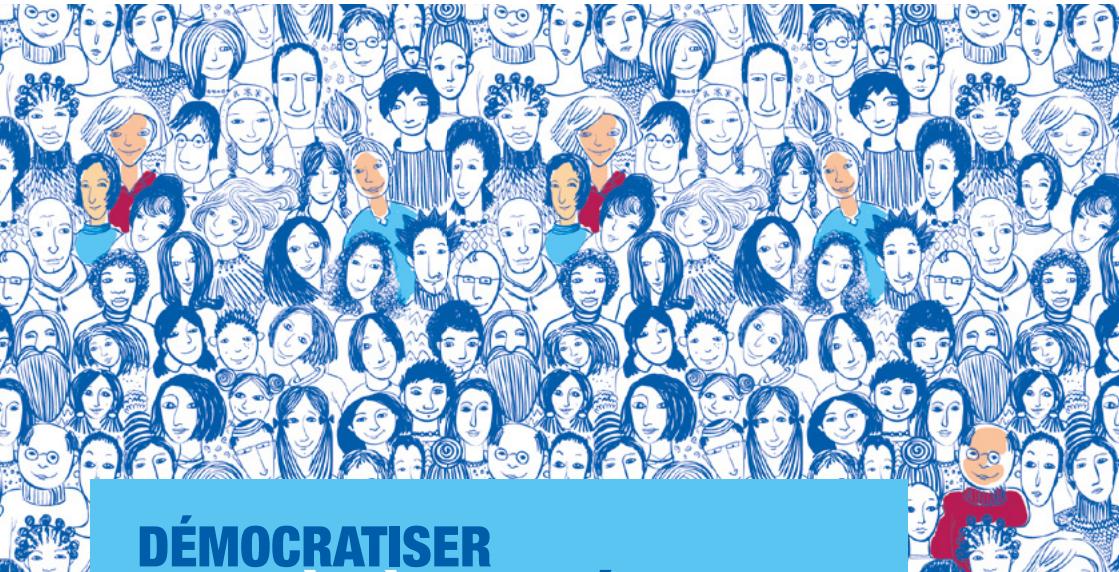




PARIS - PALAIS BOURBON
JEUDI 1^{er} OCTOBRE 2015



DÉMOCRATISER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION

COMMENT PERMETTRE
UNE PRÉVENTION ACTIVE ET L'ÉDUCATION
À LA SANTÉ POUR TOUS ?

CO-ORGANISÉ PAR :

Institut Pasteur de Lille
Fondation reconnue d'utilité publique depuis 1898

FONDATION PILEJE PROMOUVOIR LA SANTÉ DURABLE
Sous l'égide de la Fondation de France
ŒUVRE D'INTÉRÊT GÉNÉRAL À BUT NON LUCRATIF

AVEC LE SOUTIEN DE :
Destination Santé
agence de presse

TransExpo
événements

SNCF

Actions de LA PRÉVENTION

FERRANDI
L'ÉCOLE FRANÇAISE DE GASTRONOMIE
PARIS

Fondation SIMPLY
Le goût du partage



JEUDI 1^{ER} OCTOBRE 2015

PARIS - PALAIS BOURBON

DÉMOCRATISER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION

COMMENT PERMETTRE
UNE PRÉVENTION ACTIVE
ET L'ÉDUCATION À LA
SANTÉ POUR TOUS ?



CO-ORGANISÉ PAR :

Institut Pasteur de Lille
Fondation reconnue d'utilité publique depuis 1898

FONDATION PILEJE PROMOUVOIR LA SANTÉ DURABLE
Souségide de Fondation de France
ŒUVRE D'INTÉRÊT GÉNÉRAL À BUT NON LUCRATIF

AVEC LE SOUTIEN DE :

Destination Santé
agence de presse

TransExpo événements
SNCF

INSTITUT DE LA PRÉVENTION

FERRANDI
ÉCOLE FRANÇAISE DE GASTRONOMIE PARIS

Fondation SIMPLY
Le goût du partage



PROGRAMME

MATIN

8h30 Accueil

9h00 Propos introductif

Bernadette Laclais, députée PS, rapporteur du titre II du projet de loi de modernisation de notre système de santé
Dr Jean-Michel Lecerf, chef du service nutrition Fondation - Institut Pasteur de Lille
Emmanuelle Leclerc, déléguée générale de la Fondation PiLeJe

9h30 CONFÉRENCES : SANTÉ ET PRÉCARITÉ

Modérateur : **Dr Jean-Michel Lecerf**

- **Quel est l'impact de la précarité sur les maladies chroniques ?**

Dr Jean-Michel Lecerf

- **Quel lien entre précarité et modes de vie ?**

Pascale Hebel, directrice du département consommation du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC)

- **Quels chemins mènent à la précarité ?**

François Soulage, président du Collectif ALERTE, ancien président du Secours Catholique

- **Quelle égalité d'accès à la prévention ?**

Annie Podeur, secrétaire générale du Conseil Economique Social et Environnemental (CESE)

11h15 Pause

11h30 DÉBAT : Réformer le financement public du système de santé pour un meilleur accès à l'éducation et à la prévention santé

Augmenter les financements publics d'accès à la prévention, pourquoi, comment ?

Penser la prévention et l'éducation à la santé comme un investissement ?

Quelques mesures concrètes pour le PLFSS 2016...

Animateur : **Dr Alain Ducardonnet**, journaliste, fondateur du Club des cardiologues du sport et co-fondateur de l'Institut Cœur Effort Santé (ICES)

- Participants

Claude Evin, avocat à la cour, Counsel, Cabinet DLA Piper Paris, ancien directeur de l'ARS Ile-de-France, ancien ministre

Gérard Bapt, député PS, rapporteur du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS)

Christophe Jacquinet, président de SANTELIAANCE Conseil, ancien directeur général des ARS de Rhône-Alpes et de Picardie, ancien président du collège des directeurs généraux d'ARS

Mathias Matallah, président de JALMA, cabinet de conseil spécialisé dans la santé

13h00 Déjeuner

Préparé par les étudiants de l'école française de gastronomie FERRANDI Paris

APRÈS-MIDI

14h30

DÉBAT : Innover dans le secteur privé pour financer l'accès de tous à l'éducation et à la prévention santé

Mieux considérer l'apport du secteur privé dans le système de santé. Renforcer les partenariats publics/privés ? Quel cadre pour les entreprises dans la santé de leurs collaborateurs ? Rôle des laboratoires pharmaceutiques dans la création de services innovants ? ...

Animateur : **Dr Alain Ducardonnet**

- Participants

Michèle Anahory, avocat à la cour, Partner, Cabinet DLA Piper Paris, docteur en droit
Catherine Courboillet, présidente du groupe Cerba European Lab et fondatrice du fonds de dotation « Institut Cerba »

Dr François Pelen, président du Groupe Point Vision, ancien vice-président de Pfizer

Philippe Quique, directeur santé AG2R La Mondiale

Gérard Raymond, secrétaire général de l'Association Française des Diabétiques (AFD)

16h00

Pause

16h15

CONFÉRENCES : Initiatives originales et prévention

Modérateur : **Dr Jean-Michel Lecerf**

- Participants

Jean-Pierre Haemmerlein, directeur de la Fondation Décathlon

Sébastien Leprétre, maire de La Madeleine à l'initiative des « Bons Verts »

Flavio Nervegna, président de l'association Tous à Table

17h00

Conclusion de la journée avec 5 propositions concrètes



OUVERTURE

DU COLLOQUE

COMMENT PERMETTRE UNE PRÉVENTION ACTIVE ET L'ÉDUCATION À LA SANTÉ POUR TOUS ?

Pour répondre à cette question essentielle de société, deux acteurs majeurs de santé publique, qui ont en commun de vouloir démocratiser l'accès à la prévention, ont invité une vingtaine d'intervenants à en débattre le 1^{er} octobre au sein du Palais Bourbon.

Il s'agit de :

L'Institut Pasteur de Lille, fondation reconnue d'utilité publique, qui, depuis 120 ans associe recherche fondamentale et prévention pour que chacun puisse vivre mieux et plus longtemps.

La Fondation PiLeJe, qui, sous égide de la Fondation de France, œuvre d'intérêt général à but non lucratif, a pour but de promouvoir la santé durable. Depuis 2005, 700 conférences-débats dans toute la France ont été organisées, avec des partenaires publics et privés.
www.fondation-pileje.com

C'est la 4^{ème} fois que l'Institut Pasteur de Lille et la Fondation Pileje consacrent leur colloque annuel aux politiques de prévention. Après le rôle des professionnels de santé, les maladies cardiovasculaires et métaboliques et les leviers du changement, c'est la question de la démocratisation de la prévention qui est cette fois posée : comment favoriser l'accès de tous à une meilleure santé et qualité de vie malgré une situation de plus en plus précaire pour nombre de Français ? Quelles transformations opérer dans le système de financement public pour laisser plus de place à la prévention ? Quel rôle peut jouer le secteur privé ?



