



Note de position

03/06/2026

Contribution à la mission gouvernementale du député Cyrille Isaac-Sibille sur la prévention en santé

La SFSP suit avec intérêt le déroulement de la mission confiée au député Cyrille Isaac-Sibille pour développer et conforter la prévention en santé en France.

La lettre de mission et les objectifs assignés rencontrent les grandes priorités pour lesquelles plaide la SFSP depuis des années. L'ensemble des documents et productions de la SFSP sont à la disposition du député et de son équipe.

A quelques semaines du rendu de la mission, la SFSP souhaite rappeler quelques grands constats, principes et points institutionnels d'actualité.

Notre analyse est conduite en considérant que le champ de la prévention et de la promotion de la santé doit être réaffirmé comme une responsabilité relevant de la solidarité nationale (Etat et Assurance-Maladie).

1. Les grands constats

Les stratégies de prévention et promotion de la santé en France sont depuis longtemps, et malgré des affichages politiques volontaristes, le parent pauvre de la stratégie nationale de santé. Ce constat se traduit aussi bien dans le portage politique que dans les arbitrages budgétaires ou les logiques de ressources humaines en santé (formation initiale et continue, flux des professionnels).

Ce constat à l'échelle nationale contraste avec l'existence de démarches de prévention et promotion de la santé vivaces, dynamiques, souvent documentées comme efficaces. Ces démarches sont portées par des acteurs locaux (collectivités, associations, organisations professionnelles, établissements de santé, organismes complémentaires) ou nationaux (associations, Assurance maladie, agences sanitaires, organismes complémentaires) et s'inscrivent dans des projets régionaux de santé qui ont, tous, affiché une forte priorisation de la logique préventive. A l'échelle locale, la contractualisation par les Contrats locaux de santé (CLS) a constitué un pas en avant conséquent dans la convergence des démarches. Cependant, ce vivier d'acteurs est caractérisé par de grandes inégalités territoriales, notamment entre métropoles et autres territoires, inégalités qui viennent accentuer les inégalités de santé.



La prévention et la promotion de la santé et les acteurs qui les mettent en œuvre sont fragilisés à la fois par le caractère relativement facultatif de la plupart des programmes et par un mode de financement au coup par coup, non pérenne. Cette fragilisation est actuellement exacerbée par les difficultés des acteurs associatifs, nombreux, formés et pertinents dans le champ, dont les moyens sont réduits, autant de la part de l'Etat que de celle des collectivités locales.

A l'inverse, la prévention (hyper)individualisée apparaît comme un marché commercial susceptible de venir (sans encadrement public) aggraver les écarts sociaux de santé, notamment par une dimension lucrative de plus en plus perceptible.

2. Les grands principes

La prévention et la promotion de la santé constituent des approches complémentaires mais distinctes. La prévention vise à éviter la survenue, l'aggravation ou les conséquences des maladies ; la promotion de la santé, telle que définie par la Charte d'Ottawa, vise à permettre aux populations d'accroître leur pouvoir d'agir sur leur santé en intervenant sur les déterminants sociaux, économiques, environnementaux et politiques qui la façonnent.

Elles peuvent et doivent être dirigées vers la réduction des inégalités sociales de santé, dont on sait que le système de soins ne peut les corriger, voire qu'il a tendance à les amplifier. La stratégie d'universalisme proportionné doit être au cœur de la démarche de santé publique. Elle suppose à la fois le renforcement des dispositifs de santé publique à caractère universel (PMI, santé scolaire et universitaire, santé au travail...), largement délaissés, mais aussi une attention spécifique aux personnes les plus éloignées, sans droit ou confrontées à la grande précarité, dont l'accès à la prévention est plus complexe encore.

Même si elles sont majoritairement issues de publications anglo-saxonnes et si elles laissent parfois de côté certaines populations ou milieux de vie, il existe de nombreuses données scientifiques sur les principes efficaces, aussi bien globalement et sur le plan méthodologique que pour chacune des thématiques. Toutefois, il importe de renforcer le soutien au développement de la recherche interventionnelle en santé des populations (RISP)¹ et sur les services de santé, notamment en contexte français. En complément des savoirs expérientiels et ainsi que les considérations éthiques et d'équité, la question est donc de mieux mobiliser toutes ces données et connaissances pour guider l'action de santé publique et améliorer la qualité des pratiques. L'utilisation des connaissances sur les leviers efficaces de santé publique nécessite une organisation et des moyens pour le transfert de connaissances et l'articulation entre science, pratiques et décision.

