Octobre 2026

DONNÉES PROBANTES

Pour des données probantes adaptées à la prévention, à la promotion de la santé et à la santé sexuelle

CoReSS Nouvelle-Aquitaine
Coordonner et agir ensemble en santé sexuelle

Table des matières

Pourquoi ce document ? 5

Résumé 5

Introduction : 7

Rédaction 8

Relecture 8

Contributions 8

I. Qu'est-ce que les données probantes ? 9

a) Pourquoi parle-t-on autant de données probantes aujourd'hui ? 9

b) Les données probantes, c'est quoi ? 9

II. Les données probantes en promotion de la santé 11

a) La spécificité des données probantes en promotion de la santé 11

b) Une notion parfois réduite aux seuls programmes probants 11

III. Les défis rencontrés par les acteurs de terrain dans la mobilisation des données probantes 13

a) Les exigences actuelles des financeurs semblent peu adaptées à la promotion de la santé 13

b) Il existe aujourd'hui une grande contradiction entre les attentes des financeurs et les réalités terrain 14

c) L'expertise des acteurs de terrain est encore peu reconnue 15

d) Des critères d'évaluation inadaptés à certains publics 16

e) Des moyens de fonctionnement insuffisants au regard des exigences croissantes 17

f) Les expériences terrain sont très peu capitalisées 18

g) Des politiques de financement qui interrogent sur la place accordée à la prévention et à la promotion de la santé 20

IV. Recommandations 25

a) Adapter les cadres d'évaluation aux réalités des interventions de promotion de la santé 25

b) Soutenir les fonctions support et l'ingénierie de projet 25

c) Renforcer l'accompagnement méthodologiques des structures 26

d) Mutualiser les compétences et capitaliser les expériences 27

e) Améliorer la transparence et l'équité dans l'allocation des financements 27

f) Renforcer le dialogue et la co-construction entre les institutions financeuses et les acteurs de terrain, afin de favoriser la confiance, la qualité des partenariats et la continuité des actions..... 28

g) Créer une cellule de veille sur les financements.....29

h) Renforcer la capacité collective des structures à faire valoir leurs constats et leurs priorités.....29

Bibliographie.....30

Pourquoi ce document ?

Le contexte actuel place les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé face à de nombreux défis : les exigences en matière de financement évoluent, les attentes autour des données probantes se renforcent[1], tandis que les enjeux de prévention et d'accès aux soins restent importantes[2]. Dans le même temps, les échanges menés avec les acteurs de terrain dans le cadre de ce travail font ressortir la nécessité d'adapter continuellement leurs pratiques pour répondre aux besoins des populations.

Destiné aux acteurs de la santé, ce document a été conçu comme un outil de référence visant à mieux comprendre les enjeux liés aux données probantes en promotion de la santé, d'alimenter les échanges entre les acteurs et de formuler des recommandations favorisant une utilisation des données probantes adaptées aux spécificités de la promotion de la santé. Les acteurs peuvent s'en saisir pour valoriser et faire évoluer leurs pratiques. Les financeurs publics sont également invités à s'y référer afin de faire évoluer leurs modalités de financements, améliorer la qualité des partenariats et créer des conditions d'accès aux financements et de mises en œuvre plus favorables aux actions de terrain.

Résumé

Les acteurs de la prévention, de la promotion de la santé et de la santé sexuelle font aujourd'hui face à des attentes croissantes autour de l'évaluation et des données probantes. Cette évolution répond à un objectif légitime : s'assurer que les actions financées sont utiles, efficaces et répondent aux besoins des populations. Cependant, en promotion de la santé, les interventions sont souvent complexes, ce qui rend leur évaluation difficile selon les mêmes méthodes que celles utilisées dans le champ médical. Les données probantes reposent donc sur une approche plus large,

[1] Inspection Générale des affaires sociales (IGAS) et Inspection Générale des Finances (IGF). *Analyse du fonds d'investissement régional : actions, doctrine d'emploi, pilotage et gestion par les agences régionales de santé, juin 2026, p. 12* : Analyse du fonds d'intervention régional : actions, doctrine d'emploi, pilotage et gestion par les ARS | Igas

[2] Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Panorama de la santé 2025 : Les indicateurs de l'OCDE*, Editions OCDE, Paris, 2025. DOI : 10.1787/2f564c6c-fr : Panorama de la santé 2025 | OCDE

qui associe les connaissances scientifiques aux savoirs issus de l'expérience des professionnels et des personnes concernées.

Les échanges menés lors de la plénière du Coress Nouvelle-Aquitaine, en juin 2026, font ressortir un décalage entre certaines exigences en matière de données probantes et les réalités des interventions.

Plusieurs pistes d'amélioration sont ainsi proposées : adapter les cadres d'évaluation aux interventions de promotion de la santé ; soutenir les fonctions support et l'ingénierie de projet ; renforcer l'accompagnement méthodologique des structures ; mutualiser les compétences et capitaliser les expériences ; améliorer la transparence et l'équité dans l'allocation des financements ; renforcer le dialogue et la co-construction entre institutions et acteurs de terrain ; développer une veille mutualisée sur les financements ; et renforcer la capacité collective des structures à faire valoir leurs constats et leurs priorités.

L'objectif n'est donc pas de remettre en cause l'évaluation ni la recherche d'efficacité. Il s'agit plutôt de trouver un meilleur équilibre : s'appuyer sur des connaissances solides tout en tenant compte de la complexité des interventions, des réalités des territoires et de l'expérience de celles et ceux qui agissent au quotidien auprès des populations.

Introduction :

La santé sexuelle et la promotion de la santé reposent sur l'engagement quotidien d'une grande diversité d'acteurs. Chaque jour, en France, des associations, des professionnels de santé, des collectivités et de nombreux acteurs de terrain agissent pour améliorer la santé des populations. En santé sexuelle, ces actions prennent des formes très diverses : séances d'éducation à la vie affective et sexuelle, soutien aux plus vulnérables, dépistage, accompagnement, développement des compétences psycho-sociales (CPS), écoute, orientation, appui technique ou encore formation des professionnels.

Depuis plusieurs années, les attentes des financeurs évoluent. Les projets doivent être de plus en plus structurés, évalués et démontrer leur efficacité. Cette évolution est légitime ; les financeurs publics doivent soutenir des actions utiles, de qualité et répondant aux besoins des populations.

Cependant, les échanges menés lors de la plénière organisée par le CoReSS Nouvelle-Aquitaine, en juin 2026, montrent que de nombreux acteurs rencontrent aujourd'hui des difficultés pour répondre aux exigences des financeurs publics en matière de programmes probants. Ils ne remettent pas en cause l'importance d'évaluer les actions ni de s'appuyer sur des données probantes. En revanche, ils s'interrogent sur la manière dont ces exigences sont appliquées à la promotion de la santé et à la santé sexuelle.