Un sondage Ifop pour la Fondation PiLeJe

Un sondage Ifop* pour la Fondation PiLeJe a permis d'évaluer l'impact de la crise économique sur les dépenses des Français en matière de santé et de prévention, et de recueillir leur avis sur la question du financement de ces deux secteurs clés.



Preuve du poids de la crise sur les dépenses

63 % des Français ont dû resserrer leur budget nourriture et 25 % affirment qu'ils se nourriraient mieux s'ils avaient plus d'argent (jusqu'à 37 % chez les moins de 25 ans). La restriction concernant un besoin aussi fondamental est loin d'être anecdotique, d'autant que près de la moitié des Français a aussi dû réduire ses dépenses en matière d'activité physique (48 %) et de santé (45 %).

Le renoncement aux soins pour des raisons financières affecte davantage les catégories les plus modestes (59 %) que les cadres (37 %).

Plus de 9 Français sur 10 sont convaincus de l'importance des « bonnes pratiques » de prévention et d'éducation à la santé pour avoir une bonne qualité de vie (95 %), pour améliorer sa santé même quand on est malade (92 %) ou encore pour éviter de tomber malade (91 %).

Dans le même temps, 29 % estiment être mal remboursés de leurs frais de santé et 70 % jugent le système de santé actuel trop porté sur le curatif et pas suffisamment sur le préventif. Une majorité (60 %) adhère d'ailleurs à l'idée d'une prise en charge de l'activité physique par l'Assurance Maladie dès lors qu'elle serait prescrite par un médecin, tout en étant favorable à la suspension des remboursements des personnes en ALD qui ne suivraient pas les programmes de prévention qui leur sont proposés (59 %).

Ce résultat étonnant au regard de la tradition universaliste de la sécurité sociale prend tout son sens dans un contexte de contrainte budgétaire et de responsabilisation des individus. Pour 45 % de la population (jusqu'à 68 % chez les moins de 25 ans), les mutuelles devraient rembourser davantage certaines activités liées à la prévention comme le coaching sportif ou nutritionnel, quitte à augmenter un peu leurs tarifs.

Enfin, 62 % des Français ne trouvent pas les médecins suffisamment impliqués dans la prévention

Si les messages généraux passent bien, pour 45 % d'entre eux, l'information qu'ils leur délivrent ne leur paraît pas très claire (45 %), constituant un frein à la mise en pratique de ces conseils, auquel s'ajoute celui de la situation financière.

*Enquête menée du 3 au 4 septembre 2015 auprès d'un échantillon de 10002 personnes représentatives de la population française âgée de 18 ans et plus.



PROPOS INTRODUCTIF



Bernadette LACLAIS

Députée PS, rapporteur du titre II du projet de loi de modernisation de notre système de santé

Bernadette Laclaïs, qui parraine ce colloque pour la troisième année consécutive, appelle à une mobilisation générale pour remédier aux inégalités d'accès à la prévention dont sont victimes les populations les plus précaires.

Ce colloque est l'occasion de débattre des questions essentielles de santé, prévention et précarité qui, à mon sens, ne sont pas suffisamment abordées.

La logique de dépistage est assez bien comprise et bien admise par le grand public. En revanche, le concept de la prévention, qui consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités, notamment par la lutte contre certaines habitudes néfastes, est beaucoup plus difficile à intégrer. Le projet de loi de modernisation de notre système de santé nous y invite largement.

La prévention, un investissement à long terme

La mise en place d'une politique de prévention se heurte à des difficultés liées, d'une part, à son coût et, d'autre part, aux modalités d'évaluation de son impact. De fait, elle nécessite un investissement financier dont les effets ne peuvent pas être mesurés avant plusieurs années. À l'heure actuelle, nous sommes dans une démarche plus curative, que préventive. Or, la médecine curative est, elle aussi, très coûteuse.

« Les personnes en situation de précarité ont peut-être plus de difficultés à se faire soigner ou à se confier à leur médecin »

L'enjeu est donc d'arriver à porter en parallèle les deux politiques, curative et préventive, afin d'atteindre l'objectif souhaité, à savoir améliorer à la fois la santé de la population et le financement de notre système de santé.

La précarité, une question peu abordée dans le projet de loi de santé

La question complexe de la relation entre santé et précarité a finalement été peu abordée dans le texte sur le projet de loi de modernisation de notre système de santé. On sait que la précarité est liée à des parcours de ruptures sociales, professionnelles et/ou affectives. Ces ruptures recouvrent des histoires et des difficultés très différentes et peuvent révéler ou induire des problèmes de santé. Or, en situation de précarité, la santé représente le deuxième poste sur lequel les ménages tentent de réaliser des économies. Il est donc particulièrement important d'appréhender ces situations et d'être en capacité d'y répondre.

Un problème à la fois financier et culturel

Les problèmes de santé peuvent résulter de difficultés financières, mais aussi de facteurs culturels que les politiques publiques doivent prendre en compte, sans jugement. Les mauvaises habitudes alimentaires prises dès l'enfance, qu'il est difficile de changer, illustrent bien ce problème. Sur le terrain, y faire face peut être problématique.

Certaines collectivités hésitent, par exemple, à dégager des financements pour la restauration scolaire. Pourtant, la priorité doit être donnée aux enfants des familles en difficulté afin de leur permettre d'accéder à au moins un repas équilibré par jour. De même, le coût est parfois évoqué comme un obstacle à l'organisation du temps périscolaire alors que les ateliers périscolaires peuvent être l'occasion de traiter des questions de santé de façon ludique et d'acquérir de bonnes habitudes que l'enfant peut reproduire dans sa famille.

Nous devons nous mobiliser autour de tous ces sujets. La discussion sur le projet de loi de modernisation de notre système de santé est une opportunité à saisir pour essayer de porter ensemble le message. Il en va de notre bien-être individuel, mais aussi de notre santé collective et, bien évidemment, de notre bonheur.



Dr Jean-Michel LECERF
Chef du service de nutrition
Fondation - Institut Pasteur de Lille

Parmi les nombreux facteurs impliqués dans le développement des maladies chroniques, le mode de vie, notamment l'alimentation, joue un rôle majeur. Qu'elles aient été menées en France ou dans un environnement urbain, sanitaire et social différent comme les États-Unis ou le Royaume-Uni, toutes les études sur le lien entre le niveau socio-économique et ces pathologies sont concordantes.

Quel est l'impact de la précarité sur les maladies chroniques ?

Plusieurs études françaises réalisées sur de grandes cohortes ont montré que le niveau socio-économique a un impact direct sur les maladies chroniques, soit en favorisant leur développement, soit en induisant une surmortalité.

Le programme de recherche SIR (Santé, Inégalités et Ruptures Sociales), qui étudie les interrelations entre les situations sociales des individus et leur état de santé, a mis en évidence une association inverse entre les revenus individuels, les revenus moyens d'un quartier ou le niveau scolaire et la prévalence de l'obésité¹.

Le risque d'obésité est multiplié par un facteur qui peut atteindre 2,34 chez les ménages ayant les revenus moyens les plus faibles. Ces données ont été confirmées par l'étude **RECORD** (Residential Environment and Coronary Heart Disease) qui a comparé les associations entre l'environnement alimentaire appréhendé au niveau individuel, le niveau

socio-économique et les taux d'obésité à Seattle et à Paris². Dans ces deux villes ayant un environnement différent, il existe une corrélation entre la valeur immobilière, les revenus du foyer et le niveau scolaire d'une part, et le taux de surpoids et d'obésité, d'autre part. Aux États-Unis, l'augmentation de la pauvreté s'accompagne d'une élévation de l'indice de masse corporelle (IMC).

Une association entre désavantage social et mortalité

Comme l'obésité, le diabète de type 2 (DT2) est une maladie métabolique multifactorielle liée à des facteurs génétiques et au mode de vie, et dans laquelle le niveau socio-économique est un déterminant important. En témoigne l'analyse de données montrant que la prévalence du DT2 en France augmente en fonction de l'indice de désavantage social (indice calculé au niveau communal, avec une répartition des populations en cinq catégories [quartiles] allant des moins au plus défavorisés)³.

En utilisant également un indice de désavantage social, une autre étude française a objectivé une association forte et significative

entre les conditions socio-économiques et les différences de mortalité⁴.

Cette association concerne pratiquement toutes les causes de décès, dont les maladies cardiovasculaires et les cancers, ainsi que les troubles mentaux, les maladies endocrinianes, respiratoires, digestives... Elle est plus marquée chez les hommes qui sont sans doute moins sensibles aux messages de prévention et ont plus tendance à adopter des comportements à risques que les femmes. L'inégalité en termes de mortalité se caractérise par d'importantes disparités régionales. Dans le Nord-Pas-de-Calais, la mortalité est, de loin, la plus élevée, en lien avec le faible niveau de vie de ses habitants.

