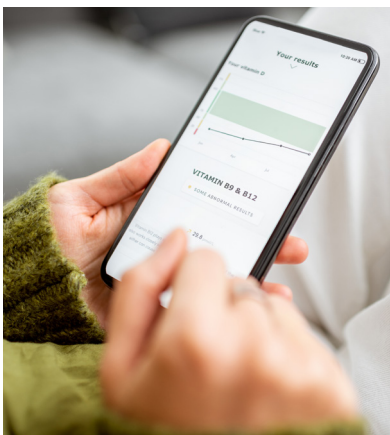




ANALYSE PROSPECTIVE

**Comment renforcer
l'expertise au service
du virage préventif ?**

OCTOBRE 2025



HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

3

Synthèse et propositions

4

Introduction

6

La décision informée par les données probantes en PPS : défis et enjeux de mise en œuvre

Les données probantes au service du virage préventif : de quoi parle-t-on ?

La décision informée par les données probantes en PPS : convergence d'intentions, défis de mise en œuvre

11

Une « boîte à outils » au service de la décision informée par les données probantes en PPS

Un cadre de référence pour renforcer la compréhension et la culture de l'évaluation en PPS

Conditions de réussite pour une décision informée par les données probantes en PPS : guide de mise en œuvre

22

Structurer le dialogue et l'intermédiation autour des données probantes en PPS

L'exemple de l'*Australian Prevention Partnership Centre*

Vers un espace de dialogue et d'intermédiation en France ?

26

Perspectives

27

Bibliographie

32

Annexes

Participants

Liste des personnes et organisations consultées

Acronymes

L'ordonnance du 26 janvier 2017 a confié à la HAS la responsabilité de réaliser chaque année, sur un thème de son choix, une analyse prospective du système de santé comprenant des propositions d'amélioration de sa qualité, de son efficacité et de son efficience.

Cette analyse est destinée au Gouvernement et au Parlement.

Synthèse et propositions

Le développement de la prévention et promotion de la santé (PPS) est une priorité de santé publique depuis plusieurs décennies. Elle a donné lieu à de nombreuses initiatives. Pourtant, les résultats ne sont pas à la hauteur des ambitions affichées par les pouvoirs publics, car nombre d'initiatives ou d'expérimentations ne font pas l'objet de déploiements ultérieurs faute de données montrant leur bénéfice.

L'OMS promeut la « décision informée par les données probantes » comme levier essentiel pour améliorer les systèmes de santé. L'évaluation des interventions de PPS est un impératif avant de les engager, les prioriser ou les pérenniser. En effet, dans un contexte marqué par de fortes contraintes budgétaires, il est plus que jamais nécessaire que les décideurs publics puissent évaluer la pertinence des interventions de PPS et donc les différents bénéfices qu'ils peuvent en attendre.

Or, deux éléments font défaut pour renforcer l'éclairage des décideurs en France par des données probantes et, ainsi, accélérer le virage préventif tant annoncé : un cadre de référence assorti de ses conditions de mise en œuvre et un dialogue entre acteurs autour des données probantes en PPS.

En mettant une « boîte à outils » à disposition de l'ensemble des acteurs (les effecteurs, les évaluateurs et les financeurs de l'intervention), il ne s'agit pas d'uniformiser les évaluations : toutes les interventions de PPS ne demandent pas de recueillir toutes les catégories de données probantes et avec le même niveau de preuve. Il s'agit de

soutenir les acteurs dans l'identification des données probantes qui seraient nécessaires à la décision (efficacité de l'intervention, évaluation économique, reproductibilité et transférabilité, mesure des externalités).

Cette « boîte à outils » poserait également un discours de la méthode. Conduire une évaluation ne suffit pas : encore faut-il la conduire au bon moment et donc l'anticiper suffisamment en amont de la décision de mettre en œuvre une intervention de PPS et calibrer le budget à lui dédier. Ainsi, la production de données probantes au service du virage préventif **suppose que le décideur public s'empare de la question de l'évaluation** très en amont de la mise en œuvre de l'intervention.

Ensuite, afin d'accompagner la décision informée, il est nécessaire de favoriser l'échange entre les différents acteurs. En s'inspirant de l'expérience de l'*Australian Prevention Partnership Centre*, pour répondre à un besoin partagé et consensuel, **la HAS préconise de créer un espace de dialogue et d'intermédiation** autour des données probantes en PPS. Cet espace devra être accessible à un large panel d'acteurs, notamment à ceux intervenant à différents niveaux de décision (local, national), y compris en dehors du secteur sanitaire, afin de favoriser la **santé dans toutes les politiques** et d'avoir un impact réel.

L'identification d'un (ou plusieurs) organisme existant pour piloter ce dispositif devra s'appuyer sur trois critères : assise scientifique, lien avec la recherche et dimension interinstitutionnelle.

Introduction

Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ?

Bien que les termes « prévention » et « promotion de la santé » soient fréquemment utilisés de façon complémentaire, les stratégies et interventions liées à ces notions se distinguent par leur finalité. Selon l'OMS, **la prévention se place en regard du problème de santé**, dans l'objectif d'en prévenir la survenue, de le détecter précocement et d'éviter son aggravation, ou de pallier ses conséquences ou complications (1).

La **promotion de la santé** désigne une approche plus systémique et décentrée de la maladie. Énoncée dans la Charte d'Ottawa, elle est définie comme « le processus qui permet aux populations d'améliorer la maîtrise de leur santé et de ses déterminants et, par conséquent, de l'améliorer » (2). **La promotion de la santé constitue donc un processus politique et social global** (3).

La prévention et la promotion de la santé (PPS) sont des **pans essentiels de la santé publique pour atteindre les objectifs du système de santé, notamment en améliorant la santé des populations tout en réduisant les inégalités sociales de santé, et atteindre les objectifs de développement durable liés à la santé** (2, 4).

Le périmètre de ce projet inclut **l'ensemble des interventions de PPS**, y compris les interventions qui ne relèvent pas directement du champ sanitaire, telles que les actions sur les milieux (ex. : végétalisation de zones urbaines, rénovation énergétique des logements...), en lien avec la démarche de santé dans toutes les politiques¹ (5, 6).

1. Selon l'OMS, l'approche « Santé dans toutes les politiques » vise à tenir compte systématiquement des conséquences sanitaires de toute décision publique afin d'améliorer la santé de la population et de réduire les inégalités de santé (5).

Des difficultés à concrétiser le virage préventif

Au cours des dernières décennies, le développement de **la prévention et la promotion de la santé (PPS) a progressivement été affirmé comme une priorité de santé publique**, donnant lieu à de nombreuses initiatives² reflétant la volonté des pouvoirs publics d'assurer le virage préventif³.

Pourtant, **les résultats restent insuffisants**. À titre d'illustration, 29 % des Français estiment qu'« on ne peut rien faire pour éviter un cancer » (8) bien que, selon l'INCa, près de la moitié des cancers soient liés à des facteurs de risque évitables (alcool, sédentarité...) (9). La France présente également des résultats inférieurs à certains pays en matière de participation aux programmes de prévention médicalisée (vaccination⁴, dépistages organisés des cancers [10, 11]) et affiche une prévalence plus élevée de certains comportements à risque (consommation d'alcool [12], tabagisme⁵...) que chez ses voisins.

Ainsi, ce constat est préoccupant car il s'avère que les politiques et mesures actuelles **ne permettent pas d'améliorer efficacement la santé tout en luttant contre les inégalités de santé** (13, 14). Et ce, alors même que la dernière décennie a vu émerger de nombreuses initiatives et expérimentations, portées par différents niveaux de décision, acteurs publics comme privés, au niveau national ou local, sans pour autant être maintenues dans le temps ou déployées plus avant. De récents travaux d'éclairage apportent des éléments explicatifs de ces difficultés (13-17). Le fait de pouvoir disposer de données probantes sur l'efficacité et l'efficience des interventions de PPS, mais également d'en avoir une lecture et une compréhension partagées par les acteurs de la décision, constitue un besoin majeur pour leur développement, ainsi que le rapport de l'Igas récemment publié le souligne (17).

Problématique : comment renforcer l'expertise au service du virage préventif ?

Le soutien à l'accélération et la concrétisation du virage préventif constitue un des axes forts du projet stratégique de la HAS 2025-2030, aussi a-t-elle décidé d'engager une analyse pour favoriser le développement et la mise en œuvre d'interventions de prévention et de promotion de la santé dans son domaine de compétence : l'éclairage des décisions publiques.

Compte tenu de l'étendue et de la diversité des champs de la prévention et de la promotion de la santé, une grande pluralité d'acteurs est concernée (administrations centrales, agences de santé, collectivités territoriales, caisses de protection sociale, organismes complémentaires...). La HAS a fondé la réalisation de son analyse sur la réflexion des acteurs et une revue bibliographique.

2. Dont : les programmes nationaux de lutte contre le tabac (2018-2022, puis 2023-2027), la stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives (2023-2027), les programmes nationaux nutrition-santé (depuis 2001), la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, le programme des 1 000 premiers jours (depuis 2021), le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie (2015), le plan antichute des personnes âgées (2022)...

3. Le « virage préventif » désigne l'objectif d'un changement de paradigme du système de santé en France, en rééquilibrant l'action publique au profit de la prévention au-delà du seul soin curatif. Il s'agit de faire évoluer les politiques de santé pour placer la prévention et la promotion de la santé au cœur des priorités, afin de réduire la mortalité prématurée et évitable, de limiter les inégalités sociales et territoriales de santé et de renforcer la soutenabilité du système (7).

4. Statistiques Eurostat : [Influenza statistics - Statistics Explained - Eurostat](#).

5. Statistiques Eurostat : [Tobacco consumption statistics](#).

Partie 1. La décision informée par les données probantes en PPS : défis et enjeux de mise en œuvre

I. Les données probantes au service du virage préventif : de quoi parle-t-on ?

1. Une démarche promue par l'OMS pour atteindre les objectifs de santé publique

Héritée du champ médical à travers le mouvement de la médecine fondée sur les preuves, la prise de décision fondée sur des données probantes s'impose aujourd'hui comme **un levier essentiel pour améliorer la santé des populations**. L'OMS promeut cette démarche dite de « décision informée par les données probantes » (*evidence-informed decision-making* en anglais), qui combine rigueur scientifique, transparence et redevabilité (18).

Il est important de souligner la portée du terme « **décision informée par les données probantes** », qui renvoie à l'utilisation des données probantes pour éclairer les décisions, tout en reconnaissant que **le décideur conserve toute latitude quant à leur prise en compte dans le processus décisionnel**.

En outre, dans un contexte de défiance croissante à l'égard de la science, **il devient d'autant plus déterminant d'être en mesure d'identifier les interventions probantes sur la base de l'état actuel des connaissances et de veiller à l'accessibilité de ces données**. Formaliser ce que l'on sait de manière rigoureuse permet non seulement de clore certains débats, mais également d'orienter les réflexions et l'action publique sur les vrais enjeux, là où subsistent des incertitudes ou des choix à opérer.