En promotion de la santé, les données probantes ne reposent pas uniquement sur les résultats de la recherche scientifique. Les interventions menées sur le terrain sont souvent complexes et prennent en compte les recommandations, les évaluations des actions, les savoirs issus de l'expérience ainsi que les connaissances du terrain[3]. Elles sont construites avec les personnes concernées, s'adaptent aux besoins des territoires et évoluent en permanence. Elles ne peuvent donc pas toujours être évaluées avec les mêmes méthodes que celles utilisées dans le monde médical[4].

Ce document est né de ce constat partagé. Il a pour objectif de mieux comprendre ce que sont les données probantes, d'expliquer les spécificités des interventions en santé sexuelle et en promotion de la santé, de partager

[3] Valéry Ridde, François Alla, Linda Cambon, Anouk Chouaïd et Jean-Marc Goudet, *« L'efficacité des interventions de santé publique en France : un retour en arrière ? »,* Santé Publique, vol. 37, n° 4, 2025, p. 119-122 : L'efficacité des interventions de santé publique en France : un retour en arrière ? | Cairn.info

[4] Hamant C., Delescluse T., Ferron C. (2022). *Les données probantes en promotion de la santé : de leur production à leur utilisation dans la mise en œuvre des interventions complexes* : Note pédagogique : les données probantes en promotion de la santé - Fédération Promotion Santé

les difficultés rencontrées par les acteurs de terrain et de proposer des pistes d'améliorations.

Il ne s'agit pas d'opposer la recherche scientifique à l'expérience des professionnels, ni de remettre en cause l'évaluation des actions. Ce document défend une approche qui s'appuie sur les constats faits par les acteurs de terrain en lien avec les défis rencontrés sur les données probantes.

Le CoReSS Nouvelle-Aquitaine souhaite, à travers ce document, promouvoir une vision plus complète des données probantes, qui soient à la fois rigoureuses, efficaces, réalistes et adaptées aux réalités de la santé sexuelle et de la promotion de la santé.

Rédaction

Aissatou KEITA, chargée de projet, CoReSS Nouvelle-Aquitaine

Relecture

Philippe AUBRY, Coline BOST, François DABIS, Isabelle FAURE, Hélène FORTIN, Saan HECKMANN, Quentin JACOUX, Isabelle LE HEN, Anne MOREAU, Brigitte REILLER, membres du Bureau du CoReSS Nouvelle-Aquitaine

Julie LAMANT, Coordinatrice, CoReSS Nouvelle- Aquitaine

Chloé HAMANT, Sociologue, Chercheuse associée, Laboratoire TRIANGLE

Contributions

Ce document s'appuie également sur les échanges et contributions des acteurs ayant participé à la plénière du CoReSS Nouvelle-Aquitaine de juin 2026

I. Qu'est-ce que les données probantes ?

a) Pourquoi parle-t-on autant de données probantes aujourd'hui ?

Depuis plusieurs années, les données probantes occupent une place de plus en plus importante dans les politiques en santé. Les financeurs, institutions ou décideurs souhaitent s'assurer que les actions soutenues sont efficaces et reposent sur des connaissances solides. Cette évolution répond donc à un objectif légitime : utiliser les ressources disponibles pour financer des interventions qui répondent à la fois aux priorités des financeurs et aux besoins des populations. Les ressources étant limitées, les financeurs font des arbitrages sur les projets et interventions à financer afin de trouver le meilleur équilibre et pour que les projets financés répondent à la fois aux priorités et aux besoins des populations et aient un fort impact.

b) Les données probantes, c'est quoi ?

La notion de données probantes est apparue dans le domaine médical, avec le développement de la médecine fondée sur des preuves *(Evidence-Based Medecine),* dans les années 1990. Son objectif était de permettre aux professionnels de santé de prendre des décisions en s'appuyant sur les meilleures preuves scientifiques disponibles[5]. Dans cette approche, toutes les connaissances n'ont pas le même poids. Une hiérarchie des preuves s'est donc progressivement imposée : les résultats issus d'essais randomisés contrôlés et de revues systématiques sont considérés comme les preuves les plus solides[6]. Au fil du temps, cette façon de produire et d'utiliser les connaissances s'est étendue à d'autres domaines, comme la santé publique et la promotion de la santé.

Ainsi, une donnée probante est une information ou une connaissance suffisamment solide qui aide à la prise de décision. Elle permet de choisir les actions les plus adaptées en s'appuyant sur des éléments fiables. Cette notion a été définie par *Banta (2003),* puis reprise par la *Fédération Promotion Santé (2022)* comme : « les conclusions tirées de recherches et

---

[5] Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M., Haynes R.B., Richardson W.S. (1996). *Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ*, 312(7023), 71-72 : Médecine fondée sur des preuves : ce que c'est et ce qu'elle n'est pas | Le BMJ

[6] Guyatt G. H., Sackett D. L., Cook D. J. (1993). *Users' guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention*. JAMA, 270(21), 2598-2601. DOI : 10.1001/jama.270.21.2598 : Guides d'utilisation de la littérature médicale. II. Comment utiliser un article sur la thérapie ou la prévention. A. Les résultats de l'étude sont-ils valides ? Groupe de travail sur la médecine fondée sur les preuves - PubMed

d’autres connaissances qui peuvent servir de base utile à la prise de décision dans le domaine de la santé publique et des soins de santé »[7].

Cette définition montre que les données probantes ne se limitent pas aux résultats de la recherche scientifique. Elles regroupent différentes formes de connaissances utiles pour comprendre une situation, orienter une décision ou construire une intervention.

[7] Hamant C., Delescluse T., Ferron C. (2022). *Les données probantes en promotion de la santé : de leur production à leur utilisation dans la mise en œuvre des interventions complexes* : Note pédagogique : les données probantes en promotion de la santé - Fédération Promotion Santé

II. Les données probantes en promotion de la santé

a) La spécificité des données probantes en promotion de la santé

Les interventions en promotion de la santé sont souvent plus complexes que les interventions médicales. Elles peuvent combiner plusieurs modalités d'actions, en s'appuyant notamment sur la Charte d'Ottawa, mobiliser une diversité d'acteurs et agir sur plusieurs déterminants de la santé. Elles prennent également en compte le contexte dans lequel elles sont mises en œuvre et s'adaptent aux territoires et aux besoins des populations. Cette complexité rend difficile l'isolement de l'effet propre d'une intervention selon une logique « toutes choses égales par ailleurs ». Elles ne peuvent donc pas toujours être évaluées selon les mêmes méthodes que celles utilisées en médecine. C'est ce constat qui a conduit à une définition plus large des données probantes en promotion de la santé.