L'impact de la catégorie socio-professionnelle des parents

Parce que les aliments les plus riches en calories sont les moins coûteux, on comprend bien le choix des populations les plus défavorisées, avec ses conséquences potentielles sur la santé. Et cela d'autant que la catégorie socio-professionnelle influence les habitudes de vie. Ainsi, les enfants de grande section de maternelle, dont les parents sont des cadres, mangent davantage de fruits et de légumes que les enfants des ouvriers et des employés⁵.

De même, chez les collégiens, le risque de surpoids varie selon le statut socio-professionnel des parents, en défaveur des enfants d'ouvriers qui ont un accès plus difficile aux équipements d'activité physique et à l'alimentation⁶.

D'autres observations abondent dans le même sens. Au Royaume-Uni, il a été montré que le stress social (reflet des conditions de travail) multiplie par 2,5 le risque de syndrome métabolique⁷. D'après une étude menée dans plusieurs villes européennes, un environnement verdoyant et sans graffitis incite à davantage d'activité physique et, par conséquent, a des effets bénéfiques vis à vis de l'obésité⁸. Enfin, une équipe française a constaté que la variété alimentaire, gage d'un meilleur état de santé, est proportionnelle au niveau d'éducation et aux revenus⁹.

Symbolique du corps et de la nourriture

A ces conditions environnementales, sur lesquelles l'individu a peu de prises, s'ajoutent des considérations culturelles. Il existe des aspects symboliques dans l'image du corps et de la relation à la nourriture. Au début du XXe siècle, être « bien en chair » prouvait la réussite sociale.

Aujourd'hui, c'est l'inverse. Pour autant, dans les populations en situation de précarité, on va peut-être considérer que c'est quand même bien de pouvoir montrer qu'on peut se nourrir ce qui confirme le dicton populaire, « *mieux vaut faire envie que pitié* ».

Trouver des leviers de changement

« Jean-Paul Kaufman disait : « Quand la famille disparaît, le repas disparaît », mais aussi, quand le repas disparaît, la famille aussi. »

Pour toutes ces raisons, mais aussi parce qu'elles sont plus sensibles à la publicité et moins réceptives aux messages de prévention santé, les personnes disposant de faibles revenus ont plus difficilement que les autres un comportement favorable à la prévention des maladies chroniques.

Nous devons donc mobiliser nos efforts pour trouver des leviers de changement.

- L'éducation des enfants,
- La revalorisation de l'estime de soi,
- L'amélioration du cadre de vie,
- Les changements de culture à l'égard de certains comportements,
- Un accès facilité aux soins, à l'information et aux dépistages,
- Une plus grande disponibilité des médecins, mais aussi
- Une cohérence dans les discours de santé publique

constituent autant de leviers de changement que nous devons actionner pour aider ces populations qui paient un lourd tribut à leurs conditions de vie.

« Les inégalités de santé, qui ont des origines multiples, sont favorisées par des facteurs socio-économiques. »

1 : Cadot E et al. BEH 2011 ; 8-9 : 91-94. 2 : Drewnowski A et al, Int J Obes (Lond) 2014 ; 38 : 306-14. 3 : Mandereau-Bruno L et al. BEH 2014 ; 30-31 : 493-9. 4 : Rey G et al. BEH 2011 ; 8-9 : 87-90. 5 : Guignon N et al. DRESS. Étude et résultats. N° 137, septembre 2010. 6 : Casey R et al. Int J Obes (Lond) 2012 ; 36 : 914-9. 7 : Chandola T et al. BMJ 2006 ; 332 : 521-5. 8 : Ellaway A et al. BMJ 2005 ; 331 : 611-2. 9 : Darmon N et al. Public Health Nutr 2004 ; 7 : 21-7.



Pascale HEBEL

Directrice du département consommation du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC)

Être en situation de précarité modifie considérablement les modes de vie, en particulier le rapport à l'alimentation, et expose les personnes concernées à un plus grand risque vis-à-vis des maladies métaboliques.

Quel lien entre précarité et modes de vie ?

Des dépenses contraintes de plus en plus lourdes pour les budgets modestes

L'évolution économique en France se traduit par des dépenses contraintes (logement, eau, énergie) de plus en plus fortes, qui pèsent plus lourdement chez les personnes les plus modestes. Ces inégalités selon le niveau de vie se sont creusées en 20 ans.

Entre 1979 et 2005, le poids des dépenses contraintes dans le budget des catégories les plus pauvres a doublé, passant de 24 % à 48%, soit nettement plus que pour les ménages à hauts revenus chez lesquels il n'augmente que de 7 points (de 20 % à 27 %). Il en est de même pour les dépenses consacrées à l'alimentation qui représentent désormais 30 % du budget des populations les moins favorisées contre 8 % de celui des plus aisées.

Lorsque se loger et manger correctement pèse à hauteur de 80 % sur ses revenus, que reste-t-il pour prendre soin de soi, se faire plaisir, en sachant que cet état de fait a des conséquences non négligeables sur le mode de vie ?

Le sport progresse dans les milieux modestes, mais reste moins pratiqué que chez les cadres

En ce qui concerne l'activité physique, une amélioration a été constatée depuis la fin des années 1960, en particulier chez les ouvriers :

31,5 % d'entre eux pratiquaient un sport en 1967, 92 % en 2010. Certes, l'écart avec les cadres supérieurs s'est réduit, mais il perdure (67,7 % en 1967 et 97 % en 2010) en raison, probablement, de l'accès payant aux équipements.

L'insécurité alimentaire a doublé en 5 ans

En ce qui concerne l'alimentation, quand bien se nourrir coûte cher, les ménages se privent et ont tendance à choisir les produits les moins chers avec, comme corollaire, une diminution de la variété des aliments dans l'assiette.

À noter que la crise a aussi aggravé les difficultés d'accès à une nourriture suffisante ou de son choix. En France, cette

insécurité alimentaire a doublé entre 2008 et 2013.

Dans l'enquête « Comportements et Consommations Alimentaires en France » (CCAF) 2013 du **CREDOC**, 4 % de la population a déclaré ne pas avoir assez à manger en quantité contre 2 % cinq ans auparavant. Il s'agit souvent de personnes ayant les plus petits revenus (14 %), mais aussi de détenteurs du plus petit budget alimentaire (10 %).

De plus, 28 % des Français disent avoir suffisamment à manger, mais ne pas consommer tous les aliments qu'ils souhaitent. Au total, 32 % de la population est donc en insécurité alimentaire quantitative ou qualitative. Les personnes âgées, jusqu'alors les plus touchées, ont été remplacées par les jeunes, les chômeurs et les mères célibataires.

« Auparavant, les populations ouvrières vivaient ensemble, partageaient les repas. Aujourd'hui, ce n'est plus le cas ; avec l'urbanisation, elles se sont éloignées de ce mode de vie. »

Un risque accru de déficiences nutritionnelles

Contrairement à une idée reçue, les enfants de familles à très faibles revenus ne mangent pas plus de mauvais produits. Ils mangent surtout moins de bons produits comme les fruits et les légumes.

Les produits gras et sucrés (par exemple le chocolat) qui sont chers sont davantage consommés par les enfants des milieux aisés.

Un éloignement du modèle alimentaire français

Au cours du temps, les personnes les plus modestes se sont progressivement éloignées du modèle alimentaire français avec ses repas conviviaux festifs.

Parmi les plus précaires, seulement 10 % ont des repas conformes à ce modèle contre 20 % chez les plus aisés. De plus, les plus modestes prennent la moitié de leurs repas seuls, ce qui n'arrive que dans 15 % des cas chez les plus aisés.

On observe, par ailleurs, une tendance croissante à délaisser le petit-déjeuner, surtout dans les populations défavorisées.

Selon les données du **CREDOC**, environ 30 % des enfants de 3-14 ans et 20 % des adultes ne prennent pas de petit-déjeuner le matin. En 2003, 11 % des enfants sautaient au moins un petit-déjeuner par semaine. Dix ans plus tard, ils étaient 29 %.

Les enseignants ont aussi constaté que le nombre d'enfants du primaire arrivant le ventre vide à l'école augmente (47 % en 2015). Il est deux fois plus important dans les zones d'éducation prioritaire; ces élèves ont souvent des douleurs abdominales et des malaises en fin de matinée.

La France est l'un des pays où le ratio entre les personnes obèses et pauvres d'une part, et les personnes obèses et riches d'autre part, est le plus fort. Cette inégalité très importante vis-à-vis de l'obésité découle notamment de l'évolution des modes de vie, et plus particulièrement des conditions dans lesquelles sont pris les repas.

En conclusion, les populations les plus modestes ont des contraintes économiques de plus en plus fortes. Elles continuent à avoir un peu moins d'activités physiques que les plus favorisées, même si l'écart s'est réduit, et suivent moins le modèle alimentaire français, notamment le partage des repas à plusieurs dans un moment de convivialité.