Les deux points précédents conduisent à souligner la nécessité de penser la prévention dans son continuum, incluant des interventions individuelles et médicalisées (dépistage, vaccinations, counseling, repérage précoce....) mais aussi la prévention primordiale, c'est-à-dire la prise en compte des effets en santé des contextes sociaux et environnementaux,

¹ Potvin L., Ruggiero, E. et Shoveller J.A. Pour une science des solutions, la recherche interventionnelle en santé des populations. *La Santé en Action*. 2013. 425 :13-16 ou Terral, Philippe. La recherche interventionnelle en santé : divers engagements dans la production collaborative de connaissances. *Revue française des sciences de l'information et de la communication*. 2018.15.



et l'approche par les politiques publiques transversales favorables à la santé, aussi bien dans leur impact en santé somatique qu'en santé mentale et sociale.

A titre d'illustration, les consultations, bilans ou rendez-vous de prévention ne peuvent constituer, à eux seuls, une politique de prévention, et encore moins de promotion de la santé². Ils doivent être conçus comme des portes d'entrée dans un parcours plus large, articulant repérage, accompagnement, orientation et accès effectif aux ressources sanitaires, médico-sociales, sociales, éducatives et communautaires du territoire. Leur déploiement doit éviter l'écueil de consultations « tout venant » bénéficiant d'abord aux personnes déjà les plus proches du système de santé ; il doit donc s'appuyer sur l'universalisme proportionné, l'aller-vers, la médiation en santé, des supports adaptés à la littératie des publics et une continuité d'accompagnement. Ces actions de prévention individuelle et médicalisée doivent être articulées à des actions sur les environnements et les conditions de vie, à des ressources collectives et communautaires ainsi qu'à des démarches intersectorielles pour agir sur les déterminants de la santé.

La prévention et la promotion de la santé ne sont réellement efficaces et réductrices d'inégalités que lorsque aussi bien l'élaboration des actions et programmes que leur mise en œuvre associent, sous des formes diverses, l'expertise savante et méthodologique – issue de la recherche et de l'expérience des professionnels – et l'expertise des communautés et des habitants³.

La prévention et la promotion de la santé sont de plus en plus intriquées avec les parcours de soins et de prise en charge, comme en témoignent le champ de la santé mentale (où les programmes dans la communauté sont parfois contraints par les difficultés de prise en charge rapide), de la périnatalité (où la qualité de la prise en charge de la grossesse interfère fortement avec les conditions de vie et d'habitat), ou des maladies chroniques, en particulier dans le champ cardio-métabolique et de l'obésité.

Il s'agit de ne pas limiter la prévention à l'information individuelle ou à la modification des comportements. La promotion de la santé suppose aussi d'agir sur les environnements de vie, les déterminants réglementaires, commerciaux ou fiscaux, les conditions matérielles d'existence, l'offre alimentaire, l'exposition au marketing, les mobilités, le logement, le travail, qui influencent les comportements. Dans cette optique, les politiques publiques hors du seul champ sanitaire doivent ainsi être considérées comme des leviers centraux de prévention, dont l'efficacité est établie⁴, ce qui nécessite de renforcer les approches transversales et intersectorielles..

² Voir la note d'analyse produite par la SFSP en 2022 :

[221117_PLFSS_2023_Consultations_de_prévention_Recommandations_de_la_SFSP_VF.pdf](#)

³ Voir notamment Smith, B.J., Tang, K.C. et Nutbeam, D., WHO Health Promotion Glossary: new terms, Health Promotion International. 2000. 21(4), 340– 45.

Ridde, V., & Guichard, A. (2011). Perception de quelques mécanismes favorables à la réduction des inégalités sociales de santé en France. *Global Health Promotion*, 18(3), 47–60 ou Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. (2021). Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes.

⁴ A titre d'exemple, voir [Combattre les MNT : « meilleurs choix » et autres interventions recommandées pour lutter contre les maladies non transmissibles](#) (Organisation Mondiale de la Santé)



3. La traduction de ces constats et principes au regard de la lettre de mission du député

La SFSP prend acte du périmètre de la mission, qui ne comprend ni l'ETP et la prise en charge des pathologies et la prévention secondaire, ni le champ de la santé environnementale. Il conviendra cependant de veiller à ce que les propositions émises ne conduisent pas à un cloisonnement avec ces deux secteurs, fortement intriqués dans la pratique de santé publique.