Les données probantes s'appuient sur plusieurs sources complémentaires : les connaissances scientifiques, les recommandations de bonnes pratiques, les évaluations des interventions, mais aussi les savoirs issus de l'expérience des professionnels et des personnes concernées[8].

b) Une notion parfois réduite aux seuls programmes probants

Si la définition des données probantes s'est progressivement enrichie en promotion de la santé, leur utilisation reste parfois plus restrictive dans la pratique. En effet, les données probantes sont souvent assimilées aux seuls programmes probants, c'est-à-dire à des interventions modélisées puis standardisées dont l'efficacité a été démontrée dans des conditions expérimentales par des méthodes scientifiques particulièrement exigeantes, comme les évaluations d'impact réalisées à partir d'essais randomisés contrôlés[9].

Or, cette vision ne correspond pas toujours à la définition retenue en promotion de la santé qui suppose une adaptation des projets aux

---

[8] Valéry Ridde, François Alla, Linda Cambon, Anouk Chouaïd et Jean-Marc Goudet, *« L'efficacité des interventions de santé publique en France : un retour en arrière ? »,* Santé Publique, vol. 37, n° 4, 2025, p. 119-122 : L'efficacité des interventions de santé publique en France : un retour en arrière ? | Cairn.info

[9] Hamant C., Delescluse T., Ferron C. (2022). *Les données probantes en promotion de la santé : de leur production à leur utilisation dans la mise en œuvre des interventions complexes* : Note pédagogique : les données probantes en promotion de la santé - Fédération Promotion Santé

contextes, afin de favoriser le partenariat, l'appropriation et l'autonomisation des parties prenantes et la démocratie en santé. Cela suppose une contribution des acteurs de terrain et des publics à la conception des programmes d'intervention et fait appel à leurs expériences. Comme le rappelle la Fédération Promotion Santé, les données probantes reposent ainsi sur un ensemble de connaissances complémentaires : les résultats des recherches scientifiques, les recommandations, les évaluations des interventions, mais également les savoirs issus de l'expérience des professionnels et des personnes concernées.

Réduire la mobilisation des données probantes aux seuls programmes probants revient donc à ne mobiliser qu'une partie des connaissances disponibles et à limiter leur appropriation et leur pérennisation par les acteurs et les personnes concernées, ce qui réduit finalement leur efficacité et leur efficience en vie réelle, malgré des évaluations scientifiques positives mais expérimentale.

III. Les défis rencontrés par les acteurs de terrain dans la mobilisation des données probantes

En Juin 2026, dans le cadre de sa deuxième plénière, le CoReSS Nouvelle-Aquitaine a tenu trois ateliers portant sur le thème « Enjeux territoriaux et stratégies collectives : s'adapter, agir et plaider ». Les échanges menés lors de ces ateliers ont permis de recueillir les difficultés rencontrées par les acteurs de terrain dans la mise en œuvre des interventions basées sur les données probantes. L'analyse des ateliers fait ressortir sept grands constats.

a) Les exigences actuelles des financeurs semblent peu adaptées à la promotion de la santé

Les acteurs dénoncent des exigences d'évaluation largement issues du champ biomédical, conçues pour mesurer l'efficacité de traitements standardisés, mais peu adaptées à la nature complexe, adaptative et contextualisée des interventions de promotion de la santé et notamment dans le champ de la santé sexuelle. Cette inadéquation fragilise le financement d'actions pourtant pertinentes et nécessaires.

Les critères qui permettent aujourd'hui de qualifier un programme de "probant" sont, pour la plupart, issus du champ biomédical. Ils ont été conçus pour évaluer des interventions standardisées, comme un traitement ou un médicament, dont les effets peuvent être mesurés dans des conditions strictement contrôlées, à l'aide de protocoles reproductibles et d'indicateurs quantifiables à court terme. Or, les interventions de promotion de la santé répondent à une logique fondamentalement différente. Elles associent souvent plusieurs composantes : ateliers, formations, accompagnement individuel, partenariats interinstitutionnels, actions de communication ou encore mobilisation communautaire. Elles sont adaptées aux besoins de chaque territoire, coconstruites avec les personnes concernées et ajustées en permanence en fonction des retours du terrain. Cette complexité fait leur richesse, mais aussi leur difficulté à entrer dans les cadres d'évaluation dominants.

Ainsi, plusieurs acteurs soulignent un décalage important entre les critères qui définissent aujourd'hui un programme "probant" et les principes mêmes de la promotion de la santé, notamment lorsqu'elle s'inscrit dans une approche systémique. La promotion de la santé vise en effet à agir sur des

déterminants multiples, dans des contextes évolutifs, avec des effets souvent diffus et observables sur un temps long. Les critères d'évaluation actuels peinent souvent à rendre compte de cette réalité.

Un exemple fréquemment évoqué dans les échanges illustre les limites de certains attendus évaluatifs. Certains programmes de prévention sont évalués à partir d'un critère comme la baisse du taux annuel de suicide. Or, un tel critère pose problème, dans la mesure où le suicide dépend de nombreux facteurs qui dépassent largement le cadre d'une seule action de prévention. Les acteurs ont également rapporté des difficultés de financement pour certaines actions de prévention des violences, alors même qu'il n'existe que peu d'alternatives sur les territoires, les financements étant réorientés vers les structures de soins. Dans les deux cas, il devient difficile de faire reconnaître l'utilité d'une action, non parce qu'elle serait inefficace, mais parce que les critères retenus ne permettent pas d'en rendre compte de manière juste.

Les acteurs soulignent enfin une tension supplémentaire : malgré la présence de chercheurs reconnus en Nouvelle-Aquitaine, leurs travaux semblent parfois produire des effets contre-productifs et semblent écarter certains programmes locaux plutôt que de les améliorer.

b) Il existe aujourd'hui une grande contradiction entre les attentes des financeurs et les réalités terrain

Les acteurs soulignent un décalage entre les attentes des financeurs et les réalités terrain. Les financeurs demandent des programmes qui ont déjà fait leurs preuves, mais ces programmes n'existent quasiment pas en promotion de la santé. En outre, leur développement nécessite plusieurs années, ce qui répond difficilement aux besoins urgents des populations.

Aujourd'hui, de nombreux financeurs, notamment les Agences Régionales de Santé (ARS), encourage les acteurs à mettre en place des programmes probants. Or, en santé sexuelle, il existe encore très peu de programmes répondant à ces critères en France[10] et ils ne couvrent pas l'ensemble des problématiques et des populations.

[10] Santé publique France. ReperPrev.fr : *le registre des interventions en prévention et en promotion de la santé*. Mis à jour le 25 juin 2025 : ReperPrev : un registre national pour guider les acteurs vers une prévention efficace | Santé publique France

Par ailleurs, il est très difficile, voire impossible de construire un programme probant de niveau 3 ou 4 dans le cours terme. Avant qu'un programme ne soit reconnu comme tel, il faut le construire, le tester, l'évaluer pendant plusieurs années, vérifier qu'il fonctionne dans différents contextes et publier les résultats. Ce processus pourrait prendre 8 à 10 ans, parfois plus.