2. Quelles données probantes pour informer la décision en PPS ?

En 2003, l'OMS a défini les données probantes en santé comme « l'ensemble des conclusions tirées de recherches et d'autres formes de connaissances utiles à la prise de décision ».

Cette définition relativement large souligne la difficulté de circonscrire ce que constitue une « donnée probante » en santé publique. Elle insiste sur la nécessité de prendre en compte le contexte (local, politique, ressources disponibles, acceptabilité...), les valeurs sociales et les finalités de l'action publique. Cette approche appelle une vision pluraliste des données probantes, combinant savoir scientifique, expertise professionnelle et participation citoyenne (19, 20).

Classiquement, les données probantes en PPS sont organisées suivant deux catégories complémentaires :

- **données probantes sur les problèmes :** permettant de comprendre la situation

en caractérisant un problème de santé (ampleur, population(s) concernée(s), facteur(s) de risque et déterminant(s)...). Elles se composent de données épidémiologiques et socio-démographiques descriptives, de données sur les interactions entre les déterminants de santé et de données locales pour contextualiser.

- **données probantes sur les solutions :** détaillant le « comment agir » à travers trois grandes questions : Est-ce que c'est efficace ? Avec quelle efficacité et quels impacts économiques ? Par quels mécanismes ? Quelles sont les conditions de succès ? Ces données sont principalement issues de l'**évaluation des interventions** (21).

Dans le cadre de cette analyse prospective, la HAS a fait le choix de se concentrer sur les **données sur les solutions**. Ainsi, la suite de cette note d'analyse prospective se focalise sur les données probantes issues de l'**évaluation des interventions**.

II. La décision informée par les données probantes en PPS : convergence d'intentions, défis de mise en œuvre

1. Enjeux autour des données probantes en PPS

Le renforcement de la prise en compte des données probantes dans les décisions relatives aux interventions en PPS est indispensable pour engager le virage préventif. C'est en **étayant les données probantes permettant d'objectiver les gains en santé⁶ de ces interventions** qu'elles seront plus facilement engagées (ou pérennisées), dans un contexte de fortes contraintes humaines, financières et temporelles.

La prise en compte des données probantes sur les interventions en PPS répond ainsi à

de multiples enjeux : santé publique, efficacité du système de santé, soutenabilité de la sécurité sociale et dimension éthique. Cependant, il existe un consensus sur le fait que cette démarche reste encore **insuffisamment développée en France**.

Par ailleurs, les données probantes en prévention et promotion de la santé sont d'autant plus importantes sur le plan **éthique** que les interventions sont souvent perçues comme intrinsèquement bénéfiques, ou à défaut, sans risque. Cependant, plusieurs travaux ont mis en lumière les conséquences négatives de certaines interventions : stigmatisation des patients atteints de cancer

6. Au sens de l'OMS : amélioration de la santé des populations et réduction des inégalités de santé.

du poumon résultant d'une campagne anti-tabac mal conduite (22), surcharge de travail pour les professionnels (23), accroissement des inégalités de santé (24), etc.

2. Une dynamique en faveur de l'évaluation, fragmentée et dont la culture est peu partagée

Dans l'évaluation d'une intervention de PPS, trois rôles clés interviennent : effecteur de

l'intervention (ex. : équipes de professionnels de santé, collectivité territoriale porteuse d'une initiative...), effecteur de l'évaluation⁷ (ex. : INSERM, OCDE...) et financeur (ex. : DGS). À noter qu'une partie prenante peut incarner un ou plusieurs de ces rôles suivant le contexte.

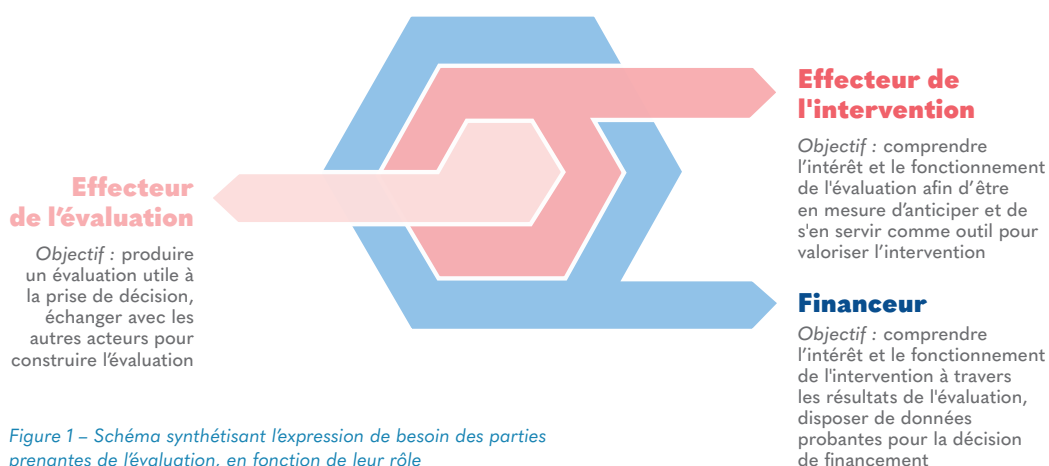


Figure 1 – Schéma synthétisant l'expression de besoin des parties prenantes de l'évaluation, en fonction de leur rôle

Les acteurs sont nombreux à investir le champ de l'évaluation en PPS, notamment :

- certaines agences (Santé publique France, INCa) ont pour objectif d'évaluer leurs interventions de PPS, y compris sur le volet économique. Ces évaluations sont réalisées en collaboration avec des effecteurs (OCDE, chercheurs, prestataires...) ;
- le HCSP réalise l'évaluation pluriannuelle de la stratégie nationale de santé, ainsi que des évaluations de politiques et stratégies de prévention (y compris coût-efficacité). Il a notamment été saisi pour définir un cadre évaluatif du dispositif « Mon bilan prévention » ;

- la DREES réalise des évaluations des politiques publiques (impacts sociaux et économiques) et l'évaluation pluriannuelle de la stratégie nationale de santé ;
- la HAS élabore des recommandations de santé publique, notamment en matière de dépistage (VIH, CMV...), de vaccination, et des recommandations sur les pratiques professionnelles (ex. : prévention du suicide, prévention spécialisée dans le champ de la protection de l'enfance, prévention de la carie dentaire...) ;

7. Les effecteurs de l'évaluation peuvent être de différentes catégories, notamment des chercheurs, organismes spécialisés, acteurs du terrain, cabinets privés, etc.

- dans le cadre du « Challenge Prévention »⁸, l'AIS et le comité stratégique de l'appel à projets conduisent une réflexion sur des modèles d'évaluation des dispositifs présumés innovants intégrant une dimension économique ;
- le HCFEA réalise des évaluations de politiques publiques sur la famille, l'enfance et les personnes âgées ;
- d'un point de vue plus opérationnel, de très nombreux acteurs réalisent des évaluations d'interventions de PPS : les ORS, l'OCDE, les chercheurs, les sociétés savantes, les cabinets, etc.

Les caisses déploient également des démarches d'évaluation de leurs interventions de PPS. La CNAM, en coopération avec la DREES, assure notamment la coordination et le suivi des évaluations des expérimentations du dispositif Article 51 (évaluations réalisées par des prestataires). La CNSA, à travers le « Fonds VITAL », a mis en place une collaboration avec l'Union des Gérontopôles de France pour évaluer, favoriser le passage à l'échelle et valoriser les initiatives issues des territoires. La CCMSA a réalisé une évaluation de son dispositif « Instants santé MSA », programme de prévention à destination de ses adhérents sous-consommateurs (25).

La SFSP participe également à divers chantiers tenant à la production d'expertise en PPS. Elle assure notamment la coordination de la démarche collective DIPP⁹, espace d'échange et de réflexion autour du déploiement et de la mise à l'échelle d'interventions probantes et prometteuses en PPS¹⁰.

En synthèse, **il existe d'ores et déjà une dynamique en faveur de l'évaluation des interventions de PPS ; mais il apparaît qu'il n'existe pas de compréhension commune des enjeux, des données à fournir, des méthodes à mobiliser et de l'implication pratique des résultats. Ainsi, la connaissance en évaluation est hétérogène et le dialogue autour des données probantes reste limité.**

L'une des difficultés constatées est l'**absence d'outils** fournissant un cadre de référence (glossaire, guide méthodologique) et son guide de mise en œuvre pour faciliter les échanges autour de l'évaluation.

8. L'appel à projets Challenge Prévention, opéré par Bpifrance, vise à mobiliser l'innovation au service de la prévention. Il soutient des projets cherchant à démontrer leur impact en santé publique, tout en identifiant des innovations technologiques efficaces pouvant être déployées à plus large échelle. Cet appel à projets fait partie de la stratégie d'innovation prévention en santé lancée en 2024. Pilotée par l'Agence de l'innovation en santé, cette stratégie s'inscrit dans le cadre du plan innovation santé 2030.

9. « Déploiement des interventions probantes et prometteuses », initiative soutenue par la direction générale de la Santé et Santé publique France.

10. En place depuis 2022, cette initiative a également pour objectif de développer des outils et ressources pour soutenir les déploiements d'interventions probantes ou prometteuses en PPS, d'éclairer les logiques d'arbitrage institutionnel dans le soutien à la mise à l'échelle et de soutenir le plaidoyer à partir des constats et besoins des parties prenantes.

Pour renforcer à la fois la disponibilité des données probantes et leur intégration dans les processus décisionnels, il est nécessaire de **disposer d'outils adaptés**. En l'absence de cadre de référence et de guide de mise en œuvre, la réalisation des évaluations en PPS demeure limitée, notamment du fait d'une connaissance hétérogène des démarches évaluatives et de l'interprétation de leurs résultats. Ce cadre n'est qu'un point de départ : pour que les données probantes informent utilement, il faut anticiper leur évaluation en amont des interventions et renforcer le dialogue qui les entoure en PPS.

Cette analyse prospective a été conçue comme un **travail-cadre visant à proposer deux axes d'action prioritaires** pour renforcer l'appui à la décision publique en PPS :

- **développer une « boîte à outils »** composée d'un cadre de référence favorisant l'appréhension des aspects théoriques et méthodologiques, et d'un guide de mise en œuvre des évaluations favorisant leur déploiement dans des conditions de succès appropriées ;
- **structurer le dialogue et l'intermédiation** autour des données probantes en PPS.

Point d'attention : cette note d'analyse prospective n'a pas vocation à fournir la « boîte à outils » détaillée, mais permet d'en préfigurer les grandes caractéristiques ; des travaux plus approfondis sont requis pour la formaliser.

Partie 2. Une « boîte à outils » au service de la décision informée par les données probantes en PPS

I. Un cadre de référence pour renforcer la compréhension et la culture de l'évaluation en PPS

Afin de développer la décision informée par les données probantes en PPS, il est nécessaire de **développer un cadre de référence** permettant de réduire l'hétérogénéité des niveaux de connaissance en évaluation et de favoriser **l'ancrage d'une véritable culture de l'évaluation**.

