i>	18
5. <i>La nécessité d’un dispositif de surveillance pour identifier les axes à évaluer autour du déploiement des bilans prévention .....</i>	18
<b>IV. Les déclinaisons opérationnelles pour l’évaluation du dispositif.....</b>	<b>20</b>
A. <i>Une première évaluation qualitative sur une logique de type ex ante autour des critères d’acceptabilité et de faisabilité.....</i>	20
1. <i>La nécessité d’une évaluation ex ante .....</i>	20
2. <i>Les objectifs de l’évaluation.....</i>	20
3. <i>Le questionnement évaluatif .....</i>	22
4. <i>Modalités envisageables pour mener l’évaluation .....</i>	22
5. <i>Calendrier .....</i>	22
6. <i>Parties prenantes à mobiliser .....</i>	23

<i>B. Une évaluation in itinere quantitative avec focus qualitatifs pour suivre le déploiement du dispositif</i> .....	23
1. La nécessité d'une évaluation <i>in itinere</i> .....	23
2. Les objectifs de l'évaluation .....	23
3. Le questionnaire évaluatif .....	24
4. Modalités envisageables pour mener l'évaluation .....	26
5. Calendrier .....	26
6. Parties prenantes à mobiliser .....	26
<i>C. Une évaluation ex post centrée sur l'évolution des comportements des usagers et des professionnels</i> .....	27
1. La nécessité d'une évaluation <i>ex post</i> .....	27
2. Les objectifs de l'évaluation .....	27
3. Le questionnaire évaluatif .....	27
4. Modalités envisageables pour mener l'évaluation .....	28
5. Calendrier .....	29
6. Parties prenantes à mobiliser .....	29
<i>D. Discussion autour de la pertinence d'une évaluation d'ordre médico-économique</i> .....	30
1. Une évaluation globale compliquée.....	30
2. Quelques pistes pour des approches partielles.....	32
<b>V. Conclusion</b> .....	<b>33</b>
<b>VI. Annexes</b> .....	<b>35</b>
A. Saisine .....	35
B. Composition du groupe de travail.....	37
C. Personnes auditionnées.....	38
D. Bibliographie .....	39

Le rapport a été présenté à la réunion plénière de la Commission Spécialisée système de santé et sécurité des patients et approuvé à l'unanimité le 10 décembre 2024 par 13 votes pour 13 membres qualifiés présents sur les 22 de la Commission. Aucun conflit d'intérêt n'a été mentionné.

# I. INTRODUCTION

## A. Rappel de la saisine

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a été saisi le 03.04.2024 pour définir un cadre évaluatif pour le dispositif « Mon Bilan Prévention » prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

La saisine visait un avis du HCSP pour décembre 2024.

Les extraits de la saisine ci-dessous précisent les attentes exprimées (la lettre de saisine est annexée au présent rapport) :

*Plus précisément l'aide du HCSP est sollicitée pour :*

- *La définition d'objectifs à court, moyen et long terme, en ce qui concerne l'efficacité, la cohérence et la durabilité du dispositif ;*
- *A partir de ces objectifs, des déclinaisons en actions et en indicateur de suivi et de mesure d'impact ;*
- *La proposition de scénarios-types et les axes d'amélioration opérationnels et stratégiques associés ;*
- *La précision d'un calendrier de l'évaluation ;*
- *La suggestion de parties prenantes à intégrer au processus d'évaluation.*

Suite aux échanges de cadrage menés entre le HCSP et le commanditaire, la proposition de scénarios types et d'axes d'amélioration a été retirée de la saisine.

## B. Présentation de la méthodologie adoptée

La mission a été conduite par un groupe de travail constitué de représentants des différentes commissions et d'experts du HCSP, et d'experts associés au HCSP.

Ce groupe de travail a procédé à l'audition d'acteurs clefs concernés par le dispositif et sa mise en œuvre. Le groupe a ensuite mené les recherches (notamment bibliographiques) et analyses nécessaires à la rédaction du présent avis et à la formulation des recommandations qui en sont issues. Les travaux ont été menés dans un esprit de recherche de consensus entre les différents membres du groupe sur l'ensemble des éléments présentés dans le présent rapport.

### **a) Organisation d'auditions**

Des auditions ont été organisées pour intégrer les parties prenantes du dispositif à la réflexion autour de la définition du cadre évaluatif de « Mon Bilan Prévention ». Les conclusions de l'analyse croisée des éléments recueillis au cours de ces auditions ont constitué la base des constats présentés ci-après.

### **b) Conduite de travaux d'analyse complémentaires (en chambre)**

Les travaux d'analyses complémentaires menés en chambre ont été conduit en trois temps :

1. **Une revue des différents cadres / modèles d'évaluation aux caractéristiques inspirantes pour les travaux d'élaboration du cadre évaluatif de « Mon Bilan Prévention ».** Une trentaine de cadres ont ainsi été analysés selon plusieurs critères : les objectifs et finalités données à l'évaluation, les contextes dans lesquelles ils peuvent s'appliquer, les outils méthodologiques à mobiliser et les parties prenantes à associer.

2. **Une lecture de la littérature scientifique concentrée autour de la construction de cadres évaluatifs ainsi que de la définition d'indicateurs.** Les recherches se sont concentrées autour de deux questions clefs pour l'élaboration du cadre évaluatif de « Mon Bilan Prévention » : *Comment construire un cadre évaluatif ? Comment construire et choisir des indicateurs pertinents pour l'évaluation ?* La recherche documentaire n'a pas consisté en une revue systémique de la littérature mais a été orientée pragmatiquement sur les principaux enseignements à tirer des articles identifiés pour l'élaboration du cadre évaluatifs pour « Mon Bilan Prévention ».
3. **Une analyse comparée centrée sur des dispositifs comparables ayant fait l'objet d'une évaluation.** La recherche a été effectuée autour de la question suivante : *Comment sont ou ont pu être évalués des dispositifs similaires, pour en tirer des enseignements en termes d'indicateurs de suivi et de résultat, de méthode adoptée et de calendrier, de questions évaluatives ?* Le périmètre de la recherche s'est étendu aux dispositifs similaires identifiés dans d'autres pays, aux dispositifs similaires ou comparables portés en France par des acteurs privés (mutuelles) ainsi qu'à des dispositifs ou politiques publiques inspirantes dans d'autres champs que la santé.

## II. LES OBJECTIFS DU DISPOSITIF « MON BILAN PREVENTION »

---

La mise en place du dispositif « Mon Bilan Prévention » s'inscrit dans le cadre d'une politique de prévention portée par la Stratégie nationale de santé de 2017 et le Plan national de prévention « Priorité prévention » de 2018. Ce cadre national a favorisé le développement de nombreuses initiatives visant à renforcer l'intégration de la prévention dans les pratiques des professionnels de santé, dans une logique de transition vers un système de santé moins centré sur le curatif.

Parmi les dispositifs mis en place, on peut citer, à titre d'exemple, le service sanitaire des étudiants en santé (SSES), qui encourage les professionnels de santé à adopter une approche de prévention et de promotion de la santé axée sur le changement des habitudes de vie des patients. De même, le dispositif des lieux de santé promoteurs de santé (LSPS) s'inscrit dans cette dynamique nationale, en soutenant l'intégration de la promotion de la santé dans les pratiques de soins.

Ainsi, le dispositif « Mon Bilan Prévention » s'inscrit dans un écosystème riche en démarches de prévention, notamment dans le champ de la prévention secondaire, et dont il faudra nécessairement tenir compte dans l'évaluation du dispositif.

Il poursuit plusieurs objectifs à court, moyen et long terme, qui visent à la fois l'amélioration de l'état de santé des populations, l'évolution des pratiques des professionnels s'inscrivant dans le dispositif, ou encore la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le groupe de travail a structuré son raisonnement autour d'un schéma décomposant ce qu'est le dispositif « Mon Bilan Prévention » : le contexte dans lequel il intervient, les activités qu'il recouvre, les différents intrants et extrants ainsi que ses objectifs. Cette démarche a été inspirée par une étude des dispositifs comparables existants en Europe et dans le monde. Elle a été complétée par l'analyse des éléments récoltés dans le cadre des auditions, notamment concernant les attentes de chacun des acteurs interrogés vis-à-vis du dispositif.

Il en ressort que le dispositif « Mon Bilan Prévention » intervient dans un contexte d'augmentation continue de la demande en soins et de tension majeure sur l'offre, marqué par :

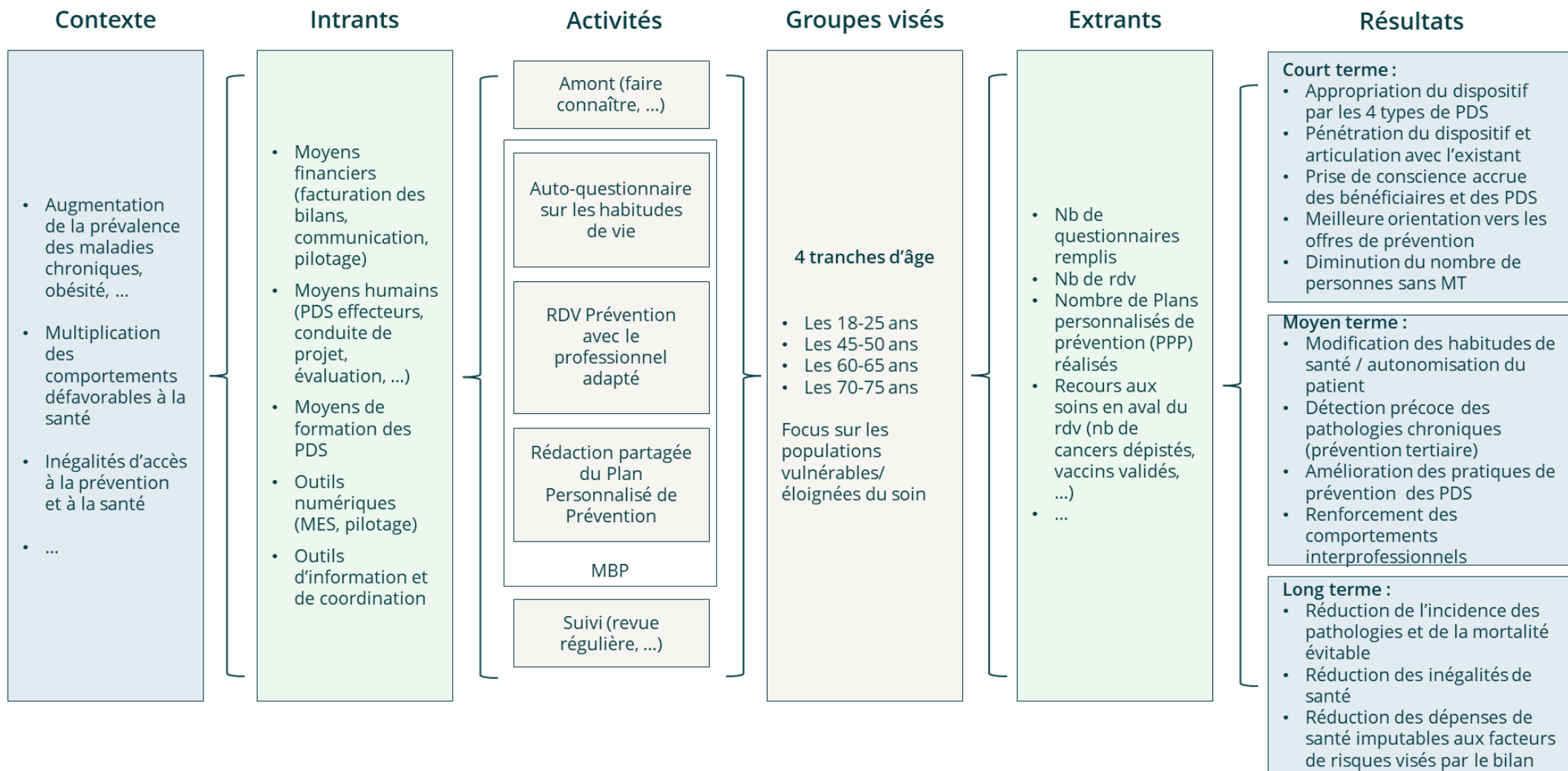
- L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques ;
- La multiplication des comportements défavorables à la santé et des expositions à des facteurs de risque, notamment environnementaux ;
- Le développement des inégalités d'accès à la prévention et aux soins.