Pendant ce temps, les besoins des populations sont immédiats : les jeunes ont besoin d'informations solides et adaptées à la réalité de leur quotidien avec des espaces d'appropriation, les personnes en situation de vulnérabilité ont besoin d'accompagnement, et les enjeux liés aux infections sexuellement transmissibles et aux grossesses non prévues n'attendent pas dix ans et chaque contamination ou grossesse non désirée pèse lourd sur le système social et de santé.

Cela traduit un réel décalage entre le temps nécessaire à la production de programmes probants et l'urgence des besoins auxquels les acteurs sont confrontés sur le terrain.

c) L'expertise des acteurs de terrain est encore peu reconnue

Les acteurs de terrains développent, par leur expérience quotidienne, des connaissances essentielles pour comprendre les publics et adapter les actions. Le manque de reconnaissance de cette expertise peut constituer un frein à la mise en œuvre de politiques adaptées aux besoins, aux contextes et aux territoires.

Les professionnels et structures engagés sur le terrain acquièrent, au fil de leur pratique, une connaissance fine des publics, des contextes et des conditions de mise en œuvre des actions. Cette expertise leur permet d'identifier les messages les plus adaptés selon les publics, de repérer les freins spécifiques rencontrés par certains groupes, ou encore d'ajuster les actions afin qu'elles soient mieux acceptées et plus efficaces.

Ces connaissances ne proviennent pas exclusivement de la littérature scientifique ou de protocoles de recherches formels. Elles se construisent également à travers l'observation, l'expérience accumulée et l'interaction continue avec les réalités du terrain. A ce titre, elles constituent une source de savoir à part entière.

Pourtant, cette expertise pratique est encore souvent perçue comme secondaire par rapport aux résultats des études scientifiques. De nombreux acteurs regrettent que leur expérience soit considérée comme utile, mais

insuffisante pour constituer une preuve au sens classique du terme. Or, cette expérience permet souvent de saisir des dimensions concrètes que les études ne peuvent, à elles seules, restituer complètement.

Ainsi, une association accompagnant depuis de nombreuses années des personnes en situation de précarité peut savoir, par l'expérience, quels horaires favorisent la fréquentation d'une permanence, quels supports de communication sont effectivement compris, ou encore quelles formes d'échanges inspirent le plus de confiance. Même lorsqu'ils ne sont pas formalisés dans une publication scientifique, ces enseignements constituent des repères indispensables à la conception d'actions pertinentes.

Il ne s'agit donc pas d'opposer les savoirs scientifiques et les savoirs d'expérience, mais de reconnaitre leur complémentarité. Les premiers permettent d'identifier des enseignements généraux ; les seconds permettent de les traduire dans des contextes concrets, au plus près des publics et des territoires.

d) Des critères d'évaluation inadaptés à certains publics

Les méthodes d'évaluation actuelles sont souvent peu adaptées aux publics les plus vulnérables, dont les parcours rendent le suivi difficile, voire impossible. Les acteurs alertent sur le risque que cette inadéquation fragilise le financement d'actions pourtant essentielles, au détriment des personnes qui en ont le plus besoin.

Les associations et structures de terrain accompagnent fréquemment des personnes dont le passage est ponctuel et pour lesquelles un suivi dans la durée ne peut pas toujours être envisagé. Il peut s'agir, par exemple, de personnes migrantes venues chercher une information, de personnes trans souhaitant une orientation, de personnes sans domicile, d'usagers de drogues ou encore de personnes victimes de violences. Dans ces situations, les personnes concernées peuvent souhaiter préserver leur anonymat, changer rapidement de lieu de vie, ne pas vouloir être recontactées ou se trouver dans une situation telle qu'il serait inapproprié, voire contraire à l'éthique, de leur demander des coordonnées.

Or, de nombreuses évaluations reposent encore sur la capacité à mesurer les effets d'une action plusieurs mois après l'intervention. Pour les acteurs, cette logique est souvent inadaptée à la réalité de terrain. L'absence de suivi longitudinal ne signifie pas l'absence d'impact ; elle traduit avant tout les limites d'une méthode d'évaluation qui ne prend pas suffisamment en

compte les contraintes du terrain et les exigences éthiques liées à certains publics.

Les acteurs expriment, à ce titre, une inquiétude forte : que l'impossibilité de produire certaines preuves attendues soit interprétée comme une absence d'efficacité, et conduise les financeurs à remettre en cause le soutien apporté à ces actions. Un tel raisonnement risquerait de pénaliser en premier lieu les structures intervenant auprès des publics les plus fragiles, précisément parce que ce sont aussi ceux pour lesquels les parcours sont les plus discontinus et le suivi le plus difficile.

À terme, cette logique pourrait encourager le financement d'actions menées auprès de publics plus faciles à documenter, au détriment des personnes les plus exposées ou éloignées des dispositifs.

e) Des moyens de fonctionnement insuffisants au regard des exigences croissantes

Aujourd'hui, les exigences administratives, méthodologiques et évaluatives liées aux financements représentent un travail conséquent, qui nécessite du temps, des compétences et des moyens encore trop peu reconnu et financé. Toutes les structures ne disposent pas des mêmes ressources pour y répondre, ce qui renforcer les inégalités entre elles.

Les professionnels ne se limitent pas à la mise en œuvre d'actions auprès des publics. La conception et le déploiement des interventions nécessitent également un important travail d'ingénierie : construire des projets, développer des partenariats, produire des d'outils, assurer le suivi et évaluer les actions.

A ce travail, indispensable à la qualité des interventions, s'ajoutent les exigences administratives liées à l'accès aux financements : répondre à des appels à projets parfois complexes, assurer le suivi administratif, justifier les actions menées, anticiper les évaluations et produire des bilans destinés aux financeurs.

Cette technicité administrative et métrologique produit plusieurs effets. Elle alourdit la charge de travail des professionnels et peut réduire le temps disponible pour l'accompagnement effectif des publics. Elle demande aussi des compétences spécifiques, qui ne sont pas celles d'un animateur de prévention. Toutes les structures ne disposent pas des moyens nécessaires pour se doter de ces compétences, ce qui peut renforcer les inégalités entre

elles dans leur capacité à assurer ce travail de structuration et à répondre aux attentes des financeurs.

Au-delà du temps et de compétences qu'elle mobilise, la production de données probantes représente également un coût important. Dans certains cas, l'effort demandé pour démontrer l'efficacité d'une intervention risque de détourner des moyens de l'intervention elle-même. Répondre aux standards attendus par certains financeurs nécessite la mise en œuvre de protocoles d'évaluation complexes : définition d'indicateurs, recueil de données, suivi des publics, traitement statistique, rédaction de rapports voire mobilisation d'équipes de recherche.