Les constats et les principes nous amènent à souligner que l'organisation de la prévention en santé doit répondre aux enjeux suivants :

- Construire une architecture globale (nationale, régionale, locale) tenant compte des acteurs, compétences, expertises et pratiques déjà mobilisés, et tendant au développement et à un maillage pérenne, stable, et équitable d'un dispositif public de prévention appuyé sur les compétences des associations du champ.
- Intégrer à la fois des programmes de prévention individuelle et des approches par les déterminants sociaux.
- Assurer un portage, une lisibilité, une légitimité et des moyens considérablement renforcés au niveau national. La prévention et la promotion de la santé relèvent d'une responsabilité nationale de garantie, d'équité et de solidarité. Cette responsabilité ne doit cependant pas se traduire par une recentralisation préfectorale ou par une logique strictement régaliennne. Elle suppose un pilotage régional fort par des ARS dotées d'une responsabilité propre, articulé à un cadre national garant d'un socle commun sur l'ensemble du territoire, et à des alliances locales associant collectivités, professionnels, associations, représentants d'usagers et habitants.
- Renforcer un pilotage régional fort, seul susceptible de contraindre les inégalités territoriales en termes de besoins et de ressources.
- A l'échelle locale, il faut inventer un système de pilotage qui sorte du débat de compétences et de pouvoirs pour aller vers un système de copilotage entre la légitimité de l'Etat- représenté par l'ARS, et en charge de l'équité interterritoriale- et la légitimité des collectivités locales. Ce système de co-pilotage doit également laisser place aux opérateurs et acteurs, en particulier aux associations, et aux habitants.
- En termes méthodologiques, le rapprochement entre les acteurs opérationnels, quels qu'ils soient, et la sphère de production ou de courtage des connaissances (université, Fédération promotion santé...) doit être systématique.
- Développer et soutenir un dispositif articulé de transfert de connaissances, à l'échelle nationale et territoriale, permettant de structurer le partage de connaissances entre recherche, expérience professionnelle et expertise d'usage. Il s'agit ainsi d'assurer les conditions de qualité et d'acceptabilité des politiques, programmes et projets en santé publique afin d'améliorer leur déploiement auprès des populations⁵.

⁵ Durlak, J. A., et DuPre, E. P. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American journal of community psychology*. 2008. 41(3-4), 327-350.

- Prévoir, pour chaque programme national ou territorial de prévention, un dispositif d'évaluation portant à la fois sur les processus, la qualité de mise en œuvre, l'atteinte des publics prioritaires, les effets sur les inégalités de santé et l'articulation avec les ressources d'aval. Cette évaluation doit nourrir une logique de capitalisation et de transfert de connaissances, afin que les décisions de maintien, d'arrêt, d'extension ou d'adaptation des actions soient explicites et documentées. Ces programmes peuvent être initialement développés par des équipes de recherche ou issus du terrain. Leur déploiement nécessite d'être piloté et coordonné, avec l'enjeu de favoriser les adaptations aux contextes locaux et de soutenir le pouvoir d'agir des professionnels.

4. Les éléments d'actualité susceptibles d'éclairer les orientations de la mission

Le débat engagé depuis le mois de novembre à propos de la place et du rôle des ARS dans le pilotage de la santé a permis, de façon très nette, à une vaste coalition d'associations, sociétés savantes, représentants d'usagers, associations d'élus, d'affirmer quelques positions qui doivent être réaffirmées dans le cadre de la mission.

Ces positions, exprimées dans plusieurs documents de la SFSP et d'une large coalition d'organismes⁶, peuvent être ainsi formulées :

- **La santé, dans sa déclinaison territoriale, est une compétence des ARS, établissements publics autonomes mais porteurs de la solidarité nationale.**
- **Le transfert ou la fragmentation** de cette compétence aux collectivités locales en tout ou partie ne saurait être envisagé sans risques majeurs d'inégalités (comme en témoigne la situation de la PMI), ou de silos reconstitués.
- **La mise sous la tutelle administrative ou fonctionnelle de cette compétence par une autorité de type « Préfet » présente de tout aussi grands risques**, que cette tutelle soit directe (risque de perte du lien avec l'Université et le monde des professionnels de santé, percution par des logiques économiques ou sécuritaires, perte de légitimité...) ou qu'elle soit indirecte (risque de bureaucratisation des processus de soutien aux acteurs). Elle ne présente aucun avantage ni en termes de transversalité (le plaidoyer envers les autres politiques publiques n'en serait pas amélioré) ni en termes de consensus avec les collectivités locales. Elle pourrait, au contraire, fragiliser les dynamiques de co-construction indispensables à la mise en œuvre de politiques favorables à la santé et à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.
- **Le pilotage territorial du système de santé**, incluant la prévention et la promotion de la santé comme la santé environnementale, doit permettre à la fois sa cohérence, et une légitimité forte. C'est pourquoi ce pilotage doit relever d'un système ayant une responsabilité propre, qui est celui des ARS.