Dans ce cadre, le schéma explicatif proposé permet de distinguer trois types de résultats à court, moyen et longs termes qui pourront faire l'objet d'une évaluation :

- A court terme :
  - L'appropriation du dispositif par de professionnels concernés ;
  - L'expérience des citoyens et des professionnels, notamment lors de la phase d'auto-questionnaire ;
  - La pénétration du dispositif et son articulation avec les politiques de prévention existantes ;
  - Une meilleure orientation vers les offres de prévention existantes ;
  - Une diminution du nombre de personnes sans médecin traitant (« aller-vers ») ;

- Une prise de conscience accrue des bénéficiaires et des professionnels de santé par l'instauration d'une culture du préventif dans un système fortement tourné vers le curatif ;
- A moyen terme :
  - La modification des habitudes de santé et l'autonomisation de l'utilisateur du système de santé afin de faciliter l'adoption de comportements favorables à la santé en population générale ;
  - La détection précoce des pathologies chroniques pour permettre une prise en charge le plus tôt possible des pathologies, pour éviter de découvrir la pathologie à l'occasion d'une complication, etc. ;
  - Le renforcement et l'amélioration des pratiques de prévention des professionnels concernés par le dispositif ;
  - Le renforcement des comportements interprofessionnels en lien avec les professionnels de la prévention et de l'éducation pour la santé ;
- A long terme :
  - La réduction de l'incidence des facteurs de risques et des pathologies (notamment des maladies chroniques) et de la mortalité évitable ;
  - La réduction de l'écart entre l'espérance de vie et l'espérance de vie sans contrainte
  - La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, qui pourrait également constituer un objectif de court terme ;
  - La réduction des dépenses de santé imputables aux facteurs de risques et déterminants de la santé visés par le dispositif.

SCHEMA DU CADRE EVALUATIF « MON BILAN PREVENTION »





Ainsi, le dispositif « Mon Bilan Prévention » constitue un levier supplémentaire au service d'un changement de culture vers davantage de prévention et une vision moins curative du système de santé.

Cette modélisation du dispositif fait apparaître plusieurs constats qui ont influencé l'élaboration du présent cadre évaluatif :

- La question de la cohérence du dispositif avec les autres politiques menées au niveau national (dépistage, ...) et des pratiques des professionnels d'ores et déjà implantées (bilans de santé des Centres d'examen de santé, ...) devra faire l'objet d'une attention particulière ;
- L'appropriation du dispositif par les professionnels concernés (médecins, infirmiers, pharmaciens, sage-femmes), et selon leur mode d'organisation du travail médical (CPTS, MSP, Centres de santé) devra être observée finement (taux de participation des professionnels en fonction des catégories, hétérogénéité possible des pratiques, ...) ;
- L'aptitude réelle du bilan prévention à toucher les publics les plus éloignés du système de soins (gradient social du programme) constituera un axe d'évaluation crucial ;
- La capacité du système d'information, et notamment du Système National de Données de Santé (SNDS), à évaluer l'impact du bilan prévention sur l'ensemble de ces attendus devra être mesurée (y.c. sur la capacité à mesurer l'évolution de variables « proxi » de mise en œuvre de prévention secondaire).

Il apparaît ainsi nécessaire de proposer un cadre évaluatif qui permette de mesurer l'atteinte totale ou partielle de ces résultats en interrogeant les différents groupes visés (usagers et professionnels) et en mesurant les moyens alloués au déploiement du dispositif (financiers, humains, formation, outils numérique, ...) selon plusieurs temporalités. En effet, l'atteinte des résultats attendus à court terme pourra être évaluée sans attendre, permettant la mise en place d'éventuelles mesures correctives pour assurer l'atteinte des objectifs de moyen et long terme.

Pour cette raison, la proposition de cadre évaluatif par le Haut Conseil de la Santé Publique se décline en 3 démarches évaluatives complémentaires et cadencées dans le temps.

### III. LA PROPOSITION DE CADRE EVALUATIF PAR LE HCSP

Le cadre évaluatif préconisé par le HCSP s'appuie sur :

- Des recherches et des modélisations ayant permis d'identifier les dimensions pertinentes à évaluer (A.) ;
- L'analyse des éléments recueillis lors d'entretiens qualitatifs avec les acteurs concernés par le dispositif (B.) ;
- Une proposition cadencée et permettant de répondre aux objectifs court, moyen et long terme poursuivi par « Mon Bilan Prévention » (C.).

#### A. Éléments préparatoires

Le chapitre ci-dessous fait état de plusieurs principes méthodologiques qui ont amené à la proposition de cadre évaluatif par le HCSP. Ceux-ci sont issus des réflexions menées par le groupe de travail.

##### **Principe méthodologique #1 : Un cadre évaluatif construit « sur mesure » au regard des spécificités du dispositif « Mon Bilan Prévention »**

Préalablement à la formalisation du présent cadre, une revue des différents types de cadres ou de modèles d'évaluation a été réalisée.

Il en ressort qu'il existe de nombreux cadres qui se distinguent par :

- Les objectifs et finalités données à l'évaluation ;
- Les contextes dans lesquels ils peuvent s'appliquer (nature de l'objet à évaluer, données et indicateurs disponibles, ...) ;
- Les outils méthodologiques à mobiliser ;
- Les parties prenantes à associer au processus d'évaluation et à interroger.

Une trentaine de cadres et méthodes d'évaluation ont été identifiés, dont une dizaine présentant des modalités ou des caractéristiques inspirantes pour le présent cadre évaluatif.

Compte tenu des attendus fixés par la saisine et des spécificités du dispositif « Mon Bilan Prévention », il est apparu pertinent de proposer un cadre d'évaluation « sur mesure » qui emprunte à chacun de ces cadres ou méthodes d'évaluation. A ce titre, un travail de recensement des dimensions possibles à évaluer a été mené.

##### **Principe méthodologique #2 : Des évaluations à mener selon plusieurs temporalités au regard des objectifs du dispositif.**

Au regard des objectifs court, moyen et long terme présentés précédemment, il apparaît également pertinent de prévoir une évaluation qui puisse être menée selon plusieurs temporalités, et ce afin de ne pas conditionner l'évaluation des objectifs de court terme à l'atteinte d'un délai en termes de temps (ancienneté du dispositif, dont par ailleurs le démarrage n'est pas clairement identifiable dans le temps) ou de volume (nombre de bilans réalisés).

##### **Principe méthodologique #3 : La nécessité d'une évaluation en continu afin d'amener une décision sur l'aménagement possible du dispositif au cours de son déploiement.**

Ces différentes démarches d'évaluation complémentaires et cadencées permettront notamment d'identifier les éventuels aménagements à apporter au dispositif tel qu'il a été conçu, et le cas échéant de prendre la décision de l'arrêter ou de le modifier selon les conclusions de l'évaluation.

Pour ces raisons, la proposition du HCSP prévoit une distinction entre une évaluation à mener *ex ante* autour de la construction et de l'acceptabilité du dispositif, *in itinere* dans le cadre de sa mise en œuvre, ou *ex post* autour des résultats du dispositifs et de sa plus-value.

**Principe méthodologique #4 : La construction du cadre évaluatif nécessite une modélisation opérationnelle du dispositif afin d'identifier l'ensemble des dimensions à évaluer.**

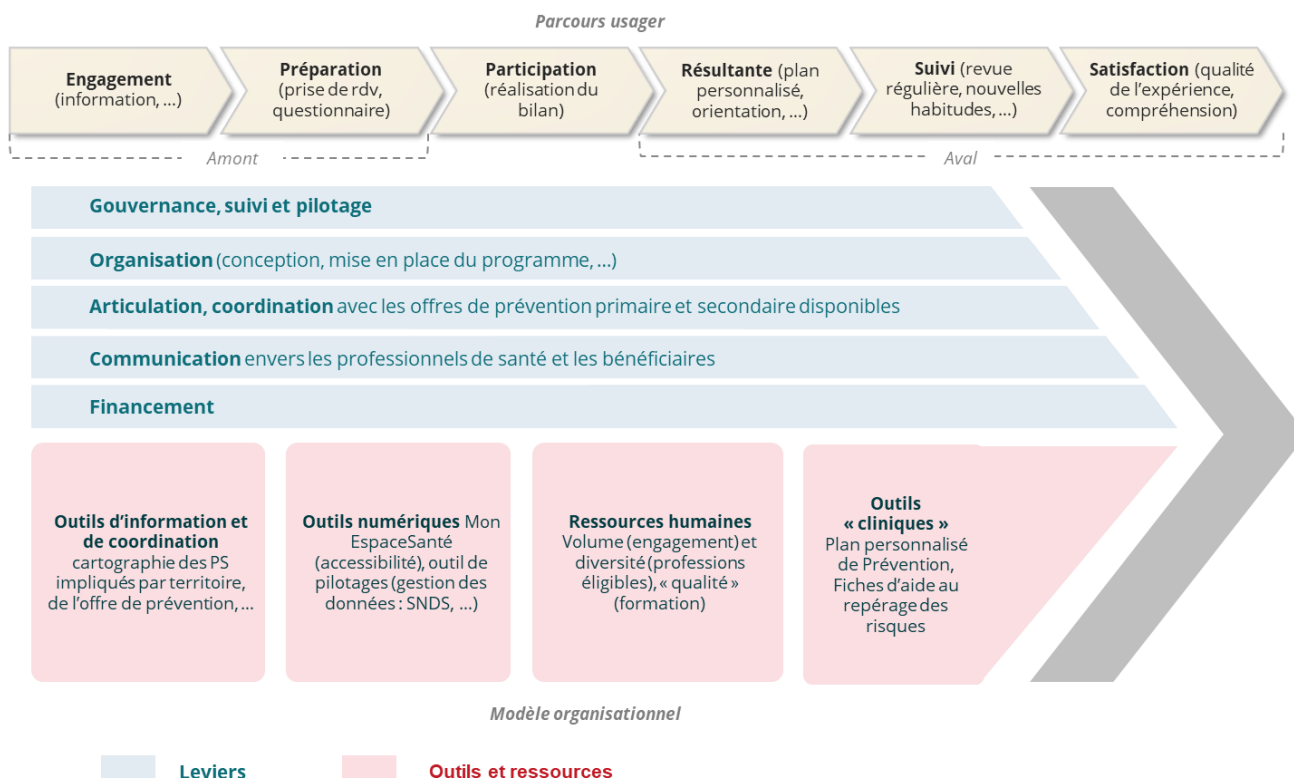
L'atteinte des résultats fixés par les objectifs du dispositif est conditionnée à la mise en place d'organisations, d'outils, permettant de déployer « Mon Bilan Prévention ».

Afin de s'assurer que l'ensemble des dimensions structurant le déploiement du dispositif sont identifiées, le groupe de travail a reconstitué son modèle opérationnel. Il correspond à une vision schématique des différents leviers organisationnels et ressources mobilisés dans sa mise en œuvre. Ce modèle repose sur un parcours usagers structuré en plusieurs étapes clefs depuis l'engagement initial jusque dans le suivi aval de la mise en place du plan personnalisé en passant par la réalisation du bilan.