Ce **cadre de référence** constitue une première étape essentielle ; il doit fournir aux acteurs **les repères théoriques et méthodologiques** nécessaires pour appréhender l'évaluation en PPS et les données probantes en PPS.

Pensé pour l'ensemble des interventions en PPS, qu'il s'agisse de programmes nationaux d'envergure ou d'initiatives locales plus ciblées, son **adaptabilité** est primordiale pour permettre d'évaluer des interventions d'une grande diversité.

1. Un cadre de référence adapté à la grande diversité d'interventions de PPS

Première brique de la « boîte à outils » dédiée à la prise en compte des données probantes en PPS, le cadre de référence vise à **fournir aux acteurs les repères théoriques et méthodologiques nécessaires** pour appréhender les évaluations en santé publique.

L'**adaptabilité du cadre de référence est primordiale** pour s'appliquer à la grande diversité d'interventions en PPS, suivant les méthodes (éducation, incitation, coercition, etc.) ou approches employées (de l'intervention sur le comportement individuel à l'approche basée sur les conditions de vie), le type de programme (initiative locale, programme national, etc.), la maturité de l'intervention, etc.

La condition de succès d'un tel cadre dépend de sa capacité à être utilisé comme un outil flexible et adapté aux différentes interventions. Lors des dialogues autour du cadrage des évaluations, ce cadre devra pouvoir être mobilisé pour **discuter et valider les composantes de l'évaluation** entre décideurs, effecteur de l'intervention et effecteur de l'évaluation.

D'un point de vue **éthique**, l'adaptabilité du cadre est d'autant plus importante qu'une approche trop stricte pourrait conduire, de manière involontaire, à s'orienter systématiquement vers les interventions les plus « facilement évaluables ». Cela introduirait un risque de sélection, en favorisant certaines interventions au détriment d'autres, potentiellement pertinentes mais plus complexes à évaluer.

2. Données probantes attendues pour la décision

L'évaluation des interventions de PPS étudie sur qui, comment, quand, pourquoi, à quels coûts, avec quelle performance, dans quelles conditions et dans quels contextes des interventions produisent des effets sur la santé des individus et des populations. Elle s'appuie sur des **méthodologies complexes**¹¹, reposant sur des **approches mixtes et mécanistiques**¹² adaptées aux spécificités de la santé publique.

L'analyse prospective a permis d'identifier **quatre catégories de données probantes** attendues par les acteurs de la prise de décision, pour lesquelles le cadre doit fournir des repères :

Données sur l'efficacité

Données économiques

Données sur les conditions du succès de la mise en œuvre

Données sur les externalités

Pour chacune, l'horizon temporel des effets de l'intervention¹³ (court, moyen, long termes) est également une information essentielle pour planifier et articuler les interventions.

Cependant, s'il est important d'envisager de recueillir des données dans plusieurs de ces catégories pour être en mesure d'arbitrer et de piloter, **toutes ces catégories ne sont pas nécessairement mobilisées dans les mêmes proportions lors de la décision**. Ainsi, le cadre proposé soutient et facilite l'identification des critères d'évaluation les plus pertinents pour chaque intervention.

11. Par « méthodologies complexes », on fait référence à des cadres d'évaluation tels que décrits par le *Medical Research Council framework for complex interventions* (26, 27), qui insiste sur l'importance de combiner différentes méthodes, d'analyser les mécanismes, les contextes et les processus, et de considérer la multiplicité et la variabilité des effets d'une intervention.

12. Qui consiste à comprendre les mécanismes d'action d'une intervention (comment, pourquoi, dans quelles conditions et pour quelles populations...).

13. Par exemple, une campagne de sensibilisation à la limitation du temps passé devant les écrans pour les enfants peut avoir des effets rapides, comme une amélioration du sommeil, et des bénéfices sur le long terme, tels que la réduction du risque d'obésité, qui ne peuvent être visibles qu'après plusieurs années.

A. Données sur l'efficacité

a. Exigences en termes de données probantes pour informer la décision

Les données sur l'efficacité constituent un **appui essentiel à la pertinence et au plaidoyer** en faveur des interventions qui contribuent à l'amélioration de la santé tout en réduisant les inégalités sociales de santé.

Dans ce cadre, l'évaluation de l'efficacité a pour objectif de **mesurer les effets positifs et négatifs¹⁴ d'une intervention sur la santé et sur les inégalités sociales de santé**.

Les designs d'études mobilisés doivent permettre au décideur de mesurer l'efficacité de l'intervention en comparant l'évolution par rapport à la situation initiale avant sa mise en œuvre et par rapport à des interventions déjà existantes, le cas échéant.

b. Réflexion autour de la sélection de critères d'évaluation

Il est à noter que dans le cas de la prévention et de la promotion de la santé, l'utilisation d'**indicateurs intermédiaires¹⁵** peut s'avérer pertinente. En effet, dans la mesure où les effets finaux sur la santé des interventions de PPS sont le plus fréquemment observables sur le temps long, les indicateurs finaux de santé (ex. : mortalité, années de vie gagnées, incidence ou prévalence des pathologies chroniques...) peuvent s'avérer réducteurs ou non pertinents pour évaluer l'efficacité d'interventions.

Les indicateurs intermédiaires, en revanche, permettent de documenter les effets précoces d'une intervention (ex. : entrée dans une démarche de sevrage tabagique, surpoids chez l'enfant, vaccination...) et ainsi d'apporter des **données probantes suffisantes à la prise de décision**.

B. Données économiques

a. Exigences en termes de données probantes pour informer la décision

Deux approches de l'analyse économique distinctes sont utiles à la décision (31) :

- l'approche budgétaire qui répond à la question de la soutenabilité financière de notre système de santé ;
 - l'approche économique qui vise à optimiser le niveau de santé ou de bien-être de la collectivité dans un contexte de contrainte budgétaire.
-

Outre la mesure de coûts de prise en charge, l'enjeu de l'évaluation économique est de mobiliser des informations sur l'efficacité des traitements ou des interventions de santé publique, en termes de bénéfices de santé (années de vie, qualité de vie, bien-être).

Si l'approche budgétaire est couramment mobilisée dans les décisions en santé, **le recours à l'approche économique n'est pas assez développé en France pour informer la décision**.

14. Une action de santé publique peut agir favorablement sur un indicateur mais négativement sur un autre. À titre d'illustration, les mesures de confinement mises en œuvre pendant la crise de la Covid-19 ont contribué à limiter la circulation du virus, mais elles ont également eu des impacts défavorables sur la santé mentale, accentuant l'isolement social et le stress de certaines populations (28, 29), et entraînant des retards de diagnostic pour certaines pathologies (30).

15. Indicateurs qui se substituent à d'autres indicateurs difficilement mesurables ou pour lesquels les données sont limitées, mesurent des changements à court ou moyen terme qui sont corrélés aux effets finaux.

b. Réflexion autour de la sélection de critères d'évaluation

L'analyse économique est une boîte à outils, capable de mobiliser différentes méthodes et critères en fonction de la question posée.

- Le critère d'efficacité permet de concilier l'intérêt médical des interventions de santé et les contraintes budgétaires. Elle hiérarchise plusieurs interventions de santé en mettant en regard les bénéfices de santé apportés ou attendus et le différentiel de coûts qu'elles génèrent. Ce critère est généralement exprimé en un ratio différentiel coût-résultat (RDCR, ICER en anglais).
- Les analyses coût-bénéfice permettent également de mettre en regard les coûts générés avec les bénéfices attendus, mais selon une acception plus large et collective de la notion de bénéfice (par exemple : réduction des violences dans le cadre des actions de réduction des addictions, bien-être).

- Les analyses d'impact budgétaire permettent d'estimer la différence entre les coûts induits par un investissement et les économies générées du point de vue de l'investisseur, par rapport à l'absence d'investissement.
- Plus récemment, le critère du retour sur investissement (ROI) a souvent été évoqué comme plus facile à exploiter, car plus intuitif, que le RDCR. L'information produite est perçue comme concrète : il exprime combien chaque euro investi « rapporte » en retour en soins évités.

Ainsi, l'évaluation économique permet de ne **pas réduire la PPS à son impact sur les finances publiques.**

Ici encore, le cadre doit soutenir et faciliter l'identification des critères d'évaluation les plus pertinents pour aider à la décision pour chaque intervention.

Zoom : Public Health Wales

En 2018, le gouvernement du pays de Galles a lancé la stratégie *A Healthier Wales* (32) dans l'optique d'améliorer la santé des populations et de réduire les inégalités. Néanmoins, quelques années après le lancement de cette stratégie, le pays a constaté la dégradation de l'état de santé des populations à la suite de la pandémie de Covid-19, de l'augmentation du coût de la vie et du contexte national et international.

Dans un contexte de pression croissante sur les finances publiques, *Public Health Wales* (désigné centre collaborateur de l'OMS sur l'investissement dans la santé et le bien-être) a publié un rapport de revue des données probantes pour guider les décideurs dans l'investissement en matière de PPS. **Le retour sur investissement est particulièrement utilisé dans ce rapport, destiné à favoriser un engagement en faveur de la prévention** et à démontrer l'impact positif de tels investissements pour réduire les coûts liés à la mauvaise santé pour le système de santé et de soins (33).

C. Données sur les conditions du succès de la mise en œuvre

a. Exigences en termes de données probantes pour informer la décision

Les données probantes sur les conditions du succès de la mise en œuvre de l'intervention sont un apport essentiel à la discussion autour de sa reproductibilité¹⁶, son déploiement¹⁷ et/ou sa transférabilité¹⁸. Dans ce cadre, elles portent sur :

- le fonctionnement de l'intervention : le décideur a besoin de comprendre le ou les mécanismes sur lesquels repose l'intervention¹⁹;
 - les conditions d'implémentation (acceptabilité, enjeux organisationnels, etc.).
-

L'évaluation des conditions du succès de la mise en œuvre de l'intervention vise à objectiver plusieurs éléments (27, 36) :

- l'implémentation de l'intervention : qu'est-ce qui est implémenté et comment ?
- les mécanismes d'impacts : quelles sont les théories relatives au fonctionnement de l'intervention ? comment l'intervention produit-elle les changements ?
- le contexte : comment le contexte influence-t-il la mise en œuvre et les résultats ?

Ainsi, la relation entre la mise en œuvre d'une intervention, les mécanismes de fonctionnement de l'intervention et le contexte de l'intervention doit être précisée.