Le coût de cette production de connaissances (sans garantie d'en avoir !) peut représenter une part importante des budgets disponibles et, dans certains cas, approcher voire dépasser les moyens consacrés directement à l'intervention. Cette situation crée une tension entre deux objectifs pourtant complémentaires : agir auprès des populations et démontrer l'efficacité de l'action menée.

La nécessité d'évaluer les interventions est bien reconnue par les acteurs. Toutefois, lorsque des exigences méthodologiques élevées sont imposées, leur financement devrait être pleinement intégré aux dispositifs de soutien alloués. L'enjeu est donc de reconnaître que la qualité des actions de terrain repose non seulement sur l'intervention elle-même, mais aussi sur tout le travail, souvent invisible, qui en permet la préparation, la cohérence et la pérennité.

f) Les expériences terrain sont très peu capitalisées

De nombreuses associations développent des actions et des projets pertinents, mais les enseignements tirés de ces expériences restent encore trop peu formalisés et partagés. Les acteurs soulignent donc la nécessité de mieux reconnaître la valeur des connaissances produites et de créer des conditions concrètes de leur transmission. Une capitalisation renforcée des expériences de terrain permettrait de favoriser l'apprentissage collectif, et susciter l'inspiration pour renouveler, améliorer et mutualiser les pratiques.

Dans le cadre de leurs interventions, les structures développent des idées, des méthodes ou même des évaluations qui pourraient servir à d'autres acteurs. Ces expériences, constituent une source précieuse de connaissance sur les publics, les contextes d'interventions et les conditions concrètes de

mise en œuvre. Pourtant, elles restent encore trop peu capitalisées : elles demeurent souvent internes à la structure qui les a produites, insuffisamment formalisées ou peu diffusées pour permettre à d'autres acteurs de s'en saisir.

Cette situation pose plusieurs problèmes. D'abord, elle conduit à une perte de connaissances, notamment lorsque les enseignements issus d'un projet ne sont ni documentés ni transmis. Ensuite, elle entretient une forme de fragmentation où chaque structure est alors amenée à reconstruire, parfois seule, des outils, des méthodes ou des repères déjà élaborés ailleurs. Enfin, la démarche de capitalisation va permettre d'interroger la mécanique, l'ingénierie du projet et nourrir la qualité et la partage d'expérience. Tout cela participe globalement à la valorisation de pratiques plus complexes qu'il n'y parait au premier abord.

La capitalisation permet ainsi de mieux décrire les principes d'intervention, les stratégies concrètes déployées pour parvenir aux objectifs et nourrit ainsi l'analyse des méthodes d'interventions. Ce sont ces méthodes d'intervention qui doivent, pour le coup, se baser sur des leviers d'intervention probants. La capitalisation permet donc d'améliorer la qualité des pratiques ainsi que leur partage et leur mutualisation.

Dans le champ de la promotion de la santé, des initiatives existent pourtant déjà pour structurer cette démarche. Le portail CAPS (Capitalisation des expériences en promotion de la santé), co-piloté par la Société Française de Santé Publique et la Fédération Nationale d'Education et de Promotion de la Santé, propose un cadre de capitalisation des expériences fondé sur la formalisation, le partage et la diffusion des savoirs issus de l'action[11]. Il met à disposition des fiches de capitalisation, des outils méthodologiques, des guides pratiques et des ressources de formation destinés à transformer les savoirs pratiques en connaissances partageables.

L'existence de tels dispositifs montre que l'enjeu n'est pas seulement de créer de nouveaux espaces de partage, mais aussi de mieux connaître, mobiliser et adapter les ressources déjà disponibles. Dans le champ de la santé sexuelle, cela suppose un travail plus ciblé de repérage, de formalisation et de diffusion des expériences jugées prometteuses, afin de permettre aux acteurs de s'appuyer plus facilement sur les enseignements déjà produits ailleurs.

[11] Société Française de Santé Publique (SFSP), *CAPS – Capitalisation des expériences en promotion de la santé* : SFSP - Capitalisation

g) Des politiques de financement qui interrogent sur la place accordée à la prévention et à la promotion de la santé

Les acteurs interrogent la place réellement accordée à la prévention et à la promotion de la santé dans les politiques de financement actuelles. Ils constatent une réorientation des financements vers les soins au détriment de la prévention et de la promotion de la santé. Ils expriment également des inquiétudes dans la mise en œuvre de la stratégie fondée sur les programmes probants ; une orientation qui, sans accompagnement adapté, risque de fragiliser les structures les plus engagées auprès des publics les plus vulnérables.

➢ Des investissements en prévention encore limités au regard des enjeux

Les politiques de santé doivent répondre à un double objectif : garantir l'accès aux soins lorsqu'une maladie survient, mais aussi agir en amont afin de prévenir son apparition. Ces deux approches sont complémentaires et participent, chacune à leur manière, à l'amélioration de la santé des populations. Pourtant, de nombreux acteurs estiment que la prévention et la promotion de la santé restent insuffisamment financée au regard des enjeux.

Cette distinction entre prévention et promotion de la santé est importante. La prévention recouvre différentes formes d'intervention, parmi lesquelles la vaccination ou le dépistage, qui visent à détecter et à prévenir la survenue d'une maladie. La promotion de la santé s'inscrit dans une approche plus large : elle agit également sur les déterminants sociaux, économiques, environnementaux et territoriaux de la santé et renforce la capacité des populations à agir sur leur propre santé.

À l'échelle internationale, l'OCDE observe que la France consacre 2,3 % de ses dépenses courantes de santé à la prévention, contre une moyenne de 3,4 % dans l'ensemble des pays de l'OCDE[12]. Ce niveau, parmi les plus bas des pays

[12] Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Panorama de la santé 2025 : Les indicateurs de l'OCDE*, Editions OCDE, Paris, 2025. DOI : 10.1787/2f564c6c-fr : Panorama de la santé 2025 | OCDE

comparables, est en outre orienté à la baisse depuis le retrait des mesures d'urgence sanitaire liées à la pandémie de Covid-19.

Les échanges avec les acteurs font ainsi apparaitre un enjeu qui ne porte pas uniquement sur le niveau global des financements consacrés à la prévention, mais aussi sur leur orientation. Si les actions de vaccination, de dépistage ou de préventions des risques sont indispensables, elles ne couvrent pas à elles seules l'ensemble des leviers permettant d'agir en amont sur la santé des populations. Par exemple, certains acteurs indiquent être parfois incités à intégrer des actions de dépistage afin de mieux répondre aux critères de financement, y compris lorsque leur projet repose principalement sur une démarche de promotion de la santé.