« Dans les milieux les plus modestes, on mange moins de fruits, moins de légumes, moins de poisson. »



François SOULAGE
*Président du Collectif ALERTE,
ancien président du Secours Catholique*

Si les chemins d'entrée dans la précarité se sont multipliés, les possibilités d'en sortir se sont raréfiées avec la crise. Augmentation du chômage, absence de liens familiaux, isolement géographique,... sont autant de circonstances qui conduisent un nombre croissant de Français à vivre en situation de précarité.

Quels chemins mènent à la précarité ?

Il faut bien distinguer la pauvreté de la précarité. En France, la pauvreté touche les personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté fixé à 993 € par unité de consommation (UC) et par mois. Ce concept d'UC prend en compte les économies d'échelle résultant de la vie en groupe. Ainsi, le seuil minimal de ressources déterminant la pauvreté s'établit à 993 € pour une personne seule, 1 485 € pour un couple et 2 085 € s'il y a deux enfants en bas âge. **Le seuil de pauvreté correspond à 60 % du revenu médian des ménages et la grande pauvreté à 40 % du revenu médian, soit 662 €.** Cette dernière concerne souvent des familles monoparentales.

La précarité, quant à elle, est l'incertitude de conserver ou de récupérer une situation acceptable. Elle touche avec préférence les chômeurs, les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) et les jeunes de moins

« À moins de 1 000 € par mois, un parent avec deux enfants est en-dessous du seuil de pauvreté, même s'il travaille. »

de 25 ans, y compris ceux en insertion, ceux qu'il est convenu d'appeler « les travailleurs pauvres » et, particulièrement, les personnes étrangères.

La précarité est une notion sociétale plus relative que celle de pauvreté car elle dépend non seulement des ressources pécuniaires, mais aussi, plus globalement, des liens sociaux. Par conséquent, la précarité varie selon les régions et les populations. À ces situations différentes, il faut apporter des réponses adaptées. Pour cette raison, la question essentielle de la précarité ne doit pas être traitée de manière globale.

Les chemins vers la précarité sont nombreux

En 2013, selon la dernière enquête de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), la France comptait 14 % de pauvres, une proportion en légère baisse par rapport aux données précédentes (-0,3 points). En revanche, le nombre de personnes en grande pauvreté a continué à s'accroître. Les derniers chiffres publiés, concernant 2014,

indiquent une légère remontée à 14,2 %.

Les chemins pouvant conduire vers la précarité sont multiples : la perte d'emploi, bien sûr, mais aussi l'absence de liens familiaux, les difficultés pour se loger, un handicap, l'éloignement géographique... Cependant, en dehors de la perte d'un emploi, il n'y a pas de cause principale d'entrée dans une situation de précarité. **Les causes s'additionnent** et se répercutent les unes sur les autres, aggravant peu à peu la situation des personnes.

« Le plan de lutte contre la pauvreté veut éviter une aggravation de la situation, mais ne permet pas de la renverser. »

L'isolement géographique et le coût du logement, deux facteurs importants de précarité

L'isolement géographique entraîne une réduction de l'accès aux droits, à l'école et aux services publics, donc aux hôpitaux et, de ce fait, aux soins.

Dans certaines zones, il peut être aggravé par la fermeture des hôpitaux et des maternités de proximité. Un autre exemple de facteur de précarité est le coût du logement. Face à la flambée des loyers et des prix de l'immobilier, deux solutions peuvent être envisagées par les ménages : soit rester dans des habitats dégradés ou mal adaptés à une vie de famille, s'exposant ainsi à un risque accru de problèmes de santé ; soit aller habiter de plus en plus loin et, par conséquent, s'éloigner des zones d'emploi, mais aussi de leurs amis et de leur famille, d'où un isolement social.

À cause de l'augmentation du temps de transport quotidien, les personnes arrivent au tra-

vail déjà fatiguées. Il n'est pas étonnant que le nombre d'accidents du travail soit beaucoup plus important dans cette population.

« Peu de personnes sortent de la grande pauvreté, même si le taux de pauvreté diminue légèrement. »

Un « reste à vivre » de plus en plus maigre

La crise économique accentue le décalage entre les ressources et les charges, et réduit in fine le « reste à vivre ». Pour environ 1,5 millions de Français, le reste à vivre varie de 150 à 250 € par mois. En raison de l'inefficacité de notre système redistributif, ce reste à vivre se réduit chaque année pour les plus pauvres. Ils sont donc obligés de recourir aux Restos du Cœur, au Secours Populaire, au Secours Catholique ou à d'autres structures d'aide, soit pour des aides alimentaires, soit pour des aides financières ponctuelles.

Cette question ne doit toutefois pas être traitée sur un plan purement statistique car le « reste à vivre » est vécu différemment selon que l'on habite en région parisienne, dans un quartier difficile, avec des dépenses de transport, ou que l'on est un retraité vivant dans une petite maison à la campagne. L'amélioration de cette situation relève d'une responsabilité politique. Parce qu'il est « plus facile de descendre d'une marche que de la remonter », enrayer au plus vite le glissement vers la précarité doit devenir une priorité de santé publique. Et le plan de lutte contre la pauvreté présenté par le Gouvernement ne me paraît pas y répondre aux mieux.

L'influence de la crise économique sur la précarité s'explique par la montée du chômage, qui prive de revenus, la multiplication des emplois précaires qui empêche de s'inscrire dans l'avenir, le décalage entre dépenses et ressources qui diminue le « reste à vivre », les difficultés de logement, faute d'une politique active de logement social, et l'individualiste et le repli de soi face à l'incertitude.



Annie PODEUR

Secrétaire générale du Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE)

Permettre l'égal accès de chacun à la prévention est une priorité du projet de modernisation du système de santé porté par Marisol Touraine. Mais si l'impulsion doit être donnée par les pouvoirs publics, sa mise en œuvre est l'affaire de tous et de chacun.

Quelle égalité d'accès à la prévention ?

La France doit procéder à une vraie révolution culturelle. Passer du cure au care, passer d'un système de soins curatif et hospitalo-centré, à une approche globale, celle du « prendre soin ». Un changement de paradigme qui ne relève pas des seules législations, réglementations et régulations financières. Il s'agit d'un devoir collectif qui va bien au-delà du seul champ de la santé et qui engage notre capacité à vivre ensemble.

La prévention, difficilement évaluable

Une législation, si ambitieuse soit-t-elle, ne peut suffire à permettre cette révolution. On l'a vu avec la loi de santé publique de 2004, qui juxtaposait trop d'objectifs sans véritable cohérence (104 objectifs) : si l'accès aux soins des plus démunis a quelquefois été facilité, il s'agissait toujours de soins curatifs, prodigués dans les hôpitaux et, plus particulièrement, aux urgences.

Avec seulement quelques centaines de millions d'euros investis dans la prévention quand plus d'une centaine de milliard est dédiée au curatif, la prévention fait figure de parent pauvre de la santé.

Si certaines structures hospitalières mettent en œuvre des actions de prévention, notamment au sein de leurs services consacrés à la prise en charge des maladies métaboliques, ces actions sont dispersées et n'arrivent pas à se fédérer. En outre, leur évaluation est difficile, car il faut des années pour pouvoir mesurer des résultats dans le champ de la prévention. Les changements fréquents de politique, au gré desquels sont abandonnées certaines mesures parce qu'elles ne sont pas immédiatement efficaces, ne permettent pas ce recul.

Dans ce système, certes performant, mais qui priviliege le curatif, **les personnes en grande difficulté attendent la dernière minute pour se soigner** et présentent des complications qui alourdissement leur prise en charge. En 2035, la France comptera 12 millions de personnes âgées de plus de 75 ans, dont certaines largement en-dessous du seuil de pauvreté, qui accèderont difficilement aux soins de proximité. S'y ajoutent les malades atteints de pathologies chroniques, les personnes en situation de handicap (physique ou mental), les familles monoparentales (en majorité des femmes) et, enfin, les jeunes.

Trouver des solutions pragmatiques

Les dispositifs législatifs et réglementaires ainsi que les modalités de la régulation financière du système de santé doivent être remis en cause. Il faut trouver des solutions pragmatiques, différencierées selon les territoires, à la fois personnalisées et collectives. Dans ce cadre, les propositions du **Conseil économique, social et environnemental (CESE)** pour faire face à des besoins sociaux croissants sont intéressantes.

« C'est incroyable que dans un pays comme la France, nous n'arrivions pas à promouvoir cette approche communautaire de la santé. »

Le CESE plaide pour une stratégie d'investissement social, non seulement dans le champ sanitaire, avec l'organisation d'une prévention en santé plus précoce, mais aussi dans d'autres domaines comme l'accueil des jeunes enfants de familles pauvres ou porteurs d'un handicap, l'investissement dans la jeunesse ou encore l'amélioration de l'accès à l'information et aux prestations sociales.