D'une part, le contexte (qui inclut l'environnement physique et social, les caractéristiques des acteurs impliqués [34]) est un déterminant majeur des interventions de PPS (37), d'autre part, une intervention peut modifier le contexte dans lequel elle est déployée (36). Documenter ces interactions permet au décideur de bien **appréhender le fonctionnement de l'intervention et les conditions de son succès**.

b. Réflexion autour de la sélection de critères d'évaluation

La sélection des critères d'évaluation des conditions de succès d'une intervention varie grandement en fonction du contexte de la décision ; s'il s'agit de poursuivre une intervention déjà déployée (i.e. sans modifier le contexte), de transférer une intervention depuis un autre contexte (ex. : généralisation à plusieurs territoires), etc.

L'**évaluation de la transférabilité**, qui consiste à « estimer a priori les éléments propres à l'intervention qui doivent rester intègres, contrairement à ceux à adapter » (34), est **particulièrement importante pour les décideurs**.

D. Données sur les externalités

Les données probantes sur les externalités (positives comme négatives) sont essentielles pour appréhender l'ensemble des effets d'une intervention, et ainsi informer la décision de manière plus complète.

16. La reproductibilité (ou applicabilité) désigne la mesure dans laquelle les processus d'une intervention dans un contexte donné peuvent être mis en œuvre dans un autre contexte (34).

17. Le « déploiement » désigne la mise en œuvre à grande échelle d'une intervention. Il s'agit d'un processus structuré visant à étendre une intervention à un plus grand nombre de personnes, souvent dans des contextes réels et variés.

18. La transférabilité peut se définir par « la mesure dans laquelle les effets d'une intervention dans un contexte donné peuvent être atteints dans un autre contexte » (35). Ce n'est pas toujours l'intervention complète qui est transférée ; certaines composantes pourront être conservées tandis que d'autres seront adaptées au contexte (34).

19. Par exemple, une intervention visant à limiter la publicité pour un produit nocif à proximité des écoles se base sur des données probantes démontrant le lien entre exposition à la publicité et consommation de ce produit.

Une externalité est la conséquence (favorable ou défavorable) d'une activité sur un acteur qui n'est pas directement impliqué dans cette activité, comme le tabagisme passif, la dégradation d'un environnement ou l'immunité collective (38, 39).

Ce type de données constitue un levier important de **plaidoyer** dans des environnements décisionnels complexes, avec des intérêts parfois contraires. Évaluer les effets d'une intervention sur des dimensions sani-

taires complémentaires à celles de l'effet sur les populations ciblées par l'intervention et sur des dimensions non sanitaires (ex. : l'emploi, les violences...) permet de disposer d'arguments probants pour convaincre.

Cette approche est d'autant plus intéressante qu'elle permet d'aborder les déterminants de santé dans leur globalité et de soutenir la démarche de **santé dans toutes les politiques**.

II. Conditions de réussite pour une décision informée par les données probantes en PPS : guide de mise en œuvre

Le cadre de référence, construit autour des éléments théoriques précédemment évoqués, n'est qu'une composante d'un ensemble plus large de conditions nécessaires au développement de la décision informée par les données probantes en PPS.

L'**anticipation** est au cœur des conditions de succès des évaluations. Elle permet, d'une part, d'assurer leur **pertinence** en identifiant, en amont de la mise en œuvre de l'intervention, les données probantes nécessaires à la décision, et d'autre part, d'en renforcer la **qualité** en préparant les aspects opérationnels. Ainsi, **la production de données probantes au service du virage préventif suppose que le décideur public s'empare de la question de l'évaluation très en amont** de la mise en œuvre de l'intervention.

Enfin, la diffusion des données probantes au terme de l'évaluation est une condition essentielle : elles doivent être **comprises et accessibles** à l'ensemble des acteurs concernés pour permettre une décision informée en prévention et promotion de la santé.

Ainsi, en complément du cadre de référence méthodologique, la « boîte à outils » comprend un guide d'accompagnement pour aider les acteurs à **mettre en œuvre les évaluations dans les conditions favorables à leur réussite**.

1. Penser l'évaluation pour être utile à la décision

Les aspects théoriques du cadre définis, il est essentiel d'inscrire son utilisation dans une **approche pragmatique, centrée sur la production de données probantes destinées à informer la décision** en PPS. En effet, il n'est ni nécessaire ni pertinent de viser systématiquement le meilleur niveau

de preuve pour toutes les interventions, ni d'informer tous les critères possibles, ce d'autant qu'aller systématiquement chercher le niveau de preuve le plus élevé et collecter toutes les données est coûteux et mobilise des ressources importantes.

Aussi, l'**anticipation de l'évaluation avant la mise en œuvre des interventions est cruciale pour la qualité des résultats**.

En effet, le manque d'anticipation impacte la capacité à mettre en œuvre les bonnes méthodes d'évaluation, collecter les données d'études²⁰ nécessaires pour mesurer l'efficacité et les externalités, conduire une analyse économique et documenter finement les conditions réelles d'implémentation (moyens mobilisés, adaptations nécessaires, obstacles...). Sans cette anticipation systématique dès le début, l'évaluation risque de reposer sur des analyses non pertinentes et sur des reconstructions *a posteriori*, en limitant la rigueur avec le risque d'être partielle ou biaisée. Cela affaiblit la qualité des données probantes et donc la force de la preuve et la compréhension des facteurs contextuels de succès ou d'échec.

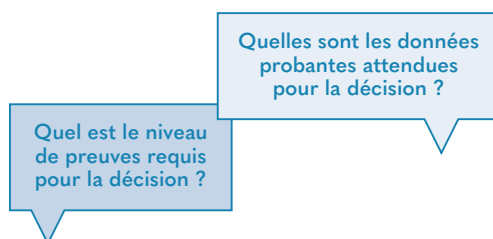
En complément du cadre de référence, il est donc essentiel que la « boîte à outils » contienne également un guide de mise en œuvre pour soutenir les acteurs sur ces aspects opérationnels.

A. Cadrer l'évaluation en amont pour garantir sa pertinence pour la décision

La prise de décision informée par les données probantes en PPS soulève des enjeux similaires à ceux souvent rencontrés dans le domaine des médicaments. **Investir en prévention et promotion de la santé peut revenir à prendre un pari**, car les bénéfices attendus se manifestent souvent à moyen ou long terme. **Pour que ce pari soit éclairé, l'évaluation doit produire les données probantes nécessaires à la décision.** En outre, la démarche scientifique conduit par nature à l'évolution des données probantes disponibles (ex. : évolution des connaissances sur la prévention du tabagisme).

Par conséquent, **il est primordial que pour chaque évaluation, une étape d'échange entre effecteur de l'intervention, effecteur de l'évaluation et financeur se tienne**

préalablement à la mise en œuvre de l'intervention dans le but de répondre à deux problématiques centrales :



a. Identifier les données probantes attendues

L'expertise en évaluation des interventions de PPS doit accompagner les acteurs dans **l'identification des données probantes nécessaires et suffisantes** à la décision lors de cette étape. Le cadre de référence vise à faciliter cette discussion et permettre de préciser les données attendues. Lors de leur sélection, il convient de noter que la mobilisation des données économiques doit se faire de façon complémentaire aux données d'efficacité, et qu'elles ne doivent pas être considérées de façon autonome et isolée. Les éléments théoriques et méthodologiques du cadre, associés aux échanges avec les effecteurs du projet et de l'évaluation, contribuent à limiter ce risque et à **garantir une cohérence dans la construction des évaluations.**

b. Définir les niveaux de preuve souhaités pour décider

“ Ne pas disposer du meilleur niveau de preuve ne doit pas constituer un motif pour ne pas agir ”

Acteur de la décision

20. Dans cette note, le terme « données d'étude » désigne les données collectées aux fins d'analyse dans le cadre de l'évaluation. Il se distingue de celui de « données probantes », qui renvoie aux résultats issus de ces évaluations.

En complément de l'identification des données probantes nécessaires à la décision, il convient aussi de s'**interroger sur le niveau de preuve**²¹ associé. Celui-ci peut varier en fonction du contexte, des délais pour la prise de décision, du type et du niveau de maturité de l'intervention, etc. Cette réflexion est déterminante car **le temps de la décision ne coïncide pas toujours avec celui de l'évaluation** ; un décalage peut conduire à refuser d'engager les actions ou, au contraire, à une prise de décision favorable à leur mise en œuvre avant la disponibilité de données probantes.

Dans ce cadre, l'expertise en PPS doit permettre aux décideurs de distinguer les éléments connus avec certitude (ex. : interventions pour lutter contre le tabagisme) de ceux nécessitant des données probantes plus étayées, sur des axes spécifiques (ex. : impact des écrans sur la santé), afin de définir les niveaux de preuve acceptables pour chaque évaluation.

Exemples d'adaptation des données probantes aux besoins de la décision

Une ville souhaitant réduire l'inactivité physique peut s'appuyer sur des interventions dont l'efficacité, l'efficacité et les conditions de mise en œuvre sont bien documentées (ex. : le « Grand Défi Vivez Bougez²² », campagne de marquages au sol incitant à prendre les escaliers [41, 42]...). Dans ce cas, l'évaluation pourra se concentrer principalement sur le processus (ex. : participation des habitants, acceptabilité des mesures, atteinte de la population cible, fidélité de mise en œuvre, ressources mobilisées...) et sur un niveau de preuve modéré.

À l'inverse, un programme innovant visant à réduire le temps passé devant les écrans chez les enfants s'inscrit dans une thématique moins mature qui fait l'objet de recherches et nécessitera une évaluation plus complexe. Les décideurs pourront alors identifier plusieurs catégories de données probantes requises (ex. : l'impact sur la santé mentale, des données économiques...), ainsi qu'un niveau de preuve plus élevé.

B. Anticiper les aspects opérationnels de l'évaluation pour garantir sa qualité

Conscient du coût inhérent à l'évaluation d'une intervention, **l'anticipation de l'évaluation en amont doit également permettre de guider et d'adapter la recherche de données probantes en fonction des besoins réels de la décision** et de la temporalité associée à la prise de décision.

Le guide de mise en œuvre doit fournir des repères aux effecteurs de l'intervention,

effecteurs de l'évaluation et aux financeurs afin d'anticiper l'évaluation, et ainsi de **garantir sa qualité**.

a. Budget et ressources pour l'évaluation

L'évaluation est parfois perçue par les effecteurs d'intervention comme une contrainte ou une sanction plutôt qu'une méthode de valorisation. Cette perception, renforcée par le caractère chronophage et coûteux des

21. La notion de « niveau de preuve » renvoie au degré de confiance accordé aux résultats d'une étude, selon la rigueur méthodologique et l'adéquation du type d'étude à la question posée (18).

22. Intervention pour promouvoir l'activité physique des enfants (40).

évaluations, peut engendrer une réticence à y consacrer des ressources. En outre, elle reste insuffisamment intégrée et trop parcelaire dans certains appels à projets.

En pratique, les démarches évaluatives peuvent nécessiter des budgets et res-

sources conséquents : le guide de mise en œuvre pourrait utilement accompagner les acteurs en **fournissant des repères concrets, notamment en termes de coûts et d'exigences** (temps, mobilisation des parties prenantes), et adaptés aux besoins réels.