Les leviers modélisés sur le schéma ci-dessous constituent l'ensemble des dimensions garantissant la cohérence, l'efficacité et la durabilité du dispositif. Ils recouvrent tant les aspects de gouvernance, d'organisation et de financement que les actions de communication et de marketing relationnel envers les professionnels et les usagers ciblés par le dispositif. Ces leviers s'appuient sur un certain nombre de ressources permettant le déploiement du dispositif : ressources humaines et matérielles, outils numériques et systèmes d'information, outils cliniques, supports d'information, etc.

Ces leviers, les ressources mobilisées, et les différentes étapes du parcours de l'utilisateur correspondent aux dimensions du dispositif à évaluer.

MODELISATION OPERATIONNELLE DU CADRE EVALUATIF « MON BILAN PREVENTION »



Des indicateurs peuvent être associés à chacune de ces dimensions, qu'ils soient qualitatifs ou quantitatifs, de suivi ou de résultats. De la même manière, et en fonction des objectifs donnés à l'évaluation, ces dimensions peuvent être considérées comme des axes de questionnement évaluatif. Le tableau ci-dessous présente ces dimensions ainsi que des exemples de questions évaluatives ou indicateurs possibles pour alimenter l'évaluation.

DECLINAISON OPERATIONNELLE DU CADRE EVALUATIF « MON BILAN PREVENTION »

Dimensions	Exemples de questions évaluatives possibles associées aux dimensions	Exemples d'indicateurs de mise en œuvre	Exemples d'indicateurs de résultat
<b>Gouvernance, suivi et pilotage</b>	<p><u>Visée formative</u> : Quel est le modèle de gouvernance mis en place et quelle place donne-t-il aux parties prenantes à la mise en œuvre du dispositif ?</p> <p><u>Visée formative</u> : Le modèle de gouvernance est-il adapté aux enjeux spécifiques du dispositif ?</p> <p><u>Visée sommative</u> : Quelles seraient les évolutions possibles ou nécessaires de la gouvernance du dispositif ?</p> <p>...</p>	Nombre de réunions de pilotage	Satisfaction des parties prenantes, lisibilité du modèle de gouvernance
<b>Organisation</b>	<p><u>Visée formative</u> : L'organisation du dispositif est-elle cohérente au regard des ambitions affichées ?</p>	Taux d'adhésion des professionnels de santé	

	...		
<b>Articulation et coordination</b>	<u>Visée formative</u> : Le dispositif s'intègre-t-il dans un parcours de prévention cohérent et adapté à chaque usager ? ...	Orientation effective vers des offres de prévention en aval	Continuité de parcours des patients, Amélioration de la coordination
<b>Communication</b>	<u>Visée formative</u> : Quelles sont les actions de communication engagées pour faire connaître le dispositif (cibles, canaux, effectivité, ...) Les professionnels de santé et les bénéficiaires sont-ils suffisamment informés du dispositif ? ...	Taux de couverture des campagnes d'information, taux de retour des professionnels	Niveau de sensibilisation des bénéficiaires, évolution de la notoriété
<b>Financement</b>	<u>Visée formative</u> : Les financements alloués aux dispositifs correspondent-ils aux objectifs affichés ? <u>Visée sommative</u> : Quelle est l'équilibre coût / efficacité du dispositif ? ...	Utilisation des crédits	Efficacité des dépenses, impact sur le recours à la prévention
<b>Outils d'information et de coordination</b>	<u>Visée formative</u> : Les outils d'information et de coordination sont-ils accessibles et efficaces pour les usagers et les professionnels ? ...	Taux d'utilisation des outils accessibilité	Amélioration de la coordination, satisfaction des utilisateurs
<b>Outils numériques</b>	<u>Visée formative</u> : Les outils numériques facilitent-ils l'accès et le pilotage du dispositif ? ...	Taux d'utilisation de Mon Espace Santé, efficacité de la collecte de données	Taux de satisfaction des usagers et professionnels
<b>Ressources humaines</b>	<u>Visée formative</u> : Le volume, la qualité et la diversité des ressources humaines impliquées sont-ils cohérents au regard des ambitions affichées ? <u>Visée sommative</u> : Quelles seraient les évolutions possibles en termes d'effectif du bilan (professionnels effecteurs) ? ...	Taux de professionnels formés	Qualité de l'accompagnement, niveau de compétence des professionnels
<b>Outils cliniques</b>	<u>Visée formative</u> : Les outils cliniques sont-ils pertinents pour le repérage des risques et l'orientation vers des offres adaptées ? ...	Taux d'utilisation des outils, adéquation des outils aux besoins	Impact sur le repérage des risques, orientation vers les soins adaptés

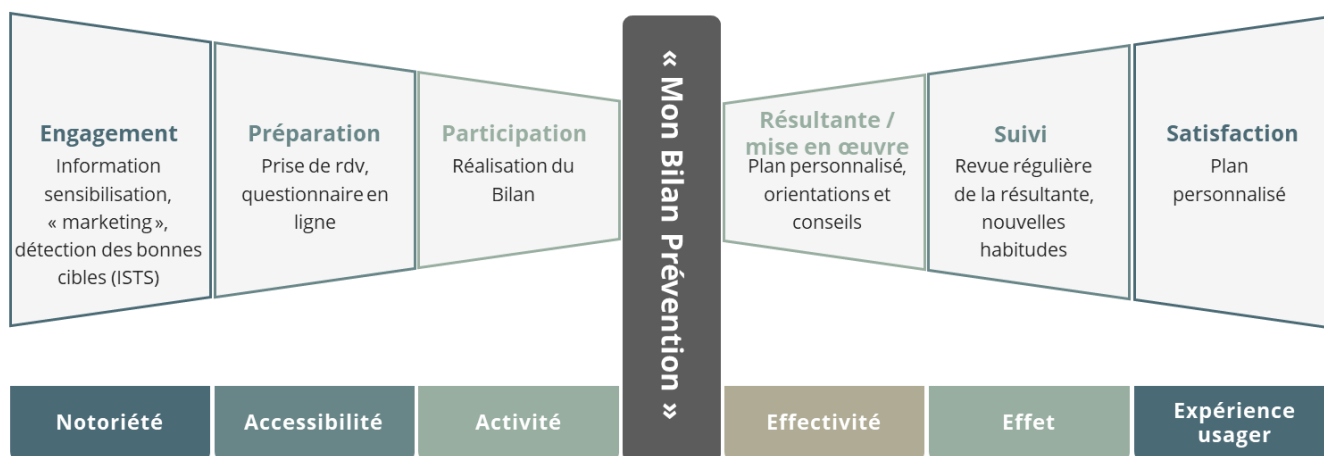
### Principe méthodologique #5 : Une description du parcours de l'utilisateur permet d'identifier les points de rupture potentiels principaux

En miroir du modèle opérationnel du dispositif, il est possible de modéliser le parcours de l'utilisateur. Le schéma ci-dessous présente les différentes étapes clés du parcours de l'utilisateur qui s'engage

dans le dispositif « Mon Bilan Prévention ». Celui-ci débute par une phase d'engagement englobant l'ensemble des actions d'information et de sensibilisation des publics cibles. Elle est suivie de la préparation au bilan par la prise de rendez-vous et le remplissage de l'auto-questionnaire. La réalisation du bilan prévention avec le professionnel de santé aboutit à la formalisation d'un plan personnalisé de prévention et à une orientation vers des offres de prévention adaptées aux besoins identifiés. Le suivi régulier du bénéficiaire en aval du bilan doit permettre de l'encourager à des changements pérennes d'habitudes de vie.

Ce modèle permet d'identifier les différents points de ruptures possibles à chaque étape du parcours usager qui devront faire l'objet d'une attention particulière dans l'évaluation du déploiement de « Mon Bilan Prévention ». Il est ainsi particulièrement utile pour déterminer les indicateurs spécifiques aux différentes étapes du parcours qui pourront alimenter l'évaluation *in itinere* proposée par le HCSP pour suivre le déploiement du dispositif.

### POINTS DE RUPTURE DU DISPOSITIF « MON BILAN PREVENTION »



Le tableau ci-dessous synthétise l'ensemble des étapes du parcours, chacune d'entre elles pouvant faire l'objet de questions évaluatives spécifiques. A chacune de ces étapes correspondent un certain nombre d'indicateurs de suivi et de résultats (quantitatifs ou qualitatifs).

### DECLINAISON OPERATIONNELLE DES POINTS DE RUPTURE DU DISPOSITIF « MON BILAN PREVENTION »

Dimensions	Questions évaluatives	Indicateurs de mise en œuvre	Indicateurs de Résultat
<b>Engagement</b>	<u>Visée formative :</u> Le dispositif permet-il de toucher efficacement les publics cibles prioritaires / éloignées du système ?	Taux d'engagement des publics invités	Notoriété du dispositif
<b>Préparation</b>	<u>Visée formative :</u> Le processus de préparation (prise de rendez-vous, questionnaires) est-il fluide et	Taux de remplissage des questionnaires, délais de prise de	Prise de conscience accrue des bénéficiaires

	accessible pour les usagers ?	rendez-vous	
<b>Participation</b>	<u>Visée formative :</u> La réalisation du bilan est-elle accessible et adaptée aux besoins des bénéficiaires ?	Nombre de bilans prévention réalisés	
<b>Résultante</b>	<u>Visée formative :</u> Le plan personnalisé et l'orientation proposés sont-ils adaptés aux besoins de chaque usager ? <u>Visée formative :</u> Quel est l'effet du Bilan Prévention sur les patients (modification des comportements, ...) ?	Nombre de plans personnalisés rédigés, participation de l'utilisateur à la rédaction du plan	Meilleure orientation vers les offres (soins, prévention, ...)
<b>Suivi</b>	<u>Visée formative :</u> Le bilan prévention est-il associé à un suivi régulier encourageant des changements pérennes d'habitude de vie ?	Taux de patients revus, Taux de patients suivis régulièrement	Modification pérenne des habitudes de santé,
<b>Satisfaction</b>	<u>Visée formative :</u> Les usagers jugent-ils la qualité du dispositif satisfaisante tout au long de leur parcours et perçoivent-ils des bénéfices durables suite à leur participation ?	Score de satisfaction global, qualité de l'expérience usager	Autonomisation du patient

Cette représentation schématique a permis de préparer la proposition de cadre évaluatif présentée ci-après, pour la mise en œuvre de démarches d'évaluation pertinentes et complémentaires au regard des objectifs du dispositif et visant les dimensions clefs conditionnant sa réussite.

## B. Les principaux constats issus des auditions

Au-delà de ces fondements théoriques et logiques, les auditions menées ont permis d'identifier un certain nombre de marqueurs d'incertitude, de craintes ou d'attentes qui ont structuré la proposition du HCSP.

Le chapitre ci-dessous présente ces principaux enseignements et leurs implications sur le cadre évaluatif proposé.

### 1. Des craintes relatives à l'acceptabilité et à la faisabilité du déploiement du dispositif « Mon Bilan Prévention »

**Enseignement #1 : Une nécessité d'engager dès que possible une évaluation *ex ante* portant notamment sur l'acceptabilité et la faisabilité du dispositif afin de conclure sur la poursuite ou les ajustements nécessaires à préconiser.**

Un premier risque autour de l'**adhésion et l'engagement** des professionnels éligibles a été identifié.

Les premiers chiffres issus du suivi du déploiement du dispositif montrent que les bilans prévention effectués à ce stade reposent principalement sur les médecins généralistes. Ce premier constat interroge :

- Un risque de perte de chance pour les personnes qui ne disposent pas de médecin traitant, qui n'ont pas recours au système de santé ou qui résident dans les régions à faible démographie médicale et paramédicale (et qui s'orientent *de facto* vers le curatif) ;
- Le rôle et la part des bilans effectués par les autres professionnels de santé impliqués, et notamment celui des pharmaciens sur qui reposent un nombre croissant de missions.