« Concrètement, quels leviers pouvons-nous mobiliser par rapport à ces situations ? Je vous en propose trois : **la promotion de la démocratie sociale, l'investissement dans l'éducation, la formation et le numérique.** »

Promouvoir la démocratie sociale

Promouvoir la démocratie sociale, c'est s'appuyer sur les réseaux associatifs. Malgré les difficultés à recruter des citoyens bénévoles, il existe de nombreuses associations de patients en France. Lorsqu'elles se mobilisent, elles peuvent faire bouger les lignes. La loi sur les droits des malades de 2002, notamment, est issue de cet engagement.

Dans les zones rurales mais également en zones urbaines, défavorisées, les Centres communaux d'action sociale jouent un rôle extraordinaire aux côtés des associations humanitaires, et sont souvent à l'origine d'initiatives simples et

peu onéreuses pour promouvoir la santé auprès des personnes en situation de précarité.

« Il faut aider les personnes en situation de précarité à construire un avenir qui soit possible et qui intègre la préservation de leur capital santé. »

Investir dans l'éducation

Nous devons investir dans l'éducation des enfants à la prévention et profiter du temps périscolaire pour les sensibiliser à l'intérêt de la prévention, au sport, à une bonne hygiène de vie et à l'environnement.

Dans les entreprises, il faut apprendre à mieux gérer les risques professionnels. Si cette culture progresse dans les grandes structures, elle a du mal à s'implanter dans les entreprises les plus petites.

Enfin, l'ensemble des professionnels de santé doit bénéficier d'une formation initiale et continue aux pratiques collaboratives ainsi qu'à la santé communautaire.

Si l'on veut voir émerger des maisons de santé pluridisciplinaires en France, l'offre ambulatoire doit être structurée de manière plus collective et des passerelles doivent être créées entre les professionnels de santé et les paramédicaux.

S'appuyer sur le numérique

Nous devons saisir l'opportunité de l'évolution numérique, qui va bien au-delà de la télémédecine. Le téléphone portable constitue sans doute un moyen ludique d'éduquer les Français à la santé. Internet apparaît comme un support extraordinaire pour la prévention primaire ainsi que pour la prévention secondaire via des messages ciblés rappelant par exemple la date des examens de dépistage. Ce canal peut aussi devenir un support de lanceurs d'alerte.

Enfin, la télésurveillance à l'aide des objets connectés et des dispositifs médicaux peut venir compléter l'éducation thérapeutique.

Réformer le financement public du système de santé pour un meilleur accès à l'éducation et à la prévention santé.

Avec un système de santé ultra endetté, construit historiquement sur le soin et la rémunération à l'acte, comment accorder à la prévention la place qu'elle mérite ? L'Etat doit-il simplement déplacer le curseur et augmenter son financement au détriment des soins, ou le système doit-il être entièrement repensé de sorte que l'éducation à la santé soit enfin perçue comme un investissement à long terme ?

Quelles sont les mesures concrètes que l'on peut d'ores et déjà envisager pour amorcer ce changement de paradigme, du « cure » vers le « care » ?

Claude EVIN

« En 2013, le financement global de la prévention par l'Etat et par l'assurance-maladie était de 5,8 milliards d'euros sur un ONDAM (Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie) de 163 milliards d'euros. »



La quasi-totalité de l'argent public est consacrée aux soins

En 2013, sur les 163 milliards d'euros de dépenses de santé, seuls 5,8 milliards ont servi à financer des actions de prévention. « Prévenir les maladies ne semble pas être une priorité politique.

Aujourd'hui, la quasi-totalité de l'argent public est mise sur les soins. Comment le déplacer pour le mettre sur l'évitement des maladies chroniques, qui coûtent de plus en plus cher en soins ? », s'interroge Claude Evin.

Pour l'ancien directeur de l'ARS Ile-de-France et ancien ministre, cela prendra du temps, mais c'est un changement qu'il faut mener. Seul moyen d'y parvenir selon lui : augmenter les enveloppes budgétaires au niveau régional.



Christophe JACQUINET

« A l'école, à l'université, il y a des associations qui doivent être financées et qui peuvent faire mieux que ce qui se fait aujourd'hui en matière d'éducation et de promotion à la santé au sens général du terme. »

Des politiques de santé adaptées pour chaque région

Car depuis 2010, ce sont les régions qui mettent en œuvre la politique de santé publique nationale. On a en effet réalisé que les besoins des populations les plus vulnérables diffèrent d'une région à l'autre. Pour mieux y répondre, il faut donc être au plus près d'elles. Les agences régionales de santé (ARS) ont ainsi été créées pour résoudre cette équation. Leur démarche est ainsi d'identifier les spécificités régionales et territoriales de la région qu'elles couvrent, puis d'élaborer un « diagnostic » afin de proposer une démarche santé adaptée. En Ile-de-France par exemple, l'ARS a établi une cartographie du diabète de type 2 sur l'ensemble du territoire, et constaté qu'elle se superposait à celle de l'indice de développement humain (indice créé par le Programme des Nations Unies pour le Développement, le PNUD, en 1990) : plus celui-ci est faible, plus le taux de diabète de type 2 est élevé.

Ce constat a amené l'ARS IDF à s'interroger sur les moyens de cibler les malades pour améliorer leur accès à la prévention et aux soins. Personnaliser la prévention pour mieux atteindre la population cible a un coût. Dès lors, s'est posée la question : comment financer cette démarche ?

La prévention, une question de choix politique

C'est le Fonds d'intervention régional, créé par la loi de financement de la sécurité sociale en 2012 (loi « Hôpital, patients, santé, territoires » - HPST), qui finance les ARS. Son budget provient pour partie de l'Etat, pour partie de l'Assurance Maladie.

Si les ARS disposent d'une enveloppe pour mettre en œuvre des actions de prévention en accord avec la politique de santé publique, la conjoncture actuelle conduit l'Etat à diminuer sa contribution. « Comment faire mieux avec si peu de moyens ? »

C'est tout l'enjeu auquel sont confrontées en permanence les ARS. Pourtant, malgré un budget contraint, certaines régions parviennent tout de même à augmenter le montant des crédits attribués à la prévention. C'est le cas en Rhône-Alpes, où l'ARS a décidé de le doubler... en rognant d'autant le soutien financier aux établissements de santé hospitaliers. « Un choix de politique de santé à l'échelon régional », difficile, mais qu'assume parfaitement Christophe Jacquinet, ancien directeur général des ARS de Rhône-Alpes et de Picardie. « Si on veut développer la prévention auprès des populations précaires, on va trouver l'argent dans l'enveloppe existante ». Des choix délicats qui méritent une réflexion d'ensemble, mais qui prouvent que « quand on veut, on peut ».

Gérard BAPT

« Il y a une mesure qui est très importante dans la loi Santé, c'est le parcours éducatif à la santé de l'enfant. »



L'éducation nutritionnelle, un pari payant

Ceci étant, tout ne dépend pas de l'argent. La sensibilisation aux actions de prévention et à leur intérêt repose aussi sur l'éducation, tant

au niveau de l'école que de la famille, rappelle le Dr Jean-Michel Lecerf, chef du service nutrition Fondation – Institut Pasteur de Lille, et modérateur du débat. « Eduquer à mieux tenir compte de ce qu'il faut éviter pour ne pas obéir sa santé », c'est le principe sur lequel repose le programme EPODE (rebaptisé VIF pour Vivons En Forme depuis 2011), rappelle Gérard Bapt, député PS, rapporteur du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS). Lancé par deux médecins en 1992 dans deux villes du Pas-de-Calais (Fleurbaix et Laventie), ce programme original a montré que l'éducation nutritionnelle des enfants puis de leur famille, associée à la pratique d'une activité physique, réduisait le surpoids et l'obésité. Présenté comme un modèle du genre, il a été intégré au sein du programme européen d'éducation à la santé, EEN (Réseau européen EPODE), qui regroupe d'autres interventions ayant elles aussi pour but de promouvoir un mode de vie sain afin de lutter contre les problèmes de santé liés à la nutrition, au surpoids et à l'obésité.

En France, le programme a été étendu à 250 villes qui ont mis en place des micro-actions. Résultat : la prévalence du surpoids et de l'obésité a baissé de 20 à 25 % chez les enfants. « Quand les élus se mobilisent pour financer les cotisations pour de l'activité physique des plus précaires, les résultats sont là ».

Le sport sur ordonnance retoqué au Sénat

Le sport sur ordonnance, c'est ce qu'a proposé Valérie Fourneyron, médecin, parlementaire et députée PS, au travers de trois amendements au projet de loi de modernisation de notre système de santé.

- Le premier inscrivait l'activité physique comme un outil de santé publique, au même titre que la lutte contre le tabagisme par exemple.
- Le deuxième proposait de simplifier le certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport en allégeant la fréquence de renouvellement en l'absence de risque individuel.

- Enfin, le troisième amendement reconnaissait l'activité physique comme une thérapeutique non médicamenteuse et, à ce titre, autorisait sa prescription chez les patients souffrant d'une affection de longue durée (ALD).