Zoom : Promotion Santé Suisse

La fondation Promotion Santé Suisse a formalisé un guide destiné à aider les effecteurs des interventions à évaluer les effets des interventions dans le domaine de la nutrition, de l'activité physique et de la santé psychique sur les enfants, les adolescents et les personnes âgées.

Ce guide contient divers outils, notamment sur le budget à allouer à l'évaluation en précisant les différences entre expérimentation et projets en routine, et le choix entre évaluation externe ou interne. Il est précisé que « selon l'importance du projet et de l'évaluation, entre 5 % et 20 % du budget du projet devraient être affectés à l'évaluation » (43).

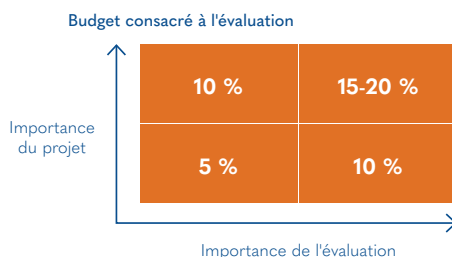


Figure 2 – Schéma issu du guide de Promotion Santé Suisse

b. Disponibilité et accessibilité des données d'études

Toute évaluation requiert des données d'études ; or, **il subsiste des difficultés importantes en termes de disponibilité²³, d'accessibilité ou de qualité des données.**

De nombreuses évaluations collectent leurs propres données ou s'appuient sur des données locales. Il est donc essentiel :

- que le guide de mise en œuvre aide les acteurs à anticiper les besoins en données d'études ;
- lors de l'étape de cadrage de l'évaluation (précédemment décrite), **que le choix des données probantes attendues dans**

l'évaluation soit adapté en fonction des données d'études disponibles afin de réduire les coûts et de faciliter la conduite des évaluations.

Parallèlement, des bases de données existantes à l'échelle nationale (cohortes, registres) (44-47) peuvent être mobilisées dans certains cas, présentant l'avantage de ne pas avoir à faire de collecte spécifique. Cependant, des difficultés sont observées et il est nécessaire de favoriser la disponibilité et l'accessibilité aux données, et de répondre aux enjeux de décroisement (48). Plusieurs initiatives sont progressivement mises en place pour y répondre, comme le GD4H²⁴.

23. Notamment sur certaines thématiques telles que la santé mentale.

24. L'initiative *Green Data for Health*, coordonnée par l'Anses, vise à décroiser les bases de données entre santé humaine, animale, végétale et environnementale suivant l'approche *One Health*.

En outre, sur le volet économique, le SNDS²⁵ est la principale source de données médico-administratives et certaines données peuvent être manquantes (ex. : vaccination en PMI), notamment du fait d'une absence de tarification spécifique (ex. : mammographies sans fléchage préventif/curatif).

2. Diffuser les données probantes et accompagner la montée en compétences pour les utiliser dans la décision

À l'issue de l'évaluation, il est essentiel que les données probantes soient diffusées et comprises par l'ensemble des acteurs concernés.

Leur lisibilité ainsi que l'accompagnement des acteurs par des intermédiaires doivent être pris en compte pour favoriser une prise de décision réellement informée en prévention et promotion de la santé.

A. Présentation des résultats d'évaluation et accompagnement des décideurs dans l'interprétation

La complexité inhérente aux interventions de PPS se traduit par des résultats d'évaluation eux-mêmes multidimensionnels et complexes, dont l'interprétation et l'exploitation peuvent s'avérer difficiles pour les utilisateurs et les décideurs.

Par conséquent, **les données probantes doivent faire l'objet d'une présentation claire, accessible et pédagogique²⁶**. Lorsque pertinent, cette présentation doit également mettre en évidence les données qui sont susceptibles d'être réactualisées avec l'évolution des connaissances.

De plus, il est possible que les acteurs de la décision aient besoin d'un accompagnement pour interpréter les données probantes et les mobiliser de manière optimale. Pour répondre à ce **besoin**, des référents scientifiques devront être mobilisés pour assurer ce rôle **d'intermédiation**.

Zoom : initiative du centre de ressources et de preuves de la CNSA

Constatant l'hétérogénéité de la connaissance des ressources mobilisables en matière de PPS parmi les opérateurs et décideurs, le centre de ressources et de preuves dédié à la prévention de la perte d'autonomie de la CNSA a mis en place un accompagnement personnalisé par la Fédération Promotion Santé auprès des territoires.

Cet accompagnement, proposé prioritairement aux territoires ayant une consommation du concours²⁷ inférieure à 60 %, a pour objectif de permettre :

- aux **opérateurs de proposer des actions de PPS appuyées sur des données probantes** ;
- aux **CFPPA de repérer et soutenir prioritairement les actions ayant a priori un impact positif** en matière de préservation de l'autonomie.

À ce jour, environ 1/3 des départements sont accompagnés.

25. Le SNDS (système national des données de santé) est un entrepôt de données médico-administratives pseudonymisées. Il contient l'ensemble des soins présentés au remboursement et couvre l'ensemble de la population française. Les données qui se trouvent dans le SNDS sont initialement destinées au remboursement.

26. À titre d'illustration, *Campus sans tabac*, pilotée par l'EHESP, est un exemple d'initiative qui met à disposition des outils pour aider des acteurs à déployer une intervention dont une fiche synthétisant les données probantes sur les effets de cette intervention.

27. La commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (CFPPA) a pour objectif de coordonner, dans chaque département, les actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (60 ans et plus) et leurs financements. Au niveau national, cette instance est animée par la CNSA, tandis que chaque département est responsable de l'animation de la commission des financeurs sur son territoire. Dans le cadre de ce dispositif, la CNSA verse des concours financiers aux départements (qui s'ajoutent aux financements existants dans le champ de la prévention) pour leur permettre de financer des actions de prévention.

B. Mise à disposition des données probantes pour faciliter l'accès à un grand nombre d'acteurs

“ Il y aurait un réel intérêt à disposer d'une labellisation des actions en PPS, à l'image du Nutri-Score, pour soutenir la décision ”

Acteur de la décision

Les décideurs ont besoin d'accéder facilement à un état des connaissances synthétique des données probantes en PPS. Une forme de « labellisation des actions en PPS » pour appuyer la décision, avec une identification des bonnes pratiques pour intervenir en PPS tout en conservant une souplesse dans l'implémentation et la mise en œuvre opérationnelle pourrait leur être utile.

Ainsi, le dispositif InSPIRe-ID²⁸, piloté par la DGS, visait la création d'un « dispositif national de partage de connaissances en santé publique ». L'un des axes, dédié au partage de connaissances en PPS, a donné lieu à la mise en œuvre du registre ReperPrev²⁹. Piloté par Santé publique France, il recense des interventions en PPS à partir d'éléments de preuve issus de travaux d'évaluation. Les interventions sont sélectionnées, évaluées et classifiées selon 5 niveaux par un comité d'évaluation³⁰.

Zoom : exemple d'une autre approche pour mettre à disposition les données probantes : les Quick Buys de l'OMS

L'OMS Europe a produit une liste de 25 interventions de PPS pour lutter contre les maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, maladies respiratoires chroniques et cancer).

Consciente des environnements complexes liés à la décision en santé publique, l'OMS a fait le choix de sélectionner des interventions avec des données probantes sur leur efficacité à court terme (5 ans ou moins) et des données économiques³¹ (50).

28. Initiative en santé publique pour l'interaction entre la recherche, l'intervention et la décision, créée en 2013.

29. [ReperPrev.fr](https://reperprev.fr).

30. L'axe dédié au partage de connaissances en PPS du dispositif InSPIRe-ID a aussi donné lieu à la création d'un autre registre : le [Portail CAPS](#). Co-piloté par la Société française de santé publique (SFSP) et la Fédération Promotion Santé, ce portail vise à faciliter le partage de connaissances en santé publique en s'appuyant sur la capitalisation des expériences et des connaissances expérientielles. Toutefois, il est important de noter qu'un projet n'a pas besoin d'être évalué pour être capitalisé sur ce portail (49). Par conséquent, cette démarche ne relève pas du périmètre de cette analyse prospective, qui se concentre sur les données probantes issues des évaluations d'intervention.

31. L'OMS a sélectionné des interventions avec un coût-efficacité < 20 000 \$ par année de vie ajustée sur l'incapacité (DALY) évitée.

Partie 3. Structurer le dialogue et l'inter-médiation autour des données probantes en PPS

Le développement d'une culture de l'évaluation en PPS apparaît comme une condition nécessaire mais non suffisante pour renforcer l'information par les données probantes en PPS dans la décision publique.

Il apparaît que **le dialogue entre acteurs est un levier essentiel** pour clarifier et définir les objectifs, cibler les besoins en données probantes pour éviter les redondances, éclairer l'interprétation des résultats et mutualiser les efforts.

Dans cet objectif, l'OMS encourage les gouvernements à « **institutionnaliser des structures et processus pour soutenir la prise de décision informée par les données probantes** » et à s'assurer que ces structures et processus sont axés sur la décision, éthiques, multisectoriels et pluridisciplinaires³² et qu'ils sont « dans une position idéale pour coordonner efficacement leurs ressources afin d'éviter les doubles emplois dans la production de données probantes » (51).

I. L'exemple de l'*Australian Prevention Partnership Centre*

L'Australian Prevention Partnership Centre a été créé dans l'objectif d'améliorer la disponibilité et la pertinence des données probantes utiles aux politiques publiques pour prévenir les maladies chroniques. Il agit comme un pont stratégique entre science et politique, au service d'une approche systémique, rigoureuse et coordonnée de la prévention des maladies chroniques en Australie.

32. Le réseau souligne que « étant donné que la santé est fortement influencée par des facteurs, secteurs et acteurs en dehors de la santé, des approches globales de la gouvernance et de l'ensemble de la société sont nécessaires » (51).

1. Objectifs et rôle du Centre

Établi en 2013, le Centre australien de partenariat pour la prévention (*Australian Prevention Partnership Centre*) a été créé afin de renforcer la prévention des maladies chroniques. Il s'inscrit dans un système de santé australien complexe, partagé entre le Commonwealth (gouvernement fédéral) et les États/territoires, chacun ayant un rôle déterminant dans les politiques de PPS.

Son objectif est d'améliorer la disponibilité et la pertinence des données probantes utiles aux politiques publiques pour prévenir les maladies chroniques.

Né de la volonté politique forte des années 2010 de développer la prévention, le Centre a bénéficié d'un financement continu, ce qui lui a permis de développer un cadre collaboratif de recherche et de politique publique autour de la prévention des maladies chroniques de 2014 à 2024. Sur cette période, le Centre développait et finançait des programmes de recherche en fonction des priorités identifiées en consultation avec les États et territoires, puis proposait ces programmes aux organismes financeurs.