A ces éléments s'ajoutent plusieurs facteurs autour de la **faisabilité** du dispositif :

- De premières réactions négatives sur le montant de la consultation de bilan prévention au regard du temps nécessaire ;
- Une interrogation quant à la nécessaire formation des professionnels éligibles et à leurs compétences qui ne dépendent pas seulement d'actions de sensibilisation mais de formation à la posture éducative ;
- Des réserves identifiées quant aux outils utilisés, et notamment l'outil d'auto-questionnaire, long et qui recherche l'exhaustivité (absence de priorisation des risques), et qui ne semble pas adapté aux différents niveaux de littératie en santé des usagers ;
- Un calendrier de déploiement du dispositif « Mon Bilan Prévention » qui doit s'articuler avec les campagnes nationales de vaccination, grippale notamment, ou avec les campagnes de dépistage organisé ;
- L'absence de lien explicite avec d'autres dispositifs comme les centres de santé et les établissements, ou les propositions des complémentaires santé ;
- L'évaluation en 2023 de l'expérimentation du bilan prévention menée dans les Hauts-de-France ne permet pas de tirer de conclusions positives sur les objectifs de réduction des inégalités et de retours vers le soin, puisque les patients ayant bénéficié du bilan étaient essentiellement des patients déjà connus des professionnels de santé et en bonne santé.

2. [Des indicateurs déjà existants qui permettent de suivre dans une économie de moyens le déploiement du dispositif, avec plusieurs dimensions du déploiement qui devront faire l'objet d'une attention particulière \(publics ciblés, territorialisation\)](#)

**Enseignement #2 : Un suivi du déploiement du dispositif devant reposer sur un nombre limité d'indicateurs d'activité et des analyses qualitatives ciblées**

Le déploiement du dispositif fait l'objet d'un suivi par l'Assurance Maladie autour d'un tableau de bord d'indicateurs d'activité par territoire et par professionnel de santé. Leur suivi en routine ne nécessite pas de surcoût mais pourrait gagner à être renforcé autour de plusieurs axes :

- D'une part, l'évolution du socle d'indicateurs suivis (en ajoutant notamment un dénominateur) – des propositions d'indicateurs sont soumises en chapitre IV du présent rapport ;
- D'autre part, ce suivi pourrait être enrichi par des données complémentaires collectées auprès d'acteurs territoriaux, tels que les CPTS et les ARS. En effet, ces derniers pourraient apporter un éclairage supplémentaire sur le parcours des usagers après les bilans prévention, en s'appuyant sur des indicateurs déjà suivis par leurs structures, comme, par exemple, le nombre de patients orientés vers une maison sport-santé après avoir bénéficié d'un bilan prévention.



Certaines dimensions spécifiques nécessitent une attention particulière pour garantir l'atteinte des objectifs fixés.

En premier lieu, un suivi continu du profil de publics bénéficiaires du dispositif permettrait d'évaluer sa capacité à toucher les populations éloignées du système de soins, conformément à son objectif de réduction des inégalités en santé. Une attention particulière devra être apportée à la couverture territoriale par le dispositif ; cet écueil est également identifié lors d'expériences similaires à l'étranger (au Royaume-Uni par exemple avec le Health Check du NHS).

Par ailleurs, une analyse du profil des bénéficiaires selon les professionnels réalisant le bilan (médecins, sage-femmes, pharmaciens, infirmiers) permettrait de mieux comprendre les pratiques et le rôle de chacun dans le dispositif, sur le modèle de l'observatoire en cours mené par l'URPS infirmier des Pays de la Loire.

Au regard des résultats actuels en termes de déploiement du dispositif, il paraît également nécessaire d'analyser ponctuellement l'efficacité des campagnes d'information auprès des professionnels de santé et des usagers, afin d'en évaluer les retombées en termes de notoriété et d'engagement dans le dispositif.

Un suivi régulier de la satisfaction des usagers et des professionnels engagés permettrait, de plus, d'apprécier la qualité de la mise en œuvre du dispositif.

Ces différents constats appellent ainsi à **une évaluation en continu de la mise en œuvre du dispositif, s'appuyant en grande partie sur les indicateurs suivis par la CNAM**, avec des temps forts ponctuels spécifiques à certaines thématiques tels que les publics vulnérables. Une telle évaluation permettrait éclairer la décision sur l'aménagement possible du déploiement à moyen terme.

### 3. La réussite du dispositif sera notamment mesurée par sa capacité à faire évoluer les usagers vers des comportements favorables à la santé mais également les professionnels de santé vers des pratiques et une culture de prévention

#### **Enseignement #3 : Une évaluation ex post du dispositif, centrée sur les modifications comportementales des usagers et des professionnels de santé.**

Le schéma explicatif présentant les objectifs du dispositif positionne l'évolution des comportements comme un marqueur stratégique clef de la réussite du dispositif. Il apparaît que les évolutions de comportement ciblées visent à la fois :

- Les usagers du système de santé : évolution des comportements et des dimensions psychosociales conduisant à ces changements (auto-efficacité, estime de soi, lieu de contrôle)
- Les professionnels de santé effecteurs du bilan : développement des pratiques coordonnées, développement d'une véritable culture de la prévention, apports de la pratique du bilan prévention dans l'exercice quotidien (orientation vers les offres de prévention, ...).

Ce type de mécanisme d'évaluation s'appuie sur des données aujourd'hui non collectées sur les parcours de prévention, par exemple pour faire le lien entre un bilan prévention et les prescriptions ultérieures pour un patient donné, pour mesurer le recours par les patients ayant bénéficié d'un bilan prévention des offres de prévention (activité physique, alimentation, arrêt du tabagisme etc.), de soins, etc.

Ainsi, il apparaît nécessaire d'anticiper la mise en œuvre d'une évaluation *ex post* en collectant dès maintenant les données utiles, ou en s'appuyant sur un mécanisme de suivi de cohorte (identification des patients ayant accepté un plan de prévention puis accord pour suivi épidémiologique, ...), ou sur une évolution du codage des actes.

4. [Des réserves sont émises quant à la possibilité de mesurer les impacts à long terme de ce type de dispositif, interrogeant l'opportunité d'engager des travaux d'évaluation de nature médico-économique](#)

**Enseignement #4 : Un questionnement sur l'opportunité et la pertinence d'engager des travaux d'évaluation de nature médico-économique**

La conduite de travaux d'évaluation visant à mesurer l'efficacité du dispositif en rapportant ses résultats aux coûts qu'il engendre nécessiterait à la fois de disposer de moyens importants et d'un recul suffisant pour apprécier l'impact des bilans.

La pertinence de ce type d'évaluation fait l'objet d'une discussion en chapitre suivant.

5. [La nécessité d'un dispositif de surveillance pour identifier les axes à évaluer autour du déploiement des bilans prévention](#)

**Enseignement #5 : Une réflexion nationale est à mener pour faire évoluer les bases de données / systèmes d'information pour compléter l'évaluation en continu du dispositif**

La base de données médicales du PMSI (base nationale ATIH aujourd'hui intégrée dans la SNDS) a acquis ces dernières années une qualité et une exhaustivité des prises en charge dans les établissements de santé permettant un usage secondaire des données de santé. L'un des usages secondaires consiste en la surveillance d'évènements de santé décrits au décours d'hospitalisations. Pour exemples,

- L'épidémie COVID a amené la DGS à recourir, entre autres, à ces données PMSI afin de suivre de manière hebdomadaire les hospitalisations pour COVID (envoi fast-track hebdomadaire des séjours sur la plateforme de l'ATIH).
- Au cours des dernières années, la surveillance des effets de la pollution atmosphérique sur l'état de santé des populations s'est également appuyée en partie sur ces données d'hospitalisation.

La base PMSI peut s'envisager comme un système de surveillance plutôt qu'une évaluation itinérante, dans la mesure où il n'est pas possible de préjuger de l'imputabilité du dispositif « Mon Bilan Prévention ». Ce système fonctionnerait comme un dispositif d'alerte en cas de variation d'un indicateur, permettant ainsi de creuser et d'approfondir le phénomène observé si nécessaire.

Pour mettre en place ce système de surveillance, il conviendrait :

- De sélectionner les pathologies pour lesquelles le dispositif « Mon Bilan Prévention » pourrait avoir un impact à long terme. Parmi celles-ci pourraient être envisagées :
  - Diabète
  - Maladies cardiovasculaires
  - Obésité
  - Cancer du côlon (notamment les formes de plus en plus fréquentes chez les jeunes adultes, entre 35 et 40 ans)
- D'identifier les facteurs de risque associés, selon des critères qui pourraient être :

- Le territoire de santé (code géographique) et faire le lien avec les dispositifs de prévention existants localement même si imputabilité pas faisable
- La tranche d'âge
- Le sexe
- Le recours aux soins
- Le niveau de complications de la pathologie incidente hospitalière (diagnostics associés, gravité des complications...). Un patient ayant que rarement recours à un système de soins peut être diagnostiqué à un stade plus avancé de sa pathologie.
- Suivre quantitativement dans le temps ces situations peut être intéressant car on peut supposer à terme que le déploiement des bilans prévention amènera à des diagnostics plus précoces de certaines maladies chroniques.
- De créer un algorithme permettant de traiter ces critères et suivre l'évolution des pathologies sur la durée ;
- De suivre les soins d'amont et d'aval : grâce à l'utilisation du Système National de Données de Santé (SNDS) pour établir un lien entre hospitalisation et soins de ville, afin de suivre les traitements et actions post-hospitalisation réalisés après un bilan prévention, mais également d'identifier en amont du diagnostic le niveau de recours du patient aux soins de ville. Si ce type de mécanisme devait être retenu
- Il conviendra de définir les autorisations nécessaires d'accès aux bases SNDS, telles que la MRO05 qui permettent aux équipes de recherche des CHU d'avoir un accès permanent au SNDS. Une collaboration avec la CNAM permettra d'analyser ces indicateurs dans un cadre légal en faisant le lien entre les différents secteurs court séjour, soins médicaux de rééducation, psychiatrie, hospitalisation à domicile.

### **Enseignement #6 : Une vigilance particulière à porter à l'impact du déploiement du dispositif sur les inégalités**

Le dispositif « Mon Bilan Prévention » vise notamment à la réduction de l'impact des inégalités sociales et territoriales de santé. Les démarches d'évaluation du dispositif devront donc systématiquement s'intéresser à mesurer son impact sur les inégalités, qu'elles soient territoriales (couverture géographique, déploiement dans les zones sous denses, ...) ou sociales (catégories socioprofessionnelles des bénéficiaires, déploiement dans les zones socialement défavorisées, ...).

Des outils adaptés de repérage de la position sociale devront être identifiés :

- Pour les différentes classes d'âge (18 - 25 ans, personnes âgées, ...) ;
- Pour les territoires (ultra-marins, ...).

## IV. LES DECLINAISONS OPERATIONNELLES POUR L'EVALUATION DU DISPOSITIF

Les parties suivantes présentent des déclinaisons opérationnelles possibles pour mener les différentes évaluations préconisées par le HCSP. Dans tous les cas, ces propositions devront faire l'objet d'un travail d'approfondissement et de la formalisation d'un protocole d'évaluation détaillé.