Pour l'ancienne ministre des Sports, il s'agissait d'une « traduction de ce que l'on voit se développer sur nos territoires ». Des professionnels de santé commencent en effet à s'organiser ça et là pour prescrire de l'activité physique à certains de leurs patients comme c'est le cas à Strasbourg, ville pionnière, ou encore à Biarritz.

Valérie FOURNEYRON

« Il faudrait permettre à toutes les femmes et tous les hommes qui ont eu un cancer du sein ou un cancer de la prostate de bénéficier d'une activité physique prescrite par leur médecin. C'est 30 % de récidives en moins. »



Valérie Fourneyron soutient qu'il est nécessaire de traduire dans la loi ce qui est déjà opérationnel dans les réseaux sport-santé. Crées en 2012, ils ont pour but de mettre en place les politiques de développement du sport comme outil de santé publique à l'échelon régional, pour être au plus proche des besoins.

Les ARS en font d'ailleurs partie, tout comme les caisses primaires d'assurance maladie, certaines mutuelles ou encore les collectivités locales. Ensemble, elles financent entièrement l'accueil et le suivi de patients disposant d'une prescription médicale pour une activité physique. En Champagne-Ardenne par exemple, le réseau est financé par la Sécurité Sociale et la mairie de Reims. « En créant une loi encadrant de tels dispositifs, l'Etat assurerait une prise en charge de qualité », estime Valérie Fourneyron. Pour Dominique Tian, député Les Républicains, l'amendement de Valérie Fourneyron était « plein de bon sens ». Celui-ci prend pour exemple Marseille, où la

ville et la faculté de médecine se sont mobilisées pour trouver des terrains de sport et des gymnases afin d'aider un médecin travaillant sur les thématiques « cancer et douleur » et « cancer et sport ».



Dominique TIAN

« La santé est devenue quelque chose que l'on compte. »

Dominique Tian en est convaincu, « les bienfaits du sport sont tout à fait évidents. » Plus globalement, la politique de prévention en France est un peu en panne, estime le député Les Républicains. « Entre les intentions et leur réalisation, il y a peut-être beaucoup de temps perdu ».

Les objets connectés, outils de prévention ou gadgets branchés ?

Et quid des objets connectés ? Quel rôle peuvent-ils jouer dans l'accès à l'éducation et à la prévention santé ?

Pour Mathias Matallah, président de JALMA, cabinet de conseil spécialisé dans la santé, en facilitant l'accès aux dépistages grâce à des alertes électroniques et en simplifiant le suivi des maladies chroniques, ces objets peuvent réduire les coûts de la prévention. Reste la question de l'utilisation des données personnelles, celle des « big data », qui en effraie plus d'un...

C'est d'ailleurs cette crainte des Français à partager leurs informations de santé qui a, sinon bloqué, du moins considérablement ralenti la création du dossier médical personnel (DMP). Censé regrouper en un seul document informatisé toutes les informations de santé d'un malade, accessibles à tous les médecins :

- il devait améliorer le suivi des soins et entraîner 2 milliards d'euros d'économies,
- à ce jour, il en a déjà coûté entre 500 millions et 1 milliard, pour à peine 400 000 DMP créés sur les 5 millions prévus.

Initialement confiée à l'ASIP (Agence des systèmes d'information partagés de santé), la mise en œuvre du DMP est désormais sous la responsabilité de l'Assurance Maladie.

Laquelle se donne deux années supplémentaires pour réfléchir à un meilleur dispositif. Pour Gérard Bapt, ce vaste gaspillage traduit un manque de communication et une lourdeur administrative sans égal. Il n'est malheureusement pas isolé : entre la répétition des actes médicaux lors du transfert d'un patient d'un établissement à un autre, ou les frais de transport sanitaire abusifs, « l'argent de notre vieille Sécu n'est pas toujours utilisé au mieux... »

Mathias MATAALLAH

« L'intérêt des objets connectés, des smartphones, etc., c'est qu'ils facilitent considérablement l'accès aux dépistages et au suivi des maladies chroniques. »



Des mesures concrètes pour le PLFSS 2016

« En attendant ce changement de paradigme qui semble faire l'unanimité, il faut soutenir toutes les démarches de prévention », estime Claude Evin.

QUELQUES CHIFFRES

Près de 15 millions de Français sont atteints de maladies chroniques. Plus de 600 programmes d'éducation thérapeutique ont été autorisés par l'ARS Île-de-France, dont la plupart sont réalisés en milieu hospitalier et non en ambulatoire. En 2002, il existait deux réseaux « sport, santé et bien-être » en France. Aujourd'hui, il y en a dans pratiquement toutes les régions. Une activité physique prescrite par le médecin permet de réduire de 30 % le risque de récidives des cancers du sein ou de la prostate.

« Surtout, comme dans le champ médical où les études médico-économiques se multiplient, elles doivent faire l'objet d'une évaluation de leur ratio coût/bénéfice, afin de permettre aux politiques de santé de surmonter les obstacles, notamment les lobbies », ajoute Gérard Bapt.

Christophe Jacquinet propose, quant à lui, la suppression des publicités pour les aliments hyper caloriques à destination des enfants ; une idée qui n'est pas nouvelle, et qui avait donné lieu en 2009 à l'obligation pour les industriels agro-alimentaires de diffuser un message de prévention sanitaire (« Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé »).

Valérie Fourneyron et Mathias Matallah s'accordent sur l'enjeu majeur que représente la prévention du diabète de type 2, mais quand la première prône le sport pour y parvenir, le second mise sur l'observance des traitements pilotée par les objets connectés.

On l'aura compris, l'Etat cherche par tous les moyens à faire des économies pour combler le déficit de l'Assurance Maladie qui devrait atteindre 7,2 milliards d'euros cette année. Force est de constater que l'investissement à long terme que nécessite la prévention ne répond pas à cette urgence. Mais des volontés sont là pour passer du « cure » au « care ». Et si ce n'est vers l'Etat, c'est peut-être vers les entreprises privées qu'il faudra se tourner pour obtenir des aides financières.

Innover dans le secteur privé pour financer l'accès de tous à l'éducation et à la prévention santé

Avec des aides publiques qui commencent à se tarir, augmenter la part de la prévention dans le système de santé pour aller davantage vers la prévention suppose de trouver d'autres sources de financement.

Celles-ci peuvent-elles venir du secteur privé ? Si oui, comment renforcer les partenariats publics-privés ? Quelles sont les contraintes législatives à surmonter ? Les laboratoires pharmaceutiques ont-ils un rôle à jouer dans la création de services innovants ?

Michèle ANAHORY
Avocate à la Cour, Partner, cabinet DLA Piper Paris, docteur en droit



Le privé, interdit de participer à la politique de santé... mais autorisé à apporter son soutien financier

« En France, aujourd'hui, la mise en place de politiques de santé relève exclusivement de l'État.

Le Code de la santé publique interdit, en effet, au secteur privé de participer à l'élaboration et à la mise en place du « soin » dans le sens large de la santé », explique **Michèle Anahory**, avocate (Partner, cabinet DLA Piper Paris) et docteur en droit.

Par contre, on l'« autorise » à financer les politiques de santé publique. Cette contradiction, tout comme l'opposition systématique et très française du public et du privé, représente une véritable contrainte pour le secteur

privé qui voudrait participer à l'éducation et à la prévention santé.

Il existe cependant des outils pour permettre aux institutions soumises au Code de la santé publique et à celles relevant du Code civil de pouvoir travailler ensemble, comme le **gouvement de coopération sanitaire** (GCS). Cet outil privilégié permet au secteur privé et au secteur public de mettre en commun des moyens, matériels ou de personnels, autour d'un projet. Cependant, dans la pratique, la mise en œuvre des projets dans le cadre d'un GCS reste très difficile.

« On ne fait malheureusement appel au secteur privé que pour contribuer financièrement aux politiques de santé, et sous certaines conditions, sans l'associer en tant que tel à l'élaboration de celles-ci. »

Une autre problématique est celle de la **définition-même de la prévention**, qui n'est pas suffisamment précise, estime l'avocate : « *Le seul accès aux soins me semble un peu restrictif* ». Le contenu des mesures de prévention des maladies chroniques (bien manger, bien dormir, bouger...) montre bien qu'elle participe à la qualité de vie. « *C'est peut-être en ce sens que nous allons pouvoir sortir de la contradiction dont est victime le secteur privé* ».

Le secteur privé a une place dans les domaines qui ne concernent pas directement le

soin et la santé, mais qui touchent la qualité de vie, le sommeil, le bien-être physique, etc. L'industrie pharmaceutique porte un grand intérêt à ce champ d'activités et, en collaboration avec les « **GAFA** » (Google, Apple, Facebook, Amazon) travaillent activement au développement d'outils technologiques qui pourraient faciliter la prévention.