⁶ Voir notamment les documents suivants : [SFSP - Espace Presse - Avenir des ARS et du pilotage du système de santé : 24 organisations appellent à renoncer à toute réforme non concertée](#) ; [SFSP - Espace Presse - Avenir du système de santé et des ARS : une large coalition d'acteurs demande une concertation approfondie pour un pilotage au service des objectifs de santé publique](#) ; [SFSP - Les contributions de la SFSP - Note de position : Avenir des ARS et pilotage des politiques de santé dans les territoires](#)

- **L'organisation locale, régionale, et nationale**, doit laisser davantage de place aux acteurs institutionnels (élus locaux), et aux acteurs associatifs. Elle doit aussi laisser davantage de place aux autres acteurs de la démocratie en santé (représentants des usagers du système de santé, habitants, associations locales ou sectorielles). Il s'agit en particulier de garantir leur participation effective à la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques de santé. Cette confortation de la démocratie sanitaire n'est pas incompatible avec le renforcement de la qualité des actions et de leur efficacité. Elle en est même partie intégrante.
- **L'organisation territoriale ne doit pas conduire à une mise en concurrence des territoires ni à un « séparatisme sanitaire »**. Elle doit garantir, sur l'ensemble du territoire, un socle commun d'accès, de continuité, de prévention, de promotion de la santé et de réduction des risques. Elle doit également éviter toute séparation artificielle entre prévention, soins de ville, hôpital, médico-social et action sociale, dont les articulations conditionnent l'effectivité des parcours.

A ces éléments s'ajoute **la question essentielle des moyens**. Cette question se décline selon 4 modalités :

- Le cadre budgétaire de la prévention doit être significativement renforcé et sécurisé dans la durée, au-delà des seuls ajustements annuels du PLFSS. Cette sécurisation devrait passer par une programmation pluriannuelle des moyens de la prévention et de la promotion de la santé, par une progression du FIR (notamment de sa part non pré-affectée) et de l'ONDAM spécifique consacré à la prévention (PDS) et par le maintien d'une capacité d'adaptation régionale aux besoins des territoires. Cette augmentation ne peut résulter de simples jeux de périmètre ou d'étiquetage : elle doit financer effectivement les programmes nationaux, les actions territoriales mais également les fonctions structurantes indispensables au développement de la prévention et de la promotion de la santé : appui méthodologique, animation territoriale, médiation en santé, développement des compétences, évaluation, capitalisation et transfert de connaissances. Elle doit enfin garantir un soutien pérenne aux associations et réseaux qui contribuent à la mise en œuvre des politiques publiques de prévention et de promotion de la santé, au développement des compétences des acteurs et à l'animation des dynamiques territoriales.
- L'animation territoriale doit devenir plus systématique et plus opérationnelle. Elle doit pouvoir endosser à la fois la mise en œuvre d'actions locales et la déclinaison de programmes nationaux, en s'assurant de la qualité de cette mise en œuvre comme de cette déclinaison. Pour cela, il faut systématiser des équipes territoriales au statut, à la dimension, et aux missions recalibrées.
- Le pilotage par les ARS doit être considéré comme une priorité, qui doivent être dotées de personnels renforcés à cet effet et ne doivent plus être l'objet de réduction de leur capacité de pilotage et de coordination/partenariat.
- La recherche, notamment interventionnelle, en prévention et en promotion de la santé et le développement de connaissances doivent faire l'objet d'un plan interministériel spécifique co-piloté par les ministères en charge de la Santé et de la Recherche, et les agences sanitaires nationales.



Enfin, on soulignera que l'action sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, passant par des stratégies intersectorielles du niveau national ou supranational, relève, est largement tributaire de l'engagement des responsables politiques élus, à tous les échelons.