### A. Une première évaluation qualitative sur une logique de type *ex ante* autour des critères d'acceptabilité et de faisabilité

#### 1. La nécessité d'une évaluation *ex ante*

Dans le cadre du programme pilote en 2023, une évaluation qualitative a été réalisée fin 2023 auprès des seules personnes âgées de 45 à 50 ans résidant dans la Somme et au sein de certains bassins de vie des autres départements des Hauts-de-France concernées par les bilans prévention. L'objectif était « *d'étudier l'implémentation du programme pilote « Mon Bilan Prévention » à travers la mesure de la participation et des facteurs associés à cette participation, tant du côté des professionnels de santé que des assurés sociaux* ». Cette évaluation, fondée sur des entretiens individuels auprès de 13 personnes, 9 professionnels et 4 « usagers » du dispositif, a apporté des premiers résultats en partie corroborés par les auditions du HCSP. C'est à notre connaissance la seule évaluation réalisée à ce jour.

La connaissance la plus fine et complète des facteurs favorisant et limitant le déploiement apparaît dès lors essentielle. Elle est même un préliminaire indispensable constitutif de ce cadre évaluatif, au regard des éléments d'incertitude sur la capacité du dispositif à être déployé conformément ses ambitions soulevées lors des auditions du HCSP.

Le but de cette évaluation apporterait de premières informations sur la nécessité de **conforter ou de questionner les grands principes du dispositif** (choix des 4 tranches d'âge, modalités de déploiement, conditions de soutien du dispositif etc.)

Une évaluation d'acceptabilité et de faisabilité pourrait être commanditée dès 2025, année propice à cette étude compte-tenu de la campagne lancée fin 2024. L'enjeu est d'identifier et de corriger rapidement les principaux obstacles au déploiement. Un autre enjeu est également de comprendre le hiatus qui existe actuellement entre le nombre non négligeable d'auto-évaluation réalisées et le nombre de bilans réellement réalisés.

Ce volet devra prendre en compte la situation et les contraintes spécifiques des territoires ultramarins quant au déploiement du dispositif.

#### 2. Les objectifs de l'évaluation

Les objectifs de cette évaluation seraient les suivants :

##### D'un point de vue des usagers :

- Identifier les freins et les leviers à la décision des usagers concernés de s'engager dans le dispositif (prise de rendez-vous, remplissage de l'auto-questionnaire, ...) et de poursuivre la démarche à chaque étape du processus
- Etudier l'accessibilité, la compréhension et l'adéquation des outils mis à disposition des usagers (auto-questionnaire, plan de prévention, ...)

- Evaluer la qualité de mise en œuvre du dispositif (rédaction des plans personnalisés de prévention, orientation effective vers des offres d'aval, ...)

D'un point de vue des professionnels de santé :

- Identifier les freins et les leviers à l'engagement des professionnels de santé dans le dispositif
- Etudier l'accessibilité, la compréhension et l'adéquation des outils mis à disposition des professionnels de santé (livret d'accompagnement, fiches thématiques et d'aide au repérage des risques, plan personnalisé de prévention, ...)

DECLINAISON OPERATIONNELLE DE L'EVALUATION EX ANTE DU CADRE EVALUATIF

Dimensions	Questions évaluatives	Thématiques des indicateurs
<b>Gouvernance</b>	Quels sont les acteurs chargés de l'organisation du dispositif ? acteurs chargés de la coordination ? acteurs chargés du suivi ?	Existence de cartographies
<b>Pertinence perçue des parcours</b>	Le dispositif permet-il une orientation effective des usagers vers des offres de prévention adaptées aux besoins identifiés ?	Orientation vers des offres de prévention
<b>Engagement des professionnels de santé</b>	<p><u>Visée formative</u> : Le niveau d'engagement des quatre types de professionnels effecteurs est-il cohérent au regard des ambitions affichées ?</p> <p><u>Visée formative</u> : Le niveau de formation des professionnels est-il cohérent au regard des compétences requises pour la réalisation de bilans prévention ?</p> <p><u>Visée sommative</u> : Quels sont les freins et leviers à l'engagement dans le dispositif pour chaque type de professionnels effecteurs ?</p>	- Répartition de la réalisation des bilans selon les types d'effecteurs (%)
<b>Engagement des usagers</b>	<p><u>Visée formative</u> : Quelles sont les caractéristiques des usagers du dispositif (âge, répartition spatiale, catégorie socio-professionnelle) ?</p> <p><u>Visée formative</u> : Le dispositif permet-il de toucher efficacement les publics cibles prioritaires / éloignés du système ?</p> <p><u>Visée sommative</u> : Quels sont les freins et leviers à l'engagement des usagers dans le dispositif ?</p>	<p>- Indicateurs de mesure de la notoriété du dispositif à construire : taux de réalisation du bilan (pour les usagers), enquêtes qualitatives (% de connaissance du dispositif) pour les usagers et les professionnels, taux de participation pour les professionnels</p> <p>- Profil des usagers du dispositif (classe d'âge,</p>

		profil socio-économique, territoire, ...)
<b>Outils d'information et de coordination</b>	<u>Visée formative</u> : Les outils d'information et de coordination sont-ils accessibles et efficaces pour les usagers et les professionnels ?	- Amélioration de la coordination mesurée par des indicateurs qualitatifs (évolution des pratiques) - Mesure de la satisfaction des usagers (qualitatif)
<b>Outils cliniques</b>	<u>Visée formative</u> : Les outils cliniques sont-ils pertinents pour le repérage des risques et l'orientation vers des offres adaptées ?	- Adéquation des outils aux besoins (qualitatif)
<b>Articulation et coordination</b>	<u>Visée formative</u> : Le dispositif permet-il une orientation effective des usagers vers des offres de prévention adaptées aux besoins identifiés ?	Taux d'effectivité des orientations, ...

- Identifier les freins et leviers à la mise en œuvre complète d'un bilan prévention jusqu'à sa résultante (plan personnalisé de prévention et orientation vers des offres complémentaires) et au suivi de l'utilisateur

### 3. [Le questionnement évaluatif](#)

Afin de répondre aux objectifs présentés ci-dessus, l'évaluation de type *ex ante* proposée devrait s'attacher à évaluer certaines dimensions spécifiques du dispositif. Chacune de ces dimensions serait examinée à travers des questions évaluatives spécifiques et des indicateurs dédiés permettant d'en mesurer les résultats.

Le tableau ci-dessous présente un certain nombre de pistes qui devront être complétées et revues dans le cadre de l'élaboration d'un véritable protocole d'évaluation :

### 4. [Modalités envisageables pour mener l'évaluation](#)

Le recueil des expériences des usagers et des professionnels ayant réalisé des bilans prévention pourrait s'opérer par une approche à la fois quantitative, par l'envoi de questionnaires aux participants, et qualitative par la réalisation de focus groupes, qui permettraient d'explorer plus en avant les critères d'acceptabilité et de faisabilité du dispositif.

L'évaluation devra également s'attacher à recueillir le point de vue des usagers et professionnels n'ayant pas participé à « Mon Bilan Prévention » par un questionnaire spécifique visant à identifier les freins à l'engagement dans le dispositif. Les données relatives aux caractéristiques des usagers du dispositif (âge, répartition spatiale, catégorie socio-professionnelle) seraient à fournir par l'Assurance maladie.

### 5. [Calendrier](#)

Une telle évaluation pourrait être réalisée dès le premier semestre 2025, afin de conclure rapidement sur la poursuite ou l'ajustement éventuel du dispositif.

## 6. Parties prenantes à mobiliser

Cette évaluation serait à réaliser par un évaluateur externe indépendant au dispositif ou une équipe experte en évaluation de politiques publiques), en mobilisant les parties prenantes du dispositif selon des rôles spécifiques :

### ACTEURS DE L'ÉVALUATION EX ANTE

Types d'acteurs	Acteurs et niveaux de représentation	Rôles possibles pour l'évaluation
<b>Usagers</b>	Usagers engagés dans le dispositif	Décrire et permettre l'analyse de l'expérience usager
	Usagers non engagés	Décrire les freins à l'engagement dans le dispositif
<b>Professionnels de santé</b>	Professionnels effecteurs engagés dans le dispositif	Apprécier les outils mis à disposition et les freins et leviers à la mise en œuvre complète d'un bilan prévention
	Professionnels non engagés	Décrire les freins à l'engagement dans le dispositif
<b>Institutionnels pilotes, financeurs ou experts</b>	Ministère de la santé (DGS)	Définir les objectifs de l'évaluation Partager une expertise, un point de vue, une vision consolidée
	CNAM	Produire des informations et données Collecter des informations et données
<b>Evaluateur</b>	Evaluateur externe (équipe experte en évaluation)	Décliner le cadre évaluatif en un protocole d'évaluation opérationnel Piloter opérationnellement l'évaluation

## B. Une évaluation *in itinere* quantitative avec focus qualitatifs pour suivre le déploiement du dispositif

### 1. La nécessité d'une évaluation *in itinere*

Afin d'apprécier la mise en œuvre et le déploiement du dispositif, le HCSP propose une évaluation *in itinere* s'appuyant en grande partie sur des indicateurs issues des données recueillies par la CNAM. Cette évaluation permettrait de suivre l'activité de « Mon Bilan Prévention » et d'identifier les éventuels points de blocage à la mise en œuvre du dispositif, avec des focus thématiques sur des enjeux spécifiques tels que l'engagement des populations vulnérables dans le dispositif.

### 2. Les objectifs de l'évaluation

Les objectifs de cette évaluation seraient les suivants :

- Suivre le déploiement territorial du dispositif afin de s'assurer d'une mise en œuvre homogène sur l'ensemble des territoires d'Hexagone et d'Outre-mer.
- Evaluer la capacité du dispositif à toucher les populations les plus éloignées du système de santé afin de réduire les inégalités en santé.
- Mesurer l'impact des campagnes d'information sur la notoriété du dispositif et l'engagement des professionnels et des usagers.
- Identifier d'éventuels points de blocage à la mise en œuvre du dispositif et amener une décision sur l'aménagement possible du déploiement à moyen terme.

### 3. Le questionnement évaluatif

Afin de répondre aux objectifs ci-dessus, l'évaluation de type *in itinere* proposée devrait s'attacher à évaluer certaines dimensions spécifiques du dispositif, à travers des questions évaluatives spécifiques et des indicateurs dédiés permettant d'en mesurer les résultats.

Le tableau ci-dessous présente un certain nombre de pistes qui devront être complétées et revues dans le cadre de l'élaboration d'un véritable protocole d'évaluation :

#### DECLINAISON OPERATIONNELLE DE L'EVALUATION IN ITINERE DU CADRE EVALUATIF

Dimensions	Questions évaluatives	Thématiques et exemples d'indicateurs de mise en œuvre	Thématiques et exemples d'indicateurs de résultat
<b>Engagement</b>	<p><u>Visée formative</u> : Quelles sont les actions de communication engagées pour faire connaître le dispositif ? (cibles, canaux, effectivité, ...)</p> <p><u>Visée formative</u> : Les professionnels de santé et les bénéficiaires sont-ils suffisamment informés du dispositif ?</p> <p><u>Visée formative</u> : Le dispositif permet-il de toucher efficacement les publics cibles prioritaires / éloignées du système de santé ?</p>	<p>Nombre de courriers envoyés par la CNAM</p> <p>Nombre de caisses de l'Assurance maladie ayant déployé des actions par les délégués médicaux</p>	<p>Taux de professionnels engagés dans le dispositif et détail par catégorie de professionnels effecteurs</p> <p>Taux d'engagement des publics invités</p> <p>Nombre de CPTS ayant inclus les bilans prévention dans leur projet de santé</p> <p>- Indicateurs de mesure de la notoriété du dispositif à construire : taux de réalisation du bilan (pour les usagers), enquêtes qualitatives (% de connaissance du dispositif) pour les usagers et les professionnels, taux de participation pour les professionnels</p>
<b>Préparation</b>	<p><u>Visée formative</u> : Le processus de préparation (prise de rendez-vous, questionnaires) est-il fluide et accessible pour les usagers ?</p>	<p>Nombre et taux de remplissage des questionnaires, délais de prise de rendez-vous</p>	<p>Prise de conscience accrue des bénéficiaires</p>