Le recueil d'informations individuelles qu'impliquent ces actions suscite certaines inquiétudes quant à leur protection et à leur utilisation à bon escient. Comme le rappelle **Michèle Anahory**, « *il n'y a pas d'outil juridique dédié spécifiquement aux objets connectés dans le secteur de la santé. On est dans le domaine des objets, des biens matériels* ».

Ces problématiques sont donc traitées au cas par cas et de façon empirique grâce aux dispositions de l'article 1386-1 du Code civil sur la responsabilité du fait des produits défectueux, et à la réglementation applicable aux dispositifs médicaux (en termes de vigilance, d'autorisation, de marquage CE...).

Comme les données de santé sont des données sensibles, elles sont également protégées par le régime des autorisations et des déclarations auprès de la **Commission nationale de l'informatique et des libertés** (CNIL).

Catherine COURBOILLET
Présidente du groupe Cerba European Lab et fondatrice du fonds de dotation « Institut Cerba »



Faire plus et mieux avec un même niveau de moyens

De l'avis de **Catherine Courboillet**, présidente du groupe Cerba European Lab, la question du financement et du manque de moyens est injustifiée. « *Nous avons largement les moyens de financer la prévention en France. C'est une question de volonté* ». Elle nécessite juste de mener une réflexion sur la manière d'utiliser l'argent différemment et de définir prioritairement la mise en place d'une organisation permettant de réaliser plus d'actions et d'optimiser leurs performances et leur pertinence.

Les compétences du groupe Cerba European Lab en matière de prévention lui ont valu d'être choisi par la Caisse nationale d'assurance maladie pour mettre en place le dépistage du cancer colorectal en France. Le groupe s'est également engagé dans l'amélioration de la prise en charge des patients infectés par le VIH.

Pour ce faire, il travaille avec des médecins généralistes libéraux et des médecins du service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Saint-Antoine (Paris) dirigé par le **Pr Pierre-Marie Girard**. « *Nous devons sortir du modèle de la file active gérée par l'hôpital pour aller vers des modèles avec des accompagnements ambulatoires, en utilisant les partenaires privés* », explique sa présidente.

C'est l'objectif de la création de la maison médicale Bastille. Les patients passeraient d'abord par la file active, avec une prise en charge médicalisée au sein de l'hôpital, puis par cette maison médicale, qui serait une « excroissance » privée de l'hôpital Saint-Antoine, où ils bénéficieraient d'une prise en charge globale. Avec des projets de ce type, « *nous cher-*

DÉBAT

« Quand on est une entreprise de santé, qu'on soit du secteur public ou privé, je considère qu'on a un devoir, celui de participer à l'amélioration de la prise en charge des patients. »

chons à être utile et ne raisonnons pas uniquement en termes de rentabilité », affirme **Catherine Courboillet**. C'est dans cet esprit que nous avons fondé **l'Institut Cerba**. Il s'agit d'un fonds de dotation qui finance l'accès des populations défavorisées à des tests médicaux comme le dépistage non invasif de la trisomie 21 dans le sang maternel. Parce qu'il utilise des technologies innovantes, ce test coûte cher (650 €) et n'est pas remboursé. Aucune publicité n'est faite autour de cette action, mais les gynécologues la connaissent et, en cas de besoin, la proposent à leurs patientes.

Il est également possible de faire de la prévention de manière efficace et peu coûteuse en s'appuyant sur l'école et en utilisant les moyens qui sont à notre disposition, comme les Smartphones pour envoyer des messages de prévention santé.



Dr François PELEN
Président du groupe Point Vision,
ancien vice-président de Pfizer

Les laboratoires s'investissent à travers des actions hors de leur domaine thérapeutique

En dépit de leur image « détestable », selon les termes du **Dr François Pelen**, président

du groupe Point Vision et ancien vice-président de Pfizer, les entreprises du médicament affichent une réelle volonté de mener des actions utiles dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé.

Pour ne pas être suspectés de mener des actions à seul but lucratif, certains laboratoires n'hésitent pas à se lancer dans des projets tout à fait indépendants de leur domaine thérapeutique. C'est le cas de Pfizer qui s'est engagé dans plusieurs programmes de santé, comme le programme mondial d'**éradi-cation du trachome** au travers, notamment, d'activités d'éducation sanitaire des populations en Afrique et en Asie. Les brevets qu'il détenait pour le traitement de cette maladie étant tombés dans le domaine public, il n'avait aucun intérêt financier à en retirer.

Le laboratoire a également développé le programme PPP (**Programme Patients Partenaires**) dans la polyarthrite rhumatoïde. « *Avec une association de patients polyarthritiques*, explique le Dr François Pelen, nous avons organisé des réunions entre étudiants en rhumatologie, chefs de cliniques, internes et patients volontaires associatifs qui se prétaient à une consultation type pour que les médecins puissent apprendre à examiner leurs patients ». Ce programme a rencontré un vif succès tant auprès des malades et des soignants que des associations de patients.

Enfin, Pfizer a proposé, sous ma responsabilité, gracieusement ses services aux associations pour l'organisation de programmes de formation de bénévoles au management, à la

communication, à Internet..., à raison de trois séances annuelles.

Il existe d'autres exemples de l'engagement de l'industrie pharmaceutique comme l'implication de Novartis dans la proximologie, une discipline centrée sur la prise en charge de l'entourage des malades. Ces accompagnants, dont le rôle est extrêmement important, sont les grands oubliés des soins.

« Très souvent, on pense que la prévention passe par soi, mais cela passe aussi par son entourage, surtout quand on est en position de faiblesse. »

Le Groupe Point Vision, de son côté, participe à la mise en place d'un dispositif dédié à la rétinopathie diabétique. « *Dans le cadre de la prévention secondaire, il est extrêmement important de dépister cette complication du diabète chez tous les patients identifiés* », rappelle le **Dr François Pelen**.

Le dispositif repose sur un programme de sensibilisation à la fois des médecins généralistes sur l'intérêt d'inciter leurs patients diabétiques à avoir un fond d'œil annuel, voire une rétinographie, et des ophtalmologues sur la prise en charge de ces patients. Les généralistes et les spécialistes intéressés doivent s'inscrire sur un fichier. Le problème actuel, c'est qu'ils le font séparément et qu'aucun lien systématique ne s'est encore établi entre eux. Ce programme très lourd et ambitieux est donc à la peine.

La prévention d'une profession, pour une action plus ciblée

Dans le domaine de l'assurance, **la prévention représente un investissement à long terme**. Par conséquent, les actions de prévention ne peuvent être utiles que pour les clients fidélisés.

« *Les professionnels de l'assurance ont tout intérêt à travailler avec l'ensemble d'une branche professionnelle et à établir un contrat sur le long terme* », souligne le directeur santé d'**AG2R LAMONDIALE**, **Philippe Quique**.

Ainsi les 120 000 salariés de 25 000 boulangeries artisanales ont l'obligation de cotiser à **AG2R LA MONDIALE**. Cette obligation n'est pas toujours bien perçue, mais elle permet de mutualiser le risque et de mobiliser des financements. « *La première opération que nous avons réalisée concerne la prévention de la carie du boulanger. Nous avons organisé un examen de prévention auprès du chirurgien-dentiste de chaque assuré, en tiers-payant, donc sans contrainte financière pour les salariés boulangers* ».



Philippe QUIQUE
Directeur santé AG2R La Mondiale

Cette opération a été bien reçue puisque le taux de professionnels qui ont fait la démarche est passé de 8 % la première année à 12,5 % la deuxième année. Afin de convaincre les jeunes de 15 à 25 ans, population la moins adhérente à la prévention,

AG2R LA MONDIALE a travaillé avec l'**Union française de la sécurité bucco-dentaire (UFSBD)**.

L'**UFSBD** s'est rendue dans les centres de formation d'apprentis en boulangerie pour réaliser des examens en bouche de tous les jeunes apprentis et des séances collectives. « *À l'occasion de la même opération réalisée l'année suivante, nous avons pu constater que l'état bucco-dentaire des apprentis s'était amélioré* », se réjouit **Philippe Quique**.

Ce programme en santé bénéficie d'un financement de branche avec un budget validé par un comité d'experts composé, entre autres, de représentants patronaux, syndicaux, de la CNAM et du régime social des indépendants (RSI).

« Dans nos structures, nous cherchons à faire de la prévention auprès des individus qui en ont le plus besoin. »

Forte de ce succès, AG2R LA MONDIALE a mené une opération similaire pour **prévenir l'asthme du boulanger**. Des médecins et des infirmiers partenaires ont passé 40 000 appels à des salariés pour leur soumettre un questionnaire, avec un taux de réponse élevé. « *L'effet blouse blanche sans doute* ».

Aux boulanger en bonne santé, qui représentaient la majorité des répondants, il a été délivré une sensibilisation forte aux bons gestes professionnels comme le lavage de nez. Des conseils supplémentaires ont été donnés par le médecin à ceux pour lesquels il y avait une suspicion de rhinite majeure

ou d'asthme. Enfin une action de coaching des allergies respiratoires a été menée sur plusieurs mois par des infirmières auprès de 1000 sujets les plus affectés par l'allergie à la farine avec des résultats observés très positifs.