Ils soulignent la nécessité de soutenir également les interventions qui agissent sur les conditions de vie et les déterminants de la santé, dont les effets sont souvent plus difficiles et observables à long terme.

Les acteurs reconnaissent également l'utilité du développement de la télémédecine, qui peut améliorer l'accès aux soins, réduire certains délais de prise en charge et répondre aux difficultés rencontrées dans les territoires où l'offre médicale est insuffisante. Ils s'interrogent toutefois sur l'équilibre global entre les financements redirigés vers les soins et ceux consacrés à la prévention. Renforcer les soins ne devrait pas, selon eux, conduire à reléguer au second plan les actions de prévention et de promotion de la santé, dont les effets, bien que moins visibles immédiatement, sont essentiels pour réduire l'incidence des maladies, agir sur les déterminants de la santé et limiter les besoins de soins à plus long terme.

Investir dans la prévention ne constitue pas une dépense concurrente des soins, mais un investissement complémentaire, susceptible d'améliorer durablement l'état de santé des populations tout en réduisant, à terme, la pression exercée sur le système de santé.

- **Le Fonds d'Intervention Régional : un outil stratégique qui appelle davantage de transparence**

Le Fonds d'Intervention Régional (FIR), créé en 2012, constitue le principal levier budgétaire confié aux Agences Régionales de Santé pour financer les politiques de santé territoriales. Son objectif est de permettre une gestion plus souple et une meilleure adaptation des financements aux besoins des

territoires. En 2024, l'enveloppe totale du FIR s'élevait à environ 5,7 milliards d'euros, répartis entre les 18 ARS[13].

Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF), publié récemment, dresse un bilan critique de la gouvernance et de l'efficience du FIR, et formule 15 recommandations. Ce rapport documente également un mouvement de recentralisation progressive du financement de plusieurs structures de prévention vers le FIR : les CeGIDD (Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic) depuis 2015, les CLAT (Centres de Lutte antituberculeuse) depuis 2019, et bientôt les centres de vaccination. Cette évolution renforce la tutelle des ARS sur ces structures et, par conséquent, leur dépendance vis-à-vis des priorités définies au niveau régional.

Or, les acteurs s'interrogent : la prévention est-elle réellement une priorité pour toutes les ARS ? En 2025, les enveloppes du FIR explicitement consacrées à la prévention s'élèvent à 678,5 millions d'euros (638,8 M€ de dotations fongibles et 39,7 M€ de crédits sanctuarisés). Rapporté à la population française (68,6 millions d'habitants), cela représente environ 9,9 euros par habitant et par an[14]. Si ce chiffre ne permet pas, à lui seul, de juger de l'adéquation des financements aux besoins, il alimente toutefois les questionnements des acteurs sur la place effective de la prévention dans les priorités de financement.

Les acteurs demandent par ailleurs davantage de transparence sur la répartition des crédits du FIR. Plusieurs rappellent que les répartitions régionales annuelles, autrefois communiquées, ne le sont plus systématiquement. Cette opacité alimente un sentiment de dépossession et rend difficile tout exercice de suivi. Ils demandent donc une meilleure visibilité sur l'allocation des crédits, tant au niveau national que régional, afin de mieux comprendre les arbitrages effectués entre les différentes missions financées.

Cette demande de transparence s'accompagne d'une interrogation sur l'équité de traitement entre les structures et les thématiques. Les acteurs souhaitent notamment savoir si les exigences en matière d'évaluation et de

---

[13] Inspection Générale des affaires sociales (IGAS) et Inspection Générale des Finances (IGF). *Analyse du fonds d'investissement régional : actions, doctrine d'emploi, pilotage et gestion par les agences régionales de santé, juin 2026, p. 12* : Analyse du fonds d'intervention régional : actions, doctrine d'emploi, pilotage et gestion par les ARS | Igas

[14] Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, *Arrêté du 23 juin 2025 fixant pour l'année 2025 le montant de crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional, annexe 1 :* Arrêté du 23 juin 2025 fixant pour l'année 2025 le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale - Légifrance

données probantes s'appliquent de manière homogène à l'ensemble des actions financées.

➢ Programmes probants : une stratégie qui suscite des inquiétudes

Le développement d'une approche fondée sur les programmes probants constitue une orientation stratégique de plusieurs ARS, visant à concentrer les financements sur des interventions dont l'efficacité a été démontrée.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine illustre cette orientation. Depuis 2022, elle a engagé une refonte structurelle de ses actions de prévention et de promotion de la santé, en s'appuyant sur le registre national ReperPrev. Développé par Santé publique France et relancé en 2024, ce registre constitue l'outil de référence pour recenser les interventions efficaces et prometteuses dans le champ de la prévention. À ce jour, 33 programmes dits "probants" y sont répertoriés, classés selon le niveau d'exigence de leur évaluation.

La stratégie mise en œuvre par l'ARS Nouvelle-Aquitaine repose sur plusieurs axes : resserrement des priorités thématiques, arrêt progressif des interventions ne s'inscrivant pas dans les programmes probants, montée en puissance des actions fondées sur des données d'efficacité, et financement d'évaluations pour décider de l'extension ou de l'arrêt de certains programmes historiques. Le rapport IGAS-IGF cite cette démarche comme un exemple de bonne pratique au niveau national.

Ce constat institutionnel rejoint les inquiétudes exprimées par les acteurs de terrain :

Première inquiétude : l'inégalité d'accès à l'évaluation. Produire une évaluation scientifique rigoureuse suppose des moyens humains, méthodologiques et financiers dont les petites structures ne disposent pas. Comment une association locale, avec des ressources limitées, peut-elle démontrer l'efficacité de ses actions selon les standards attendus ? Plusieurs acteurs soulignent que l'exigence de preuves scientifiques, si elle n'est pas accompagnée de moyens pour les produire, devient un critère d'exclusion. Qu'en est-il alors de la valorisation des capacités d'innovation des petites structures ?

Deuxième inquiétude : un constat d'une inégalité de traitement entre les actions financées. Si les actions de prévention sont de plus en plus sommées de prouver leur efficacité, les mêmes exigences s'appliquent-elles aux autres investissements du FIR ?

Troisième inquiétude : la perte de couverture des besoins. Si certaines structures cessent d'être financées faute de pouvoir démontrer leur efficacité, qui prendra en charge les publics qu'elles accompagnaient ? Le risque est de voir disparaître des actions utiles, non parce qu'elles seraient inefficaces, mais parce qu'elles ne peuvent pas être évaluées selon les critères attendus avec, à la clé, des conséquences sérieuses sur la santé des publics les plus vulnérables.