<b>Participation</b>	<u>Visée formative</u> : La réalisation du bilan est-elle accessible et adaptée aux besoins des bénéficiaires ?	Nombre de bilans prévention réalisés	
<b>Résultante</b>	<u>Visée formative</u> : Le plan personnalisé et l'orientation proposés sont-ils effectifs ? <u>Visée formative</u> : La participation au dispositif conduit-elle à un recours accru aux offres de prévention primaire et secondaire ?	Nombre de plans personnalisés rédigés, participation de l'utilisateur à la rédaction du plan  Dispositif de surveillance PMSI avec recours au SNDS (cf. enseignement #5), ou des indicateurs directement issus du SNDS	Nombre d'orientations vers des Maisons Sport Santé ; kinésithérapie, psychiatre, psychologue...  Nombre de prescriptions d'activité physique adaptée  Nombre de prescriptions spécifiques (ex : HTA, diabète, antidépresseurs)  Nombre de personnes vaccinées dans le cadre des campagnes de vaccination  Nombre de personnes participant aux campagnes nationales de dépistage  Nombre de personnes réalisant des dépistages en laboratoire (IST, VIH)
<b>Suivi</b>	<u>Visée formative</u> : Le bilan prévention est-il associé à un suivi régulier encourageant des changements pérennes d'habitude de vie ?	Taux de patients revus, Taux de patients suivis régulièrement	Prise de conscience accrue des bénéficiaires  Intention d'adopter des comportements favorables à la santé
<b>Satisfaction</b>	<u>Visée formative</u> : Les usagers jugent-ils la qualité du dispositif satisfaisante tout au long de leur parcours et perçoivent-ils des bénéfices durables suite à leur participation ? <u>Visée formative</u> : Les professionnels de santé jugent-ils la qualité du dispositif et des ressources mises à disposition satisfaisante ? Quelle est leur perception de la faisabilité du dispositif dans leur pratique quotidienne ?	Score de satisfaction des usagers et qualité de l'expérience usager  Score de satisfaction des professionnels de santé	Autonomisation du patient mesurée par des échelles à sélectionner : l'échelle du sentiment d'auto-efficacité, ...  Nombre de personnes ayant un médecin traitant grâce au dispositif

#### 4. Modalités envisageables pour mener l'évaluation

La mise en œuvre de l'évaluation reposerait principalement sur une exploitation des indicateurs issus des données déjà recueillies par la CNAM dans le cadre du suivi du déploiement de « Mon Bilan Prévention », ainsi que des données issues du SNDS. Certains indicateurs de résultat pourraient être enrichis par des données complémentaires, pour mesurer l'éventuelle hétérogénéité de déploiement entre territoires, collectées auprès d'acteurs territoriaux, comme les CPTS et les ARS. Ceci permettrait également d'étudier plus finement le parcours des usagers en aval du bilan prévention, en s'appuyant sur des indicateurs déjà suivis par leurs structures, comme, par exemple, le nombre de patients orientés vers une maison sport-santé après avoir bénéficié d'un bilan prévention.

Par ailleurs, un questionnaire de satisfaction adressé aux professionnels de santé et aux usagers permettrait d'apprécier l'acceptabilité et la perception de la plus-value du dispositif, de même que la pertinence des ressources mises à disposition des professionnels de santé et l'intégration du dispositif dans leur pratique quotidienne.

#### 5. Calendrier

Une telle évaluation pourrait être réalisée en continu dès le premier semestre 2025 afin de suivre le déploiement du dispositif, avec des focus qualitatifs une fois par an.

#### 6. Parties prenantes à mobiliser

Cette évaluation serait à réaliser par une équipe dédiée mobilisant des ressources internes à la CNAM et à la DGS, en associant les parties prenantes du dispositif selon des rôles spécifiques :

##### ACTEURS DE L'EVALUATION IN ITINERE

Types d'acteurs	Acteurs et niveaux de représentation	Rôles possibles pour l'évaluation
<b>Usagers</b>	Usagers « directs »	Décrire l'expérience usager et la plus-value du dispositif
	Représentants d'usagers locaux et nationaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instances de démocratie en santé nationales (CNS) et locales (CRSA, CTS, ...)</li> <li>• Associations représentants les usagers (FranceAssoSanté, ...)</li> </ul>	Partager une expertise, un point de vue, une vision consolidée
<b>Professionnels de santé</b>	Professionnels effecteurs « directs »	Apprécier la qualité du dispositif et des ressources mises à disposition
	Structures dans lesquelles interviennent les professionnels, d'exercice coordonné notamment (MSP / CDS, CPTS, ...)	Produire des informations et données (d'activité et de couverture territoriale notamment)

	Représentations ordinales et syndicales des différents professionnels	Partager une expertise, un point de vue, une vision consolidée
	Autres associations et fédérations représentatives des professionnels de santé (fédération des CPTS, collègues, ...)	Partager une expertise, un point de vue, une vision consolidée
<b>Institutionnels pilotes, financeurs ou experts</b>	Ministère de la santé (DGS)	Définir les objectifs de l'évaluation Partager une expertise, un point de vue, une vision consolidée
	CNAM	Décliner le cadre évaluatif en un cahier de charges pour une évaluation indépendante Piloter opérationnellement l'évaluation

### C. Une évaluation ex post centrée sur l'évolution des comportements des usagers et des professionnels

#### 1. La nécessité d'une évaluation ex post

Porter une appréciation réelle de l'impact du dispositif « Mon Bilan Prévention » sur l'état de santé de la population ne semble pas envisageable à court et moyen terme, en raison notamment de la difficulté à isoler la part attribuable des gains observés à « Mon Bilan Prévention », ainsi qu'à mesurer ces gains.

Il semble toutefois possible d'évaluer le rôle du dispositif dans l'évolution des comportements des usagers et des professionnels, ainsi que sur les facteurs de risques visés.

#### 2. Les objectifs de l'évaluation

Le but de cette évaluation serait d'apprécier dans quelle mesure :

- Du point de vue du patient : le dispositif a encouragé les changements durables dans les habitudes de vie (alimentation, activité physique, réduction de la consommation de tabac, d'alcool ou de substances addictives, ...) et l'évolution (réduction) des facteurs de risques associés ;
- Du point de vue du professionnel : le dispositif a permis le développement de pratiques et postures en prévention (pour les patients ayant bénéficié du bilan prévention mais également pour les autres patients) ou de comportements et partenariats pluriprofessionnels.

#### 3. Le questionnaire évaluatif

Un protocole d'évaluation adapté au dispositif et à ses éventuelles évolutions devra être réalisé préalablement au déploiement de cette évaluation. S'il est difficile de poser avec précision un questionnaire évaluatif, ce type d'évaluation devrait nécessairement s'attacher à évaluer :

#### DECLINAISON OPERATIONNELLE DE L'EVALUATION EX POST DU CADRE EVALUATIF

Dimensions	Questions évaluatives	Thématiques et exemples d'indicateurs de mise en œuvre	Thématiques et exemples d'indicateurs de résultat
<b>Résultante</b>	<p><u>Visée formative</u> : Quelles ont été les transformations visées par les plans personnalisés ? Quelles orientations en sortie du bilan ? Quels facteurs de risque visés ? Quels changements de comportement ? espérance de vie sans incapacité ?</p> <p><u>Visée formative</u> : Les orientations ont-elles été suivies ? Les changements de comportement engagés ?</p>	Nombre de plan personnalisés (PPS) et contenu	Taux de réalisation des éléments prévus du PPS (orientations, prescriptions, ... cf. indicateurs de l'évaluation <i>in itinere</i> )
<b>Suivi</b>	<p><u>Visée formative</u> : Les orientations du PPS ont-elles été suivies dans le temps ?</p> <p><u>Visée formative</u> : Les comportements des usagers ont-ils évolué durablement ?</p> <p><u>Visée formative</u> : Quel a été l'impact sur les facteurs de risques ?</p>	Part de PPS ayant fait l'objet d'un suivi / d'une actualisation	Evolution des facteurs de risque identifiés et / des comportements favorables à la santé
<b>Ressources humaines</b>	<p><u>Visée formative</u> : Les pratiques des professionnels ont-elles évolué vers plus de prévention ?</p> <p><u>Visée formative</u> : Les pratiques des professionnels ont-elles évolué vers davantage de coordination / vers des pratiques pluriprofessionnelles ?</p>	<i>Indicateur à définir pour analyser l'évolution des pratiques professionnelles</i>	

#### 4. Modalités envisageables pour mener l'évaluation

Cette évaluation serait à mener selon des approches croisées qualitatives et quantitatives sur la base des éléments suivis au fil de l'eau.

Elle pourra emprunter aux concepts permettant l'évaluation des changements de comportement (COM-B Model, ...), ou sur des cadres permettant l'évaluation des comportements, par exemple :

- L'échelle du sentiment d'auto-efficacité<sup>1</sup> ;
  - Le score Epices pour intégrer des éléments liés à la précarité<sup>2</sup> ;
- L'échelle de l'estime de soi de Rosenberg<sup>3</sup>.

## 5. Calendrier

Une telle évaluation serait à réaliser lorsque le dispositif aura atteint un certain niveau de maturité à la fois s'agissant :

- Du nombre de bilans réalisés, avec un minimum de 1 million bilans prévention réalisés, ce qui représente environ 5% de la cible potentielle, et qui correspond selon la cinétique potentielle du déploiement du dispositif à un recul de 4 à 5 ans.

## 6. Parties prenantes à mobiliser

Cette évaluation serait à réaliser par une équipe dédiée indépendante et spécialisée dans l'évaluation de l'impact des politiques de santé.

### ACTEURS DE L'ÉVALUATION EX POST

Types d'acteurs	Acteurs et niveaux de représentation	Rôles possibles pour l'évaluation
<b>Usagers</b>	Usagers « directs »	Apprécier la part attribuable des changements de comportements imputables au bilan prévention en lien avec leur expérience individuelle
<b>Professionnels de santé</b>	Professionnels effecteurs « directs »	Apprécier l'impact des changements de pratiques induits par la réalisation des bilans préventions
	Structures dans lesquelles interviennent les professionnels, d'exercice coordonné notamment (MSP / CDS, CPTS, ...)	Produire des informations et données (autour de l'évolution des pratiques des professionnels, de l'effectivité des orientations des patients, ...)
	Représentations ordinales et syndicales des différents professionnels	Partager une expertise, un point de vue, une vision consolidée

<sup>1</sup> Validation de l'échelle du **sentiment d'auto-efficacité** "GSE" chez des étudiants universitaires français, ResearchGate [Internet]. [cité 20 févr 2023]. Table 2 . The sense of coherence scale -short form (SOC-13). Disponible sur: [https://www.researchgate.net/figure/The-sense-of-coherence-scale-short-form-SOC-13\\_tbl2\\_7484380](https://www.researchgate.net/figure/The-sense-of-coherence-scale-short-form-SOC-13_tbl2_7484380)

<sup>2</sup> SPF. Le **score Epices** : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes [Internet]. [cité 9 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/le-score-epices-un-score-individuel-de-precarite.-construction-du-score-et-mesure-des-relations-avec-des-donnees-de-sante-dans-une-population-de>

<sup>3</sup> Vallieres EF, Vallerand RJ. Traduction et Validation Canadienne-Française de L'échelle de L'**estime de Soi** de Rosenberg. Int J Psychol. janv 1990;25(2):305-16.