À partir de 2024, les financements ont été réduits mais les acteurs gouvernementaux ont jugé son modèle efficace et ont continué à le soutenir. En capitalisant sur la maturité acquise au cours des 10 premières années de fonctionnement, le Centre a pu s'adapter et mettre en place **un nouveau modèle**. Il ne finance plus directement la recherche, mais **promeut une approche systémique de la prévention des maladies chroniques, réunissant effecteurs des interventions, effecteurs de l'évaluation et financeurs** pour identifier les besoins, les questions prioritaires et les données probantes déjà disponibles.

2. Les travaux du Centre : espaces de dialogue et d'intermédiation

En se basant sur l'expertise en santé publique, en communication et sur l'expérience des décideurs publics, le Centre produit :

- des synthèses de données probantes disponibles ;
- des simulations permettant aux décideurs de tester diverses options d'intervention et leurs impacts potentiels avant la mise en œuvre réelle ;
- des travaux sur l'implémentation des interventions : identifiant les leviers et barrières pour un déploiement réussi et durable des interventions.

Le Centre met en œuvre des **exercices de « dialogues politiques »** avec les acteurs de la décision pour interroger les différentes dimensions de la donnée probante nécessaire (quels sont les problèmes ? quelles sont les données probantes déjà existantes ? certaines données probantes doivent-elles être traduites pour l'action ? quelles sont les recherches à poursuivre ?). **Des ateliers et webinaires sont également réalisés, où chercheurs/évaluateurs, décideurs et usagers (société civile) débattent ensemble de thématiques complexes**, comme l'alcool ou l'alimentation... De plus, le Centre veille à ce que les différents acteurs soient impliqués sur toute la durée des projets.

Le Centre met également l'accent sur la communication des données probantes : rendre accessibles les résultats de recherche, pertinents et utilisables par les décideurs, dès la conception des projets. Chaque projet doit ainsi fournir un plan de traduction des connaissances et des experts en communication sont mobilisés.

II. Vers un espace de dialogue et d'intermédiation en France ?

De nombreux acteurs sont d'ores et déjà investis et positionnés dans le champ de l'évaluation en PPS. Cependant, afin de soutenir une prise de décision informée par les données probantes, il est nécessaire de favoriser un dialogue structuré entre les différents acteurs impliqués.

La HAS préconise, à ce titre, **la mise en place d'un espace de dialogue et d'intermédiation** dédié aux données probantes en PPS.

Cet espace a vocation à rassembler l'ensemble des parties prenantes concernées par une intervention (effecteurs de l'intervention, effecteurs de l'évaluation, financeurs, décideurs) afin de favoriser une compréhension partagée de l'évaluation, de discuter collectivement des attentes à l'égard des résultats et de leurs potentielles limites. Au sein de l'espace de dialogue, cette

démarche serait facilitée par **un acteur incarnant la fonction d'intermédiation** ; chargé d'aider les participants à préciser les attentes, à identifier les données probantes nécessaires et suffisantes pour informer la décision, mobiliser celles qui sont déjà disponibles, anticiper l'interprétation des résultats concernant les critères sélectionnés et définir le design d'évaluation le plus adapté.

La mise en place de cet espace de dialogue et d'intermédiation pourra se faire à différents niveaux de la décision (national, en territoire...). Dans tous les cas, elle requiert dans un premier temps un portage institutionnel. Il s'agit de **trouver un modèle adapté au portage de cette fonction d'intermédiation**.

Trois critères apparaissent comme prioritaires pour incarner cette fonction :

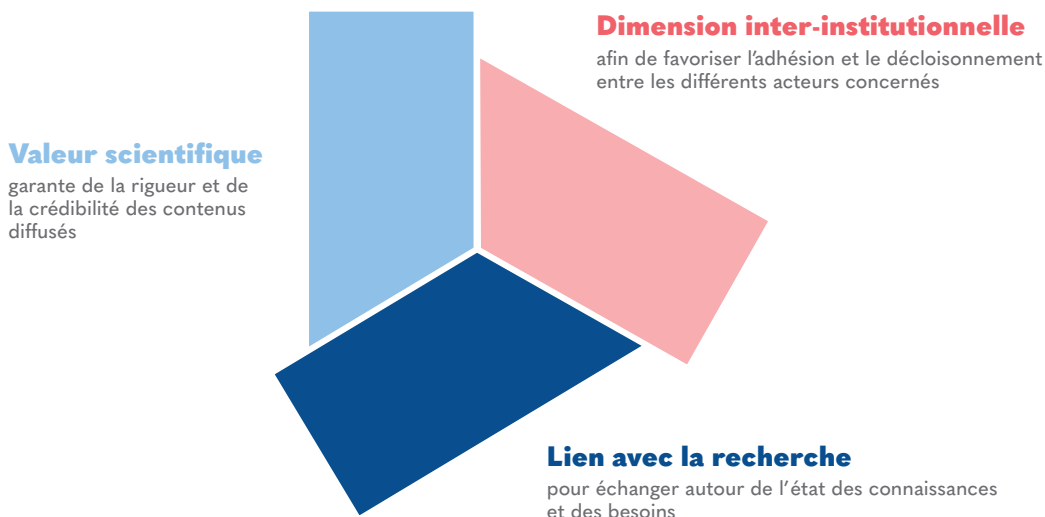


Figure 3 – Critères pour assurer le portage de cet espace de dialogue

La **dimension interinstitutionnelle** renvoie à l'ambition de **réunir l'ensemble des acteurs concernés par la décision autour d'une intervention en PPS** :

- le ou les décideurs comprenant :
 - les acteurs en santé au niveau national (ministères, agences nationales, parlementaires, etc.) ou dans les territoires (agences régionales de santé, départements, collectivités locales, etc.),
 - les acteurs hors champ strictement sanitaire concernés par la PPS ; suivant la démarche de santé dans toutes les politiques (environnement, éducation, urbanisme, etc.) ;
- les financeurs ;
- les effecteurs des interventions ;
- les effecteurs des évaluations³³.

La valence scientifique et le lien avec le monde de la recherche permettront de veiller à la qualité des données probantes, au suivi de l'état des connaissances et à l'identification des besoins. À noter qu'une approche pluridisciplinaire est nécessaire. Elle pourra notamment potentiellement mobiliser des spécialistes de santé publique, des épidémiologistes, des statisticiens, des économistes, des socio-anthropologues et/ou des spécialistes des sciences de la communication.

À titre d'illustration, cet espace de dialogue pourrait accompagner un département souhaitant financer une action de promotion de la santé dans l'utilisation de la « boîte à outils ». Il s'agira de l'appuyer pour :

- anticiper l'évaluation en lien avec les acteurs compétents (ARS, fédérations, etc.) ;

- appréhender les enjeux de l'évaluation, identifier les données probantes nécessaires pour la décision, distinguer celles existantes de celles à produire, s'accorder sur les critères à retenir et les designs d'études mobilisables.

Cet espace de dialogue et d'intermédiation sera centré en premier lieu sur l'évaluation en PPS. Toutefois, il est possible d'imaginer qu'un tel dispositif puisse également être sollicité pour aider les acteurs à interpréter les données probantes pour sélectionner les interventions les plus pertinentes pour la problématique qui les concerne et dans leur contexte, solliciter des effecteurs d'intervention (ex. : associations, acteurs de terrain), etc.

En termes d'organisation, **plusieurs modèles** peuvent être envisagés pour le portage institutionnel de cet espace de dialogue :

- un nouvel acteur s'inscrivant dans une dynamique de long terme ;
- un nouvel acteur, temporaire, chargé d'impulser une dynamique de réseau, appelé à se retirer une fois que la démarche sera durablement intégrée aux pratiques ;
- l'identification d'un acteur (ou plusieurs acteurs) déjà existant(s), en capacité d'assurer cette fonction.

Compte tenu du contexte actuel et du souhait de simplification du paysage des acteurs publics, les modèles reposant sur la création d'un nouvel acteur, pérenne ou transitoire, apparaissent comme moins appropriés. **Il semble ainsi plus pertinent d'identifier un (des) acteur(s) pour assurer ce portage**, au moins dans un premier temps.

33. Pour rappel, il s'agit ici des rôles clés intervenant dans l'évaluation d'une intervention. Une partie prenante peut incarner un ou plusieurs de ces rôles suivant le contexte.

Perspectives

Cette analyse prospective a permis d'identifier deux axes d'action prioritaires pour renforcer l'expertise au service de la décision publique en PPS.

Le développement d'une culture de l'évaluation en PPS est essentiel, notamment par la construction et la mise à disposition d'une « boîte à outils », conçue pour favoriser la mise en place des évaluations dans des conditions appropriées, et ainsi informer utilement la décision. Cela suppose une **démarche de co-construction** impliquant un large panel d'acteurs afin d'en garantir la pertinence et la qualité.

Fort de ses compétences et en cohérence avec ses missions, la HAS pourra contribuer à l'élaboration de cette « boîte à outils ». Le volet économique du cadre de référence sera notamment concerné par l'élaboration d'un guide méthodologique pour renforcer l'acceptabilité et la lisibilité du calcul économique pour l'évaluation des interventions de PPS.

Au-delà du développement de cette culture, les acteurs ont besoin d'**un espace de dialogue et d'intermédiation sur les données probantes en PPS**. La mise en place d'un tel dispositif devra, au minimum dans un premier temps, être institutionnalisée afin de structurer les échanges et d'animer la dynamique autour de l'évaluation pour la décision. Pour avoir un réel impact, il est déterminant que cet espace soit ouvert à l'ensemble des acteurs de la décision en PPS, quels que soient les échelons et secteurs, y compris ceux qui ne relèvent pas directement de la santé.

Il s'agit alors d'**identifier un modèle adapté en France** ; la désignation d'un acteur (ou plusieurs, en co-pilotage) pour assurer ce rôle apparaît, dans le contexte actuel, comme une solution pertinente.