Quatrième inquiétude : le manque de valorisation des évaluations existantes. Plusieurs acteurs proposent de mieux s'appuyer sur la capitalisation d'autres actions dans d'autres contextes, afin d'éviter de réévaluer ce qui l'a déjà été. Cette mutualisation des preuves permettrait de concentrer les ressources sur les actions qui nécessitent encore une démonstration, tout en reconnaissant la valeur de ce qui a déjà été documenté ailleurs. En demandant d'expliciter les principes d'intervention et en basant ainsi l'ingénierie de projet sur des données probantes, la faisabilité, la qualité, la pérennité et l'efficience des interventions en seraient améliorées.

Cinquième inquiétude : comment prendre en compte les inégalités sociales de santé en mettant en œuvre des programmes probants qui n'ont pas la capacité d'adaptation aux publics les plus vulnérables du fait de leur standardisation, ce qui limite la possibilité d'agir selon les principes probants de l'universalisme proportionné[15].

Comme l'affirme un des participants aux ateliers, *« Une chercheuse a refusé de participer à un projet pour des raisons éthiques, estimant que le Fonds d'Intervention Régionale devrait financer des actions plutôt que de la recherche ».* Cette prise de position illustre un malaise plus large : la recherche de preuves ne doit pas devenir une fin en soi, au détriment de l'action elle-même.

[15] Marmot M. et al. (2010). Fair Society, Healthy Lives: *The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010:* Fair Society, Healthy Lives

IV. Recommandations

a) Adapter les cadres d'évaluation aux réalités des interventions de promotion de la santé

- Privilégier une approche fondée sur des données probantes (leviers d'interventions, facteurs d'efficacité documentés) plutôt que d'exiger des programmes complets de niveau 3-4, en s'appuyant notamment sur les référentiels existants comme celui des compétences psychosociales (CPS) de Santé publique France.
- Reconnaître officiellement les savoirs expérientiels des professionnels, des associations et des personnes accompagnées comme une forme de légitime connaissance, en les articulant aux connaissances scientifiques, et en les intégrant dans les projets de recherches interventionnelles et dans les critères d'appréciation des projets soumis aux financeurs, afin de construire des interventions mieux adaptées aux besoins, aux contextes et aux territoires.
- Développer des méthodologies d'évaluation adaptées aux différents contextes et aux publics vulnérables, tenant compte de l'anonymat, de la mobilité et des passages ponctuels, afin de ne pas exclure des évaluations, les actions qui s'adressent aux personnes les plus éloignées des dispositifs.
- Valoriser les programmes déjà référencés comme prometteurs dans d'autres contextes ou d'autres pays, afin d'éviter de réévaluer ce qui a déjà été documenté et de concentrer les ressources sur les actions nécessitant encore une démonstration de leur efficacité.
- Associer les acteurs de terrain à la définition des critères d'évaluation, pour que ceux-ci reflètent mieux la réalité des interventions et ne reposent pas uniquement sur des standards conçus pour d'autres types d'actions ou des publics sans difficulté sociale.

Cela permettra de sortir d'une logique où ce qui ne peut être mesuré selon les standards rigides est considéré comme non valide, au risque d'invisibiliser des actions pourtant utiles et nécessaires.

b) Soutenir les fonctions support et l'ingénierie de projet

- Développer des subventions de fonctionnement distinctes des financements par action, permettant de couvrir les fonctions support telles que la coordination, le montage de dossier, l'évaluation, l'animation de réseau, la gestion administrative.

- Reconnaitre explicitement que les actions de terrain reposent aussi sur le travail de préparation, de structuration et de suivis qui les rend possibles et intégrer dans les conventions de financement une ligne budgétaire spécifique pour ce temps de coordination, de montage et de reporting.
- Prévoir un financement dédié, proportionné aux exigences méthodologiques, lorsque qu'une évaluation rigoureuse est attendue par un financeur, afin d'éviter de faire peser ce coût sur les ressources propres des structures.
- Réviser les critères d'éligibilité des subventions pour permettre aux structures de financer des postes dédiés à l'ingénierie de projet, y compris dans les petites associations.
- Documenter et communiquer sur le coût réel de l'ingénierie de projet pour les associations, afin de sensibiliser les financeurs à l'écart entre les exigences formulées et les moyens accordés pour y répondre.
- Inscrire les programmes dans la durée pour favoriser l'approche à partir des déterminants de la santé afin de sortir des interventions ponctuelles, lesquelles sont identifiées comme inefficaces par la recherche, voire source d'augmentation des inégalités sociales de santé. L'approche intersectorielle et territorialisée, plus ambitieuse, réclament en engagement dans le temps des financeurs et l'appui des dispositifs locaux de coordination comme les Contrats locaux de santé.

c) Renforcer l'accompagnement méthodologiques des structures

- Renforcer le rôle des structures ressources régionales (Promotion Santé, CoReSS…), dans l'appui méthodologique aux associations, en leur confiant une mission explicite d'accompagnement à la conception, au montage et à l'évaluation des projets.
- Créer au sein des structures, des postes dédiés à l'accompagnement des acteurs, sur le modèle du dispositif DISPADD en addictologie, afin de permettre un suivi personnalisé des associations dans leur démarches.
- Développer des formations accessibles sur les méthodologies de projet, l'évaluation et la rédaction de dossiers techniques, adaptées aux réalités des petite structures.
- Rendre le vocabulaire de la promotion de la santé plus accessible aux structures non spécialisées, en produisant des guides pratiques et des outils simplifiés, afin de faciliter leur appropriation des cadres méthodologiques.

- Mettre en place des permanences d'appui méthodologiques, en physique ou en ligne, permettant aux structures de poser des questions ponctuelles et de bénéficier des conseils personnalisés avant le dépôt d'un dossier.

Cet accompagnement ne doit pas se substituer à l'expertise des acteurs. Il leur permettra de mieux la formaliser et de la rendre visible dans les formats attendus par les financeurs.

d) Mutualiser les compétences et capitaliser les expériences

- Favoriser les partenariats formalisés entre grandes et petites structures afin de partager les expertises et éviter l'écrasement du tissu associatif local.
- Créer un espace de capitalisation régional ou national (base de données, plateforme en ligne), recensant les programmes prometteurs, leurs outils, leurs résultats, leurs limites et leurs conditions de reproductibilité, accessible à l'ensemble des acteurs.
- Développer la collaboration inter-régionale structurée sur quelques programmes prioritaires à faire avancer, en mutualisant le travail pour renforcer les preuves et le pouvoir de négociation
- Organiser des temps d'échange réguliers entre structures (journées thématiques, groupes de travail, communautés de pratiques) pour partager les expériences, les difficultés rencontrées et les solutions trouvées.
- Documenter et diffuser les retours d'expérience des projets financés (réussites, échecs, ajustements), afin que chaque nouvelle initiative puisse s'appuyer sur les enseignements des actions précédentes.