	Autres associations et fédérations représentatives des professionnels de santé (fédération des CPTS, collègues, ...)	Partager une expertise, un point de vue, une vision consolidée
<b>Institutionnels pilotes, financeurs ou experts</b>	Ministère de la santé (DGS)	Définir les objectifs de l'évaluation Partager une expertise, un point de vue, une vision consolidée
	CNAM	Décliner le cadre évaluatif en un cahier de charges pour une évaluation indépendante Piloter opérationnellement l'évaluation

#### D. Discussion autour de la pertinence d'une évaluation d'ordre médico-économique

L'approche médico-économique vise à mesurer l'efficacité d'un produit de santé, d'une procédure ou d'une organisation en rapportant ses résultats aux coûts qu'il engendre, c'est-à-dire à quantifier simultanément l'ensemble des coûts et l'ensemble des conséquences des stratégies envisagées : leurs effets cliniques, et/ou leurs effets sur la mortalité, la morbidité, la qualité de vie des patients. Elle a une visée normative (une visée de prescription), qui est de trier les programmes de santé en fonction de leur rendement social.

L'évaluation médico-économique du dispositif « Mon Bilan Prévention » soulève plusieurs points d'attention, qui à ce stade conduisent à interroger la pertinence même de la démarche. On peut séparer le propos en deux temps, le premier se met dans la perspective d'une évaluation globale du programme (« Mon Bilan Prévention » est-il dans son ensemble un bon investissement ?), le second envisage des pistes pour des évaluations partielles (certaines déclinaisons du programme sont-elles plus ou moins attractives ?).

##### 1. Une évaluation globale compliquée

Les experts du HCSP voudrait attirer l'attention sur la dynamique attendue du programme « Mon Bilan Prévention », résumée dans le logigramme plus haut (partie B). Celle-ci repose sur une approche holistique, et populationnelle, supposant une modification des habitudes de santé des populations sur un large spectre de comportements, avec comme finalité une amélioration de leur état de santé à long terme. Les quatre temps du bilan (aux quatre âges) doivent en principe conduire non seulement à des dépistages plus précoces et à des baisses d'exposition à différents facteurs de risques listés et connus, mesurés sur des indicateurs intermédiaires, mais également à de nouvelles habitudes dans la relation patient-soignant, et créer un consentement à la santé préventive qui dépasse même une « liste fermée » de dépistages et d'alertes sur les facteurs de risque.

De ce fait, l'option d'une sélection d'indicateurs intermédiaires pour mesurer des gains à court terme sur des expositions à des facteurs de risque s'avère contestable dans le cadre d'une

approche normative<sup>4</sup>, car elle pourrait manquer les synergies et la dynamique d'ensemble possiblement créée par le programme à long terme. L'option d'une évaluation sur le résultat final serait plus logique, car c'est la seule vraiment en adéquation avec les attendus : effet sur la mortalité et sur d'autres indicateurs de qualité de vie en santé (Krogsbøll et al. 2012)<sup>5</sup>. Mais cette évaluation supposerait d'observer un résultat sur l'état de santé des populations à 10 ou 20 ans de distance. De plus, l'évaluation de l'impact causal du programme, nécessaire pour nourrir les calculs d'une telle évaluation, sera très difficile, dans une situation où le « contrefactuel » n'est pas construit (population « contrôle »), ni ne peut être établi par un fait naturel (des populations qui échapperaient par accident au programme et serviraient de témoin...). Cette remarque est d'ailleurs valide que l'option de méthode choisie repose sur des facteurs intermédiaires observables à court terme ou bien sur un indicateur de bien-être en santé valable à long terme.

Une solution entre le court terme et le long terme serait d'utiliser des « extrapolations » entre l'évitement rapide de facteurs de risque et des gains futurs en santé, en appliquant un jeu d'hypothèses donné par la littérature. Plusieurs études procèdent ainsi, par de la simulation *in silico* (Devaux et al. 2020 ; Si et al. 2018) : on retient par exemple un « taux d'équivalence « macro » entre des baisses d'exposition au tabac et des années de vie gagnées en bonne santé. Ceci tendrait, d'abord, à négliger la dynamique des changements de comportement et les synergies évoquées plus haut (effet cocktail entre plusieurs indicateurs intermédiaires). De plus, cela pourrait amener l'évaluation médico-économique à dépendre d'hypothèses somme-toute fragiles sur les effets de certains facteurs de risque à long terme (les taux d'équivalence macro)<sup>6</sup>. A notre connaissance, seul le programme australien health check a été évalué avec cette approche méthodologique, avec un focus sur un unique facteur intermédiaire : la maîtrise du risque cardiovasculaire (Si et al. 2018) ; les auteurs reconnaissent eux-mêmes la grande fragilité de leur travail<sup>7</sup>. Le programme MECC, *Making every contact count*, du NHS, appliqué au milieu des années 2010, auquel on pourrait aussi comparer le programme français par certains de ces aspects, a

---

<sup>4</sup>Ceci ne remet pas en cause l'intérêt d'examiner dans l'évaluation *in itinere* (approche descriptive) les gains sur certains facteurs de risques. C'est la démarche de comparaison d'ensemble, et surtout un jugement précoce « d'efficience », qui paraissent contestables.

<sup>5</sup> Une meta-analyse sur le sujet détecte 14 études, avec un recul d'observation médian de 9 ans sur la mortalité (Krogsbøll et al. 2012). Si et al. 2014 se montrent très critiques de Krogsbøll et al. 2012 et plaident pour des évaluations sur des indicateurs de « substitution » (surrogate outcomes), dont la réponse aux actions de prévention est plus immédiate.

<sup>6</sup> On rappelle en outre que les évaluations des programmes de prévention souffrent de biais systématiques ; si l'on mesure les bénéfices attendus par une économie de dépenses de santé, l'allongement de la durée de vie consécutif aux programmes de prévention devient un obstacle majeur à une économie de dépense... (Goryakin et al. 2020).

<sup>7</sup> pour ne citer que deux aveux présents dans la publication Plos One (Si et al. 2018) : « *it is likely that our model may have underestimated the effects of the 45–49 year old health check program due to conservative assumptions adopted in the simulation regarding the magnitude and longevity of the intervention effects* ». « *The lack of definable intervention protocols after the initial check-up imposes considerable uncertainties on both the effectiveness and cost estimates of this program* ».

suscité à ce jour plusieurs évaluations intermédiaires « qualitatives »<sup>8</sup>. Mais il n'a à ce jour généré aucune évaluation médico-économique.

Pour ces raisons, il apparaît aux experts du HCSP qu'une évaluation médico économique serait à ce stade un effort considérable pour un retour assez peu informatif pour la décision publique, ceci en comparaison de l'évaluation *in itinere* qui fournira des éléments sur l'effectivité des actions, plutôt que sur leur efficience globale.

## 2. Quelques pistes pour des approches partielles

Le programme « Mon Bilan Prévention » est basé sur l'intervention de plusieurs effecteurs alternatifs (différents professionnels de santé sont sollicités pour sa mise en œuvre ; organisés dans différents échelons et structures de soins). Une évaluation comparative de ces différents effecteurs, ou de leur organisation, peut probablement faire l'objet d'une étude médico-économique, de type coût-efficacité, en choisissant une liste d'objectifs sur lesquels on attend un effet (en supposant qu'ils suffisent à épuiser les bénéfices attendus). La valorisation des objectifs retenus et les populations cibles peuvent être définies afin de refléter des priorisations sociales : des publics particulièrement vulnérables, pour lesquels les gains de prévention sont plus difficiles à obtenir.

Enfin, la constitution d'un 'observatoire de la prévention' pourrait être envisagée : la surveillance (monitoring) d'une liste d'objectifs intermédiaires / d'exposition à des facteurs de risque / pourrait commencer dès maintenant et devrait être suivi régulièrement afin de documenter les progrès possiblement réalisés, mais sans nécessité de valorisation par des extrapolations hasardeuses sur le bien-être en santé. Ceci pourrait permettre d'identifier plus tard, dans la pleine maturité de l'application du programme, par quels canaux principaux sont passés les effets sur l'outcome recherché à long terme (mortalité, qualité de vie, bien-être). Les services des caisses d'assurance maladie seraient *a priori* les plus indiqués pour constituer une première batterie d'indicateurs basés sur le SNDS, mais des données complémentaires seront nécessaires, car de nombreux facteurs de risques ressortant de « Mon Bilan Prévention » échappent aux données de remboursement<sup>9</sup>). Dans cet observatoire, les experts du HCSP considèrent important sur le plan économique de bien tracer et conserver les coûts engendrés par le programme (la consultation de bilan prévention, et éventuellement les examens directement induits par la réalisation des bilans).

---

<sup>8</sup> Nelson, A., De Normanville, C., Payne, K., & Kelly, M. P. (2013). Making every contact count: an evaluation. *public health*, 127(7), 653-660.

Rodrigues, A. M., Kemp, E., Aquino, M. R. J., Wilson, R., Vasiljevic, M., McBride, K., ... & Haighton, C. (2023). Understanding the implementation of 'Making Every Contact Count'(MECC) delivered by healthcare professionals in a mental health hospital: protocol for a pragmatic formative process evaluation. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 11(1), 2174698.

Haighton, C., Newbury-Birch, D., Durlik, C., Sallis, A., Chadborn, T., Porter, L., ... & Rodrigues, A. (2021). Optimizing making every contact count (MECC) interventions: A strategic behavioral analysis. *Health Psychology*, 40(12), 960.

<sup>9</sup> pour n'en citer que quelques-uns : les consommations d'alcool, l'alimentation, le sommeil, l'activité physique (non prescrite). En général le volet « habitudes de vie ».



## V. CONCLUSION

---

La finalité de l'évaluation du dispositif « Mon Bilan Prévention » sera principalement à court et moyen terme d'optimiser son fonctionnement, dans la mesure où il sera difficile d'effectuer une évaluation robuste de ses résultats, notamment en raison de la difficulté à isoler son impact sur les déterminants de santé visés.

En synthèse, la proposition de cadre évaluatif s'appuie sur :

- **Cinq principes méthodologiques :**
  - Principe méthodologique #1 : Un cadre évaluatif construit « sur mesure » au regard des spécificités du dispositif « Mon Bilan Prévention »
  - Principe méthodologique #2 : Des évaluations à mener selon plusieurs temporalités au regard des objectifs du dispositif.
  - Principe méthodologique #3 : La nécessité d'une évaluation en continu afin d'amener une décision sur l'aménagement possible du dispositif au cours de son déploiement.
  - Principe méthodologique #4 : La construction du cadre évaluatif nécessite une modélisation opérationnelle du dispositif afin d'identifier l'ensemble des dimensions à évaluer.
  - Principe méthodologique #5 : Une description du parcours de l'utilisateur permet d'identifier les points de rupture potentiels principaux
- **Six enseignements clefs issus des échanges avec les parties prenantes :**
  - Enseignement #1 : Une nécessité d'engager dès que possible une évaluation *ex ante* portant notamment sur l'acceptabilité et la faisabilité du dispositif afin de conclure sur la poursuite ou les ajustements nécessaires à préconiser.
  - Enseignement #2 : Un suivi du déploiement du dispositif devant reposer sur un nombre limité d'indicateurs d'activité et des analyses qualitatives ciblées
  - Enseignement #3 : Une évaluation *ex post* du dispositif, centrée sur les modifications comportementales des usagers et des professionnels de santé.
  - Enseignement #4 : Un questionnaire sur l'opportunité et la pertinence d'engager des travaux d'évaluation de nature médico-économique
  - Enseignement #5 : Une réflexion nationale est à mener pour faire évoluer les bases de données / systèmes d'information pour compléter l'évaluation en continu du dispositif
  - Enseignement #6 : Une vigilance particulière à porter à l'impact du déploiement du dispositif sur les inégalités

Considérant ces éléments, le Haut Conseil de la Santé Publique préconise une évaluation qui serait menée en trois temps distincts :

- Une première évaluation qualitative sur une logique de type *ex ante* autour des critères d'acceptabilité et de faisabilité, à réaliser rapidement (dans la première année de vie du dispositif) ;

- Une seconde évaluation quantitative et avec des focus qualitatifs de type *in itinere*, qui pourrait être mise en place dès maintenant en prévoyant 1 à 2 focus qualitatifs par an (en continu) ;
- Une évaluation à plus long terme, centrée sur les changements de comportements des patients et des professionnels, à cet effet, le HCSP souligne l'importance de la conservation des données évaluatives (y.c. qualitatives) ;

La pertinence d'engager un volet d'évaluation médico-économique est discutée dans le présent rapport.