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la santé. Glossaire de la série "Santé pour tous". Volumes n°1 à 8. Genève: OMS; 1984.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39634/9242800090.pdf>
2. Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Une conférence internationale pour la promotion de la santé. Vers une nouvelle santé publique, 17-21 novembre 1986, Ottawa (Ontario) Canada.
<https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>
3. Organisation mondiale de la santé. Glossaire de la promotion de la santé. Genève: OMS; 1999.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf
4. World Health Organization. Essential public health functions. A guide to map and measure national workforce capacity. Geneva: WHO; 2024.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376578/9789240090743-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Organisation mondiale de la santé. Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé. Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé. Genève: OMS; 2014.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha67/a67_r12-fr.pdf
6. Organisation mondiale de la santé. Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève: OMS; 2008.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69831/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf?sequence=1
7. Haut conseil de la santé publique. Stratégie Nationale de Santé. Contribution du Haut Conseil de la santé publique. Paris: HCSP; 2017.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=626>
8. Institut national du cancer, Santé publique France. Baromètre cancer 2021. Attitudes et comportements des Français face au cancer. Boulogne-Billancourt: INCa; 2023.
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/rapport-synthese/barometre-cancer-2021.-attitudes-et-comportements-des-francais-face-au-cancer>
9. Institut national du cancer. Panorama des cancers en France. Edition 2024. Boulogne-Billancourt: INCa; 2024.
<https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/panorama-des-cancers-en-france-edition-2024>
10. Institut national du cancer. Panorama des cancers en France 2025. Édition spéciale 20 ans. Boulogne-Billancourt : INCa; 2025.
<https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/panorama-des-cancers-en-france-2025-edition-speciale-20-ans>

11. Direction de la sécurité sociale. Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale. Annexe 1 Maladie. Édition 2024. Paris: DSS; 2025.
<https://evaluation.securite-sociale.fr/files/live/sites/Repss/files/M%c3%a9diath%c3%a8que/Rapports/PLACSS%202024%20-%20Edition%202025/PLACSS%202024%20Annexe%201%20-%20REPSS%20Maladie%202025.pdf>
12. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: WHO; 2024.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf>
13. Cour des comptes. La politique de prévention en santé. Paris: Cour des comptes; 2021.
<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-12/20211201-politique-prevention-en-sante.pdf>
14. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. La prévention dans le système de soins. Organisation, territoires et financement. A partir de l'exemple de l'obésité. Avis adopté le 25 octobre 2018. Paris: HCAAM; 2018.
<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2018/Avis%20pr%c3%a9vention%20-%20HCAAM%20-%2025%20octobre%202018.pdf>
15. Clet E, Essilini A, Cohidon C, Alla F. Intégrer la prévention dans les soins primaires : avant tout un enjeu organisationnel. Santé Publique 2024;36(3):121-5.
16. Haut conseil de la santé publique. Avis du 31 juillet 2018 relatif à la place des offreurs de soins dans la prévention. Paris: HCSP; 2018.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=689>
17. Inspection générale des affaires sociales, Bras PL, Monasse H. La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et promotion de la santé. Paris: IGAS; 2024.
<https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/2024-11/Rapport%20lgas%20-%20Prise%20en%20compte%20preuves%20scientifiques%20dans%20pr%C3%A9vention%20sant%C3%A9.pdf>
18. World Health Organization. Evidence, policy, impact. WHO guide for evidence-informed decision-making. Geneva: WHO; 2021.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350994/9789240039872-eng.pdf?sequence=1>
19. European Advisory Committee on Health Research, World Health Organization Regional Office for Europe, Banta HD. Considerations in defining evidence for public health: the European Advisory Committee on Health Research World Health Organization Regional Office for Europe. Int J Technol Assess Health Care 2003;19(3):559-72.
<https://dx.doi.org/10.1017/s0266462303000515>
20. Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. La prise de décisions fondée sur des données probantes. Hamilton: CCNMO; 2009.
<https://www.nccmt.ca/uploads/media/media/0001/02/0831bd5a03bde-da528b8c9b9d94f9cb7c2ca3d54.pdf>
21. Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé. Les données probantes en promotion de la santé. Note pédagogique. Aubervilliers: FNES; 2022.
https://www.federation-promotion-sante.org/wp-content/uploads/2022/12/ac-220623-note_pedagogique_donnees_probantes.pdf

22. Riley KE, Ulrich MR, Hamann HA, Ostroff JS. Decreasing smoking but increasing stigma? Anti-tobacco campaigns, public health, and cancer care. *AMA J Ethics* 2017;19(5):475-85.
<https://dx.doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.5.msoc1-1705>
23. Gugglberger L, Flaschberger E, Teutsch F. 'Side effects' of health promotion: an example from Austrian schools. *Health Promot Int* 2017;32(1):157-66.
<https://dx.doi.org/10.1093/heapro/dau054>
24. Veinot TC, Mitchell H, Ancker JS. Good intentions are not enough: how informatics interventions can worsen inequality. *J Am Med Inform Assoc* 2018;25(8):1080-8.
<https://dx.doi.org/10.1093/jamia/ocy052>
25. Michel M, Arvis Souaré M, Dindorf C, Danguy V, Chevreul K. Health check-ups for the French under-consuming agricultural population: a pilot evaluation of the Instants santé MSA program. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2023;71(1):101420.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2022.101420>
26. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008;337:a1655.
<https://dx.doi.org/10.1136/bmj.a1655>
27. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ* 2021;374:n2061.
<https://dx.doi.org/10.1136/bmj.n2061>
28. Rezzoug D, de Stefano C. Les effets du confinement sur le développement des enfants encore difficiles à cerner. *La Santé en Action* 2025;(468):42-3.
29. Santé publique France. Synthèse des résultats des études de l'impact de l'épidémie de COVID-19 sur la santé mentale, les addictions et les troubles du sommeil parmi les actifs occupés. Saint-Maurice: SPF; 2023.
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/enquetes-etudes/synthese-des-resultats-des-etudes-de-l-impact-de-l-epidemie-de-covid-19-sur-la-sante-mentale-les-addictions-et-les-troubles-du-sommeil-parmi-les-a>
30. Le Marec F, Remontet L, Chatignoux E, Kudjawu YC, Le Bihan-Benjamin C, Grosclaude P, et al. Impact de la crise sanitaire liée à la Covid-19 sur l'incidence des cancers en France en 2020 et 2021 : première évaluation à partir des variations temporelles du nombre de patients hospitalisés pour un nouveau cancer. *Bull Epidemiol Hebdo* 2023;(12-13):205-17.
31. Launois R, Meto E, Cabout E, Maunoury F. L'évaluation médico-économique en santé. Paris: Editions ESKA; 2025.
32. Welsh Government. A Healthier Wales: our plan for health and social care. Cardiff: Welsh Government; 2018.
<https://www.gov.wales/sites/default/files/publications/2021-09/a-healthier-wales-our-plan-for-health-and-social-care.pdf>
33. Public Health Wales. Investing in a Healthier Wales: prioritising prevention. Cardiff: PHW; 2025.
<https://phwwhocc.co.uk/wp-content/uploads/2025/01/Investing-in-a-Healthier-Wales-prioritising-prevention.pdf>
34. Cambon L. Transfert de connaissances, données probantes, transférabilité : de la clarification des concepts au changement des pratiques. *La Santé en Action* 2021;(456):23-5.
35. Wang S, Moss JR, Hiller JE. Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promot Int* 2006;21(1):76-83.
<https://dx.doi.org/10.1093/heapro/dai025>

36. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ* 2015;350:h1258. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.h1258>
37. Dupin CM, Breton E, Kivits J, Minary L. Pistes de réflexion pour l'évaluation et le financement des interventions complexes en santé publique. *Santé Publique* 2015;27(5):653-7. <https://dx.doi.org/10.3917/spub.155.0653>
38. Fisman DN, Laupland KB. The sounds of silence: public goods, externalities, and the value of infectious disease control programs. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;20(2):39-41. <https://dx.doi.org/10.1155/2009/946012>
39. Nymark L, Vassall A. A comprehensive framework for considering additional unintended consequences in economic evaluation. *Cost Eff Resour Alloc* 2020;18:27. <https://dx.doi.org/10.1186/s12962-020-00218-8>
40. Mourgues M, Gourlan M, Coste O, Fregeac B, Mora L, Cousson-Gélie F. Promouvoir l'activité physique des enfants: Le « Grand Défi Vivez Bougez ». *Santé Publique* 2016;28(Suppl 1):S83-S8. <https://dx.doi.org/10.3917/spub.160.0083>
41. Public Health Agency. Take the stairs. A guide to implementing a workplace based stair use programme. Belfast: PHA; 2017. https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/Taking_the_stairs_guide%20final.pdf
42. Community Preventive Service Task Force. Environmental and policy approaches to increase physical activity: point-of-decision prompts to encourage use of stairs. Atlanta: CPSTF; 2005. <https://doi.org/10.15620/cdc/168569>
43. Promotion santé Suisse. Évaluation des effets des interventions. Guide pour des projets dans les domaines de l'activité physique, de l'alimentation et de la santé psychique. Berne: Promotion santé Suisse; 2019. https://promotionsante.ch/sites/default/files/2022-11/Document_de_travail_046_PSCH_2019-02_-_Evaluation_des_effets_des_interventions.pdf
44. Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. Quelle place pour les enfants dans les espaces publics et la nature ? Rapport adopté par le Conseil de l'enfance et de l'adolescence le 17 octobre 2024. Paris: HCFEA; 2024. https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/hcfea_rapport_dehors_25_10_2024.pdf
45. Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. Panorama des familles d'aujourd'hui. Rapport adopté par le Conseil de la famille le 28 septembre 2021. Paris: HCFEA; 2021. https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/rapport_-_le_panorama_des_familles_2021.pdf
46. Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. La restauration scolaire : un enjeu majeur de politique publique. Rapport adopté par le Conseil de la famille le 12 novembre 2024. Paris: HCFEA; 2024. https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/la_restoration_scolaire_rapport.pdf
47. Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. L'aide et le soin aux enfants et adolescents en pédopsychiatrie et santé mentale. Compléments au rapport 2023 « Quand les enfants vont mal : comment les aider ? ». Rapport adopté par le Conseil de l'enfance et de l'adolescence le 14 janvier 2025. Paris: HCFEA; 2025. https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/hcfea_rapport_pedopsychiatrie_et_sante_mentale.pdf

48. Haut conseil de la santé publique. Registres et données de santé. Utilité et perspectives en santé publique. Paris: HCSP; 2021.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1126>

49. Groupe de travail national capitalisation, Fédération promotion santé, Société française de santé publique. Capitalisation des expériences en promotion de la santé. Laxou: CAPS; 2020.

[https://sfsp.fr/images/20_10_27_Capitalisation - reunion de lancement - Enjeux et d%C3%A9marche de capitalisation.pdf](https://sfsp.fr/images/20_10_27_Capitalisation_-_reunion_de_lancement_-_Enjeux_et_d%C3%A9marche_de_capitalisation.pdf)

50. Galea G, Ekberg A, Ciobanu A, Corbex M, Farrington J, Ferreira-Bores C, et al. Quick buys for prevention and control of noncommunicable diseases. *Lancet Reg Health Eur* 2025;52:101281.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.lanepe.2025.101281>

51. Réseau pour des politiques inspirées de bases factuelles, Organisation mondiale de la santé. Ensemble sur la voie d'une prise de décision fondée sur des données probantes pour la santé dans l'ère post-pandémique : un appel à l'action. Lancé par les membres du Réseau pour des politiques inspirées de bases factuelles (EVIPNet) de l'Organisation mondiale de la Santé. Genève: OMS; 2021.

<https://www.emro.who.int/images/stories/evidence-data/EVIPNET-call-for-Action-French.pdf>

Participants

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants ci-dessous.