Cet effort de mutualisation contribuerait à mieux valoriser les expériences existantes, tout en renforçant la montée en compétence collective des acteurs.

e) Améliorer la transparence et l'équité dans l'allocation des financements

Ils appellent à davantage de transparence sur la répartition des crédits du Fonds d'Intervention Régional,

- Rendre accessible les données de répartition du FIR au niveau national et régional, en publiant annuellement les montants alloués par mission (prévention, soins, ...) et par type de structures.

- Faciliter l'accès aux critères de sélection des appels à projets et des appels à manifestation d'intérêt, ainsi que les grilles d'évaluation utilisées pour allouer les financements.
- Veiller à ce que les modalités de financement ne produisent pas une mise ne concurrence défavorable aux petites structures, en prévoyant par exemple des enveloppes réservées ou des critères adaptés.

f) Renforcer le dialogue et la co-construction entre les institutions financeuses et les acteurs de terrain, afin de favoriser la confiance, la qualité des partenariats et la continuité des actions

- Associer les acteurs de terrain à l'élaboration des politiques de prévention et de promotion de la santé, de la définition des priorités à l'évaluation, afin que les orientations retenues puissent refléter les réalités de terrain et les besoins des publics accompagnés.
- Mettre en place des espaces de dialogues réguliers entre acteurs et institutions (ARS, collectivités, préfectures), permettant d'échanger sur les priorités de financement, les évolutions envisagées, les difficultés rencontrées, les besoins non couverts, dans une logique de transparence et de confiance mutuelle.
- Améliorer la qualité de la communication institutionnelle, en informant les acteurs en amont de évolutions de politiques, des changements de priorités ou des restrictions budgétaires, avec des délais suffisants qui leur permettrait de s'adapter.
- Former les interlocuteurs institutionnels aux réalités associatives et aux spécificités de la promotion de la santé, afin de favoriser une meilleure compréhension.
- Lorsque le dialogue est bloqué au niveau régional, envisager des interpellations à d'autres niveaux (préfecture, ministère, parlement, etc.), pour porter des enjeux qui ne trouvent pas de réponses au niveau local.
- Documenter et communiquer sur les conséquences concrètes des décisions prises sans concertation suffisante (arrêts d'actions, publics non couverts, perte de compétences), afin de rendre visibles leurs effets sur les populations accompagnées.

Ce dialogue permettra de construire des échanges plus équilibrés, où l'expertise terrain serait reconnue et prise en compte dans l'élaboration des politiques.

g) Créer une cellule de veille sur les financements

- Mettre en place un dispositif de veille mutualisé à l'échelle régionale, porté par une structure régionale, chargée de repérer systématiquement les appels à financements.
- Informer régulièrement les structures sur les opportunités disponibles, en diffusant régulièrement une lettre d'information ou un bulletin de veille sur les appels à projets, les dates limites, les critères d'éligibilité et les contacts utiles.
- Proposer un accompagnement à la candidature pour les structures qui souhaitent répondre à un appel à projets, en les aidant à comprendre les attendus et à structurer leurs dossiers.

Cette cellule pourrait constituer un levier pour réduire les inégalités d'accès aux financements.

h) Renforcer la capacité collective des structures à faire valoir leurs constats et leurs priorités

- Construire un argumentaire économique à destination des décideurs, afin de démontrer que l'investissement dans la prévention et la promotion de la santé permet de réduire les coûts et la pression exercée sur les structures de soins.
- S'appuyer sur la voix des chercheurs et des professionnels de la santé sexuelle pour renforcer la crédibilité des messages portés.
- S'inspirer des stratégies de plaidoyer utilisés dans d'autres pays européens, notamment en Allemagne, pour lever les freins culturels.
- Contribuer à promouvoir la santé sexuelle comme enjeu légitime et prioritaire, en développant des outils de communication adaptés aux différentes cibles (élus, médias, grand public).
- Distinguer deux niveaux de situation : une communication régionale sur les enjeux immédiats et les situations d'urgence, et une stratégie nationale de long terme visant à inscrire la santé sexuelle dans les priorités de santé publique.
- Mobiliser les données d'actualité pour inscrire les messages dans des enjeux visibles, susceptibles de capter l'attention des décideurs et des médias.

Ce travail collectif permettrait à la santé sexuelle, qui reste aujourd'hui un sujet sensible et parfois tabou, de retrouver toute sa place dans les politiques publiques.

Bibliographie

Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M., Haynes R.B., Richardson W.S. (1996). *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ, 312(7023), 71-72 : Médecine fondée sur des preuves : ce que c'est et ce qu'elle n'est pas | Le BMJ

Guyatt G. H., Sackett D. L., Cook D. J. (1993). *Users' guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention*. JAMA, 270(21), 2598-2601. DOI : 10.1001/jama.270.21.2598 : Guides d'utilisation de la littérature médicale. II. Comment utiliser un article sur la thérapie ou la prévention. A. Les résultats de l'étude sont-ils valides ? Groupe de travail sur la médecine fondée sur les preuves - PubMed

Hamant C., Delescluse T., Ferron C. (2022). *Les données probantes en promotion de la santé : de leur production à leur utilisation dans la mise en œuvre des interventions complexes* : ac-220623-Note_pedagogique_DP.pdf

Organisation Mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa* : Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé - Canada.ca

Valéry Ridde, François Alla, Linda Cambon, Anouk Chouaïd et Jean-Marc Goudet, *« L'efficacité des interventions de santé publique en France : un retour en arrière ? »*, Santé Publique, vol. 37, n° 4, 2025, p. 119-122 : L'efficacité des interventions de santé publique en France : un retour en arrière ? | Cairn.info

Inspection Générale des affaires sociales (IGAS) et Inspection Générale des Finances (IGF). *Analyse du fonds d'investissement régional : actions, doctrine d'emploi, pilotage et gestion par les agences régionales de santé, juin 2026, p. 12* : Analyse du fonds d'intervention régional : actions, doctrine d'emploi, pilotage et gestion par les ARS | Igas

Santé publique France. ReperPrev.fr : *le registre des interventions en prévention et en promotion de la santé*. Mis à jour le 25 juin 2025 : ReperPrev : un registre national pour guider les acteurs vers une prévention efficace | Santé publique France

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Panorama de la santé 2025 : Les indicateurs de l'OCDE*, Editions OCDE, Paris, 2025. DOI : 10.1787/2f564c6c-fr : Panorama de la santé 2025 | OCDE

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, *Arrêté du 23 juin 2025 fixant pour l'année 2025 le montant de crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional, annexe 1 :* Arrêté du 23 juin 2025 fixant pour l'année 2025 le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale - Légifrance

CoReSS

Nouvelle-Aquitaine

COORDONNER ET AGIR ENSEMBLE
EN SANTÉ SEXUELLE

Notre site web