En complément du cadre évaluatif préconisé, le Haut Conseil de la Santé Publique attire l'attention sur plusieurs éléments clefs pour l'évaluation :

- Le financement d'un cadre évaluatif pour le dispositif nécessaire de sanctuariser dès 2025 et pour les 5 ans à venir un financement de l'ordre de plusieurs centaines de milliers d'euros ;
- L'ensemble des mécanismes de recueil et de suivi des données devront respecter le règlement général sur la protection des données (RGPD), la loi informatique et liberté et le code de la santé publique. Nous soulignons l'importance de l'information de l'utilisateur et selon les cas de son opposition ou son consentement ;
- La ou les structures chargée(s) de l'évaluation devront garantir leur indépendance vis-à-vis des parties prenantes au dispositif (financeurs, pilotes, participants, ...) ;
- L'évaluation devra, autant que faire se peut, être menée de façon participative en associant largement les usagers du système de santé et les professionnels effecteurs.

## VI. ANNEXES

### A. Saisine



Direction générale de  
la santé

LA DIRECTRICE GÉNÉRALE ADJOINTE DE LA SANTÉ  
SOUS-DIRECTION SANTÉ DES POPULATIONS  
ET PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES  
BUREAU  
Affaire suivie par : Gaëlle Jamet  
Tél. : 01.40.56.46.69  
Mél. : [gaelle.jamet@sante.gouv.fr](mailto:gaelle.jamet@sante.gouv.fr)

Nos réf. : D-24-005592

Paris, le 03 AVR. 2024

La Directrice générale adjointe de la santé

à

Monsieur le Président du Haut Conseil de la  
Santé publique (HCSP)

**Objet** : Définition du cadre évaluatif du dispositif « Mon bilan prévention » prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

**Annexe** : Présentation du dispositif « Mon bilan prévention ».

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023 prévoit la mise en place de « rendez-vous de prévention ».

Afin de structurer une véritable démarche de prévention aux âges clés de la vie des Français, nous nous sommes appuyés sur votre rapport en date du 20 mars 2023 pour préparer leur déploiement. Vos recommandations ont ainsi contribué à la construction du dispositif « Mon bilan prévention », dont les modalités de mise en œuvre vous sont détaillées en annexe.

L'évaluation continue étant une des clés pour assurer la pérennité et le succès à long terme de tout dispositif grâce à son adaptation aux besoins et réalités de terrain, nous souhaitons mobiliser l'expertise du Haut Conseil pour définir le cadre évaluatif de « Mon bilan prévention ». Plus précisément, nous sollicitons votre aide sur :

- **La définition d'objectifs à court, moyen et long terme, en ce qui concerne l'efficacité, la cohérence et la durabilité du dispositif.**  
Il s'agit notamment de préciser et compléter les dimensions relatives à l'évaluation formulées dans votre avis du 20 mars 2023 : 1) connaissance du dispositif par les professionnels et le grand public ; 2) réalité de son déploiement sur le terrain (hexagone et outre-mer) ; 3) accueil du dispositif sur le terrain (hexagone et outre-mer) ; 4) conséquences de l'action publique sur les individus ; 5) coût du dispositif ; 6) gains pour la santé publique en fonction des tranches d'âge concernées et des classes socio-professionnelles.
- **A partir de ces objectifs, des déclinaisons en actions et en indicateurs de suivi et de mesure d'impact.**  
Ces derniers devront être globaux et adaptés aux différentes tranches d'âge, aux différents publics ciblés (publics vulnérables notamment), ainsi qu'aux différents temps des rendez-vous (phase d'amont, rendez-vous, phase d'aval) ;

Tél. 01 40 56 60 00  
14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.  
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse [dsr-csd@sante.gouv.fr](mailto:dsr-csd@sante.gouv.fr) ou par voie postale.  
Pour en savoir plus : <https://sante.gouv.fr/mon-santé/les-donnees-personnelles-et-cookies>

- La proposition de scénarios-types et les axes d'amélioration opérationnels et stratégiques associés ;
- **La précision d'un calendrier de l'évaluation ;**
- **La suggestion de parties prenantes à intégrer au processus d'évaluation.**

Pour garantir la mise en place d'une évaluation du dispositif le plus rapidement possible après son déploiement, je vous remercie de me transmettre vos recommandations pour décembre 2024 au plus tard.



Sarah SAUNERON

## B. Composition du groupe de travail

Le groupe de travail était constitué de :

- **Marion ALBOUY**, Professeure de santé publique à l'université de Poitiers et membre du Collège Universitaire des Enseignants en Santé Publique (CUESP).
- **Frédérique CLAUDOT**, Membre de la Commission spécialisée système de santé et sécurité des patients
- **Véronique GILLERON**, Présidente de la Commission spécialisée système de santé et sécurité des patients
- **Marion MOURGUES**, Membre de la Commission spécialisée Déterminants de santé et Maladie non-transmissibles
- **Yohan SAYNAC**, Membre de la Commission spécialisée Déterminants de santé et maladies non-transmissibles (personnalité qualifiée)
- **Bruno VENTELOU**, Membre de la Commission spécialisée Maladies infectieuses et maladies émergentes

Il a été copiloté par :

- **Stéphanie GENTILE**, Membre de la Commission spécialisée Système de santé et Sécurité des patients,
- **Philippe MICHEL**, ancien président de la Commission spécialisée système de santé et sécurité des patients

Au titre du secrétariat général du HCSP, les travaux ont été coordonnée par : **Catherine BILGER**, adjointe à la Secrétaire générale, coordinatrice de la Commission spécialisée Système de santé et sécurité des patients (Cs-3SP)

Le Haut Conseil de la santé publique a eu recours, pour ce travail, à une assistance à maîtrise d'ouvrage assurée par le cabinet CMI Stratégies.

## C. Personnes auditionnées

La liste des personnes auditionnées est la suivante :

**Christine JACOB-SCHUMACHER**, sous-directrice pour la santé des populations et la prévention des maladies chroniques à la Direction Générale de la Santé (DGS)

**Gaëlle JAMET**, économiste de la santé, porteuse du projet « Mon Bilan Prévention » au sein de la DGS

**Catherine GRENIER**, directrice des assurés au sein de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)

**Riwan BAUCHEREL**, chef de projet au sein de la CNAM pour le dispositif « Mon Bilan Prévention »

**Sylviane STRYNCKX**, directrice Prévention et Promotion de la Santé à l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts-de-France

**Mylène ROUZAUD-CORNABAS**, directrice de la Fédération nationale des CPTS (FCPTS)

**David GUILLET**, Président de la FCPTS, Président de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) infirmiers des Pays de la Loire

**Laurent GERBAUD**, chef du pôle santé publique au CHU de Clermont-Ferrand, chef du pôle santé handicap étudiant à l'université Clermont-Auvergne

**Jean-Pierre MARTIN**, président du Comité du Rhône de la Ligue contre le cancer

**Marie-Odile BAUME**, vice-présidente du Comité du Rhône de la Ligue contre le cancer

**Sandrine ESTRAGNAT**, responsable Prévention au Comité du Rhône de la Ligue contre le cancer

## D. Bibliographie

1. Fynn, J.F., Hardeman, W., *et al.* A scoping review of evaluation frameworks and their applicability to real-world physical activity and dietary change programme evaluation. *BMC Public Health* 20, 1000 (2020).
2. Marzouk, M.& Omar, M.; Monitoring and Evaluation of National Vaccination Implementation: A Scoping Review of How Frameworks and Indicators Are Used in the Public Health Literature. *Vaccines*, 2022
3. Craig, P. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 2008
4. Brandstetter S, Curbach J,, Empowerment for healthy nutrition in German communities: a study framework, *Health Promotion International*, Volume 32, Issue 3, June 2017, Pages 500–510Polaris Market Research – Off-road market insights and market sizes
5. Rosas, S., & Knight, E. (2018). Evaluating a complex health promotion intervention: case application of three systems methods. *Critical Public Health*, 29(3), 337–352.
6. Kasman, M., & Hammond, R.A., (2019), Activating a Community: An Agent-Based Model of Romp & Chomp, a Whole-of-Community Childhood Obesity Intervention. *Obesity*, 27: 1494-1502.
7. Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F. *et al.* L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes, *Rev. Epidém. et Santé Publ.*, 2000, 48, 517-539
8. Validation de l'échelle du sentiment d'auto-efficacité "GSE" chez des étudiants universitaires français, ResearchGate [Internet]. [cité 20 fev 2023]. Table 2 . The sense of coherence scale -short form (SOC-13). Disponible sur: [https://www.researchgate.net/figure/The-sense-of-coherence-scale-short-form-SOC-13\\_tbl2\\_7484380](https://www.researchgate.net/figure/The-sense-of-coherence-scale-short-form-SOC-13_tbl2_7484380)
9. SPF. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes [Internet]. [cité 9 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/le-score-epices-un-score-individuel-de-precarite-construction-du-score-et-mesure-des-relations-avec-des-donnees-de-sante-dans-une-population-de>
10. Vallieres EF, Vallerand RJ. Traduction et Validation Canadienne-Française de L'échelle de L'estime de Soi de Rosenberg. *Int J Psychol.* janv 1990;25(2):305 16.
11. Nelson, A., De Normanville, C., Payne, K., & Kelly, M. P. (2013). Making every contact count: an evaluation. *Public health*, 127(7), 653-660.
12. Rodrigues, A. M., Kemp, E., Aquino, M. R. J., Wilson, R., Vasiljevic, M., McBride, K., ... & Haighton, C. (2023). Understanding the implementation of 'Making Every Contact Count'(MECC) delivered by healthcare professionals in a mental health hospital: protocol for a pragmatic formative process evaluation. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 11(1), 2174698.
13. Haighton, C., Newbury-Birch, D., Durlik, C., Sallis, A., Chadborn, T., Porter, L., ... & Rodrigues, A. (2021). Optimizing making every contact count (MECC) interventions: A strategic behavioral analysis. *Health Psychology*, 40(12), 960.).

14. Si S, Moss JR, Sullivan TR, Newton SS, Stocks NP (2014) Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis. *Brit J Gen Pract* 64 (618): E47–E53. <https://doi.org/10.3399/bjgp14X676456> . PMID: 24567582
15. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhoj Larsen C, Gøtzsche PC (2012) General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 345:7191. <https://www.bmj.com/content/345/bmj.e7191>
16. Devaux, M., Lerouge, A., Giuffre, G., Giesecke, S., Baiocco, S., Ricci, A., ... & Cecchini, M. (2020). How will the main risk factors contribute to the burden of non-communicable diseases under different scenarios by 2050? A modelling study. *PLoS One*, 15(4), e0231725.
17. Si S, Moss J, Karnon J, Stocks N (2018) Cost-effectiveness evaluation of the 45-49 year old health check versus usual care in Australian general practice: A modelling study. *PLoS ONE* 13 (11): e0207110. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207110>
18. Goryakin, Y., Thiebaut, S. P., Cortaredona, S., Lerouge, M. A., Cecchini, M., Feigl, A. B., & Ventelou, B. (2020). Assessing the future medical cost burden for the European health systems under alternative exposure-to-risks scenarios. *PLoS One*, 15(9), e0238565.