Équipe projet

Rédaction et coordination

- Pr Karine CHEVREUL, membre du Collège de la HAS et présidente de la commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP)
- M. Jean LESSI, directeur général de la HAS
- Dr Michèle MORIN-SURROCA, responsable, DIR, mission prospective
- Mme Marie SAVANI, cheffe de projet, DIR, mission prospective
- Mme Aline METAIS, conseillère technique, DIR, mission prospective

Service évaluation économique

- Mme Fabienne MIDY, cheffe de service, DEAL, service évaluation économique (S2E)

Recherche et gestion documentaire

- Mme Marina RENNESSON, documentaliste, DCIEU, service documentation et veille (SDV)
- Mme Sylvie LASCOLS, assistante documentaliste, DCIEU, service documentation et veille (SDV)

Contribution écrite

- Mme Clémence THEBAUT, économiste, membre de la CEESP

Membres du Collège de la HAS

- Pr Lionel COLLET, président du Collège de la HAS
- Mme Véronique ANATOLE, présidente de la commission certification des établissements de santé (CCES)
- Pr Karine CHEVREUL, présidente de la commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP)
- Pr Pierre COCHAT, président de la commission de transparence (CT)
- Mme Claire COMPAGNON, présidente de la commission recommandation, pertinence, parcours et indicateurs (CRPPI)
- Pr Anne-Claude CRÉMIEUX, présidente de la commission technique des vaccinations (CTV) et de la commission d'évaluation des technologies de santé diagnostiques, pronostiques et prédictives (CEDiag)
- Dr Jean-Yves GRALL, président de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médi-caux et des technologies de santé (CNEDiMTS)
- M. Christian SAOUT, président de la commission en charge du social et du médico-social (CSMS)

Liste des personnes et organisations consultées

La HAS tient à remercier l'ensemble des personnes et organisations listées ci-dessous.

Ces personnes et organisations ont été consultées sur des sujets liés à leur domaine d'expertise au cours de la phase de rédaction. Leur citation ici ne vaut pas approbation de leur part de l'ensemble du rapport. Les propos et préconisations avancés demeurent propres à la HAS.

Administration centrale

Secrétaire général des ministères sociaux

- M. Yann DEBOS, chef de service du pôle santé ARS
- Dr Béatrice TRAN, chargée de mission santé publique

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA)

- Dr Nicolas PRISSE, président
- Mme Valentine FOURNIER, déléguée
- Mme Corinne DROUGARD, chargée de mission santé
- Mme Ruth GOZLAN, chargée de mission santé

Direction générale de la Santé (DGS)

- Dr Marine JEAN-BAPTISTE, conseillère santé publique et une seule santé

Direction générale de l'Offre de soins (DGOS)

- Mme Julie POUGHEON, cheffe de service, adjointe à la directrice générale
- M. Julien CARRICABURU, conseiller médical

Direction générale de la Cohésion sociale (DGCS)

- M. Benjamin VOISIN, chef du service social et médico-social, adjoint au directeur général
- Dr Laurence TANDY, conseillère médicale à la sous-direction politiques personnes âgées/handicapées
- Mme Capucine LELIAN, conseillère médicale

Direction générale de l'Enseignement scolaire (DGESCO)

- M. Jean HUBAC, chef du service de l'accompagnement des politiques éducatives, adjoint à la directrice générale
- Mme Stéphanie GUTIERREZ, adjointe au sous-directeur de l'action éducative

Agence de l'innovation en santé (AIS)

- M. Charles-Édouard ESCURAT, directeur général
- Mme Clémentine BODY, directrice projets transverses et internationaux
- Mme Agathe DOUTRIAUX, responsable veille et prospective
- Mme Florie FILLLOL, coordinatrice stratégie d'accélération innovation en prévention

Caisses de sécurité sociale

Caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole

- Mme Anne-Laure TORRESIN, directrice générale
- Mme Magalie RASCLE, directrice déléguée aux politiques sociales

Caisse nationale de l'assurance maladie

- Dr Catherine GRENIER, médecin conseil national, adjointe au directeur général, déléguée aux affaires médicales
- Dr Valérie ERTEL-PAU, responsable adjointe du département prévention et promotion de la santé
- M. Alan DISEGNI, directeur de cabinet adjoint de la directrice déléguée

Cellule évaluation des expérimentations Article 51 (CELEVAL) (CNAM/DREES)

La HAS remercie M. Frédéric BOUSQUET, Mme Anne-Sophie AGUADE, ainsi que tous les membres de la CELEVAL (CNAM/DREES) ayant contribué aux échanges dans le cadre de cette analyse.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

- M. Benjamin LEROUX, responsable du centre de ressources et de preuves dédié à la prévention de la perte d'autonomie

Collectivités et associations d'élus

Départements de France

- M. Philippe GOUET, président du département du Loir-et-Cher et président du groupe de travail santé de Départements de France
- M. Éric BELLAMY, directeur délégué solidarité-santé-travail à Départements de France et référent du groupe de travail santé

Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité (AMF)

- M. Frédéric CHEREAU, maire de Douai (59), co-président de la commission santé
- Mme Claire PEIGNE, maire de Morancé (69), co-présidente de la commission santé
- Mme Nelly JACQUEMOT, responsable du département action sociale, éducative, sportive et culturelle de l'AMF
- Mme Sarah REILLY, conseillère technique au sein du département action sociale, éducative, sportive et culturelle de l'AMF

Organismes d'expertise et instituts de recherche

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)

- Pr Benoît VALLET, directeur général
- M. Gilles SALVAT, directeur général délégué recherche et référence
- M. Matthieu SCHULER, directeur général délégué en charge du pôle science pour l'expertise

Centre national de la recherche scientifique (CNRS)

- M. Antoine PETIT, président-directeur général
- M. André LE BIVIC, directeur de l'Institut CNRS biologie
- Mme Marie GAILLE, directrice CNRS sciences humaines & sociales

DREES

- M. Benoît OURLIAC, sous-directeur de l'Observatoire de la santé et de l'assurance maladie

École des hautes études en santé publique (EHESP)

- Pr Isabelle RICHARD, directrice de l'EHESP
- Dr Rémy BATAILLON, directeur du développement de la formation continue

La HAS remercie également pour leurs contributions écrites les membres du département sciences humaines et sociales :

- Mme Véronique DAUBAS-LETOURNEUX, directrice du département, professeure
- M. Jocelyn RAUDE, professeur
- M. Éric BRETON, professeur
- Mme Marie-Renée GUEVEL, maîtresse de conférences

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)

- M. Yann-Gaël AMGHAR, président
- Dr Isabelle VINCENT, chargée de mission

Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA)

- Mme Hélène PERIVIER, présidente du HCFEA et présidente du conseil de la famille
- Mme Sylviane GIAMPINO, présidente du conseil de l'enfance et de l'adolescence, vice-présidente du Haut Conseil

Haut Conseil de la santé publique (HCSP)

- Pr Didier LEPELLETIER, en sa qualité de président du HCSP (jusqu'à juillet 2025)
- Dr Ann PARIENTE-KHAYAT, secrétaire générale du HCSP
- Mme Linda CAMBON, membre du Collège du HCSP et responsable du groupe de travail prévention et santé dans toutes les politiques
- Pr François EISINGER, président de la commission spécialisée déterminants de santé et maladies non transmissibles

- Dr Isabelle MILLOT, membre de la commission spécialisée déterminants de santé et maladies non transmissibles

Institut national du cancer (INCa)

- Pr Norbert IFRAH, président

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

- Pr Didier SAMUEL, président-directeur général de l'Inserm

Institut pour la recherche en santé publique (IReSP)

- Pr Robert BAROUKI, directeur et directeur de l'institut thématique de santé publique de l'Inserm

Irdes

- M. Denis RAYNAUD, directeur
- M. Paul DOURGNON, directeur de recherche
- Dr Cécile FOURNIER, directrice de recherche
- Dr Florence FRANCIS-OLIVIERO, Maîtresse de recherche

Santé publique France

- Dr Pierre ARWIDSON, directeur adjoint à la direction de la prévention et de la promotion de la santé

Réseaux, fédérations et sociétés savantes en santé publique

Société française de santé publique (SFSP)

- Pr Anne VUILLEMIN, présidente SFSP
- Mme Justine SCHWEICH, vice-présidente SFSP
- Dr Bastien AFFELTRANGER, membre du conseil d'administration de la fédération
- M. François BERDOUGO, délégué général SFSP

- M. Timothée DELESCLUSE, chef de projets

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS)

- Mme Céline LECLERC, présidente de la FNORS et directrice de l'ORS Centre-Val de Loire
- Mme Lise TROTET, déléguée générale

Fédération Promotion Santé

- Pr Virginie MIGEOT, présidente de la fédération
- Mme Marie PERSIANI, vice-présidente, directrice de Promotion Santé Grand Est
- Mme Christine FERRON, déléguée générale de la fédération

Acteurs internationaux

RIVM, Institut national de la santé publique et de l'environnement (Pays-Bas)

- Mme Djoeke VAN DALE, conseillère principale en promotion de la santé, responsable du programme d'évaluation de la qualité des interventions de promotion de la santé
- Mme Ardine DE WIT, économiste de la santé, experte en évaluation économique

Australian Prevention Partnership Centre (Australie)

- Mme Nadia MASTERSSON, directrice de l'*Australian Prevention Partnership Centre*
- M. Andrew WILSON, co-directeur du *Menzies Centre for Health Policy and Economics* à l'Université de Sydney et ancien co-directeur de l'*Australian Prevention Partnership Centre* (2013-2023)

Acronymes

AIS	Agence de l'innovation en santé
Anses	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ARS	Agences régionales de santé
CCMSA	Caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole
CFPPA	Commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
DGS	Direction générale de la Santé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHESP	École des hautes études en santé publique
GD4H	<i>Green Data for Health</i>
HAS	Haute Autorité de santé
HCFEA	Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
HCL	Hospices civils de Lyon
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
Igas	Inspection générale des affaires sociales
INCa	Institut national du cancer
Inspire-ID	Initiative en santé publique pour l'interaction entre la recherche, l'intervention et la décision
NHS	<i>National Health Service</i> , système de la santé publique du Royaume-Uni

OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PPS	Prévention et promotion de la santé
RCDR	Ratio différentiel coût-résultat (en anglais : ICER, <i>incremental cost-effectiveness ratio</i>)
RIVM	Institut national de la santé publique et de l'environnement des Pays-Bas Agence gouvernementale néerlandaise placée sous l'autorité du ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports
ROI	Sigle issu de l'anglais <i>Return on Investment</i> , pour retour sur investissement
SFSP	Société française de santé publique
SNDS	Système national des données de santé
SPF	Santé publique France

Photos

Adobe Stock

Design graphique

Éric Darvoy, Sabine Marette
et Cécylia Victor-Bihary
Service communication
et information de la HAS

Impression

Groupe Chaumeil

ISSN : 2645 – 9272

Dépôt légal : octobre 2025

Haute Autorité de santé
5 avenue du Stade de France
93 218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00

www.has-sante.fr

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

Découvrez et comparez le niveau de qualité
des établissements de santé et des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

Qualiscope