Gérard RAYMOND
Secrétaire général de l'Association
française des diabétiques (AFD)

Les assurances et les complémentaires santé doivent financer les programmes de prévention

Les associations de patients, notamment dans le cas de maladies chroniques, ont un vrai rôle à jouer dans la prévention, insiste **Gérard Raymond**, qui s'exprime en tant que Secrétaire général de l'**Association française des diabétiques** (AFD).

Pour le diabète de type 2 (DT2), la prévention passe par la sensibilisation de la population au risque de la maladie et par la prévention secondaire, en l'occurrence celle des complications lorsque le diagnostic de diabète est posé.

Des actions de sensibilisation au risque de diabète et d'éducation à la santé sont menées par la Fédération Française des Diabétiques (FFD) qui regroupe 93 associations, toutes dirigées par des bénévoles.

Ces associations œuvrent directement pour mobiliser les citoyens et s'appuient sur les médecins généralistes pour informer sur les facteurs de risque. Cependant, il faut aller plus loin et cibler davantage les populations à haut risque car « *ce n'est pas en dosant*

la glycémie des 66 millions de Français que nous allons faire de la prévention du diabète », précise **Gérard Raymond**.

Ces dernières années, la FFD a beaucoup travaillé avec l'ensemble des financeurs, notamment l'Assurance Maladie, pour mettre en place un véritable programme de prévention et d'accompagnement des personnes à haut risque, via les outils modernes (smartphones, coachs virtuels) ou des personnes physiques chargées de l'éducation à la santé autour des questions d'hydratation, d'alimentation et d'activité physique.

Mais s'il bénéficie d'un financement public, ce programme devrait aussi être financé par des assureurs santé et des complémentaires privées, qui ont tout intérêt à avoir une population en bonne santé.

« Aujourd'hui, nous savons que la personne à haut risque de diabète de type 2 est une femme qui a développé un diabète gestationnel, qui était certainement en surcharge pondérale, sédentaire, avec certainement des parents diabétiques. »

À propos du parcours de soins des patients diabétiques, **Gérard Raymond** fait remarquer que, parmi les nombreux examens de suivi, « *l'examen du fond d'œil est le moins souvent pratiqué* ».

Le déficit est important puisque moins de 50 % des patients se prêtent au dépistage annuel de cette complication par le fond d'œil en consultation d'ophtalmologie.

Or, il existe une alternative à l'ophtalmoscopie faite par le spécialiste : la photographie du fond d'œil à l'aide d'un rétinographe non mydriatique, évoqué précédemment par **Dr**

François Pelen, que les orthoptistes, les infirmières et les médecins non spécialistes sont autorisés à réaliser sous condition d'une formation adaptée.

La photographie est prise par ces professionnels puis envoyée à l'ophtalmologue pour contrôle. « *C'est le premier acte de télémédecine qui est remboursé par l'assurance maladie* ».

Pour contourner l'obstacle majeur du prix de l'appareil, qui atteint 30 000 €, soit le salaire annuel d'un orthoptiste, l'AFD proposait, en accord avec le syndicat des ophtalmologues, de faire la cartographie de tous les rétinographies disponibles en France. « *Malheureusement, nous n'avons pas pu concrétiser ce projet faute de financements pour la construction du site internet de cartographie* », déplore **Gérard Raymond**.

Enfin, une des missions essentielles des associations est de parler non seulement d'accompagnement et d'éducation, mais aussi de responsabilisation des patients vis-à-vis de leur état de santé et de la prise en charge de leur maladie. « *C'est un vrai sujet sur lequel nous devons travailler* ».

CONFÉRENCES

Passer du concept de démocratisation de la prévention santé à la réalisation d'actions concrètes, c'est le défi qu'ont su relever les trois intervenants suivants, auteurs d'initiatives originales en faveur des populations moins aisées, défavorisées ou précaires.



Jean-Pierre HAEMMERLEIN
Directeur de la Fondation Décathlon

« La Fondation Décathlon, que j'ai eu la chance de créer il y a 10 ans, aide à l'insertion des personnes en situation de fragilité via la pratique du sport. Elle permet aussi à des salariés et à des collaborateurs de l'entreprise de réaliser un projet solidaire ou humanitaire avec, là encore, le sport comme moteur d'insertion. »

Chez Décathlon, les 75 000 salariés qui travaillent dans une trentaine de pays ont pour sens commun, au-delà du simple business, de rendre accessible le sport au plus grand nombre.

Parmi les nombreux projets lancés par la Fondation de l'entreprise (plus de 300), il est difficile de choisir ceux qui permettraient d'illustrer ici son engagement auprès des populations.

Néanmoins, **Jean-Pierre Haemmerlein** s'avoue particulièrement attaché à un projet durable mis en place dans le sud du Maroc et dont l'objectif est d'aider les jeunes filles à poursuivre leurs études au-delà du primaire. Dans cette région, s'il existe des écoles primaires au sein-même des villages, les col-

lèges sont souvent éloignés, à 2 à 5 heures de marche. Ainsi, les jeunes filles cessaient souvent de s'y rendre parce qu'elles sont fatiguées ou parce que leur père le prend souvent comme prétexte pour leur demander de rester à la maison.

Le vélo, un moyen d'accès à l'éducation

Ayant vu ses sœurs dans cette situation, un salarié de Décathlon a soumis au directeur de la Fondation de son entreprise l'idée selon laquelle un vélo pourrait changer leur vie.

Cette suggestion a donné lieu à une action consistant à offrir un vélo à 200 jeunes filles sélectionnées parmi les plus pauvres et qui avaient un potentiel pour réussir au collège.

INITIATIVES ORIGINALES ET PRÉVENTION

Des techniciens des magasins Décathlon sont venus des quatre coins de la France pour former ces filles à réparer elles-mêmes leur vélo en cas de crevaison, de déraillement... Des ateliers de réparation ont été montés sur place. Les pères et les grands frères ont, eux aussi, été sensibilisés et formés. Alors que, dans la région, **70 % des jeunes filles abandonnaient le collège, après quatre ans, ce taux a chuté à 10 %.** « Nous avons décidé d'accompagner les jeunes filles jusqu'au lycée et au Baccalauréat. Elles ont toutes offert leurs vélos à d'autres filles qui entraient au collège.

Huit ans après le début de cette opération, certaines travaillent dans nos magasins, d'autres poursuivent leurs études. »

« Je crois beaucoup au fait d'aider des jeunes filles et des femmes, parce qu'elles-mêmes ensuite vont aider leurs propres enfants. »

Des salariés fiers de leur entreprise... et une entreprise fière de ses salariés

Cette expérience réussie a été saluée par le magasinier qui en était à l'origine, mais aussi par tous les salariés des autres pays. « *En tant que directeur des ressources humaines du Groupe Décathlon Monde, j'étais fier d'avoir des salariés qui, en plus de leur travail, s'impliquaient pour des raisons personnelles* », se souvient **Jean-Pierre Haemmerlein**.

De nombreux autres projets sont en cours, notamment autour de la problématique de la santé et de la prévention. Par exemple en Thaïlande, où la construction d'une salle de sport, a permis à des enfants atteints de sida, qui sont souvent abandonnés, de pratiquer une activité physique.

Cette salle a également attiré des habitants des villages environnants pour des activités sportives et aussi pour des mariages ou des réunions. « *Nous avons pu sensibiliser les femmes à la prévention de l'infection par le VIH notamment par le préservatif, et convaincre leur entourage que ces enfants n'étaient pas contagieux* ». Grâce à ces actions, le nombre d'enfants abandonnés a baissé.

La Fondation Décathlon accompagne aussi des projets, d'une part, pour les personnes âgées par un programme de prévention des chutes grâce à l'activité physique et, d'autre part, pour les détenus en prison, souvent addicts à la drogue ou à l'alcool, par l'organisation d'un Tour de France pénitentiaire en vélo avec un entraînement conditionné par l'arrêt de la consommation de ces toxiques.

Ces exemples montrent que l'entreprise peut être à l'origine de projets innovants. En lançant des initiatives concrètes, elle permet à chacun de prendre sa part de responsabilité sociale dans la société.

« 40 % de nos projets sont menés en France. »



Sébastien LEPRÊTRE Maire de La Madeleine, à l'initiative des « Bons verts »

« La Madeleine est une ville de 22 500 habitants que j'administre depuis 2008. C'est une ville proche de Lille, d'une grande diversité de population. Comme dans toute la France, nous sommes confrontés à un certain nombre de difficultés économiques, sociales et culturelles. La ville compte 1 000 allocataires du revenu de solidarité active (RSA), 2 000 demandeurs d'emploi, 700 familles monoparentales et 26 % de logements sociaux. C'est légèrement plus que le quota de 25 % imposé par la loi SRU (Solidarité et renouvellement urbains). »

Le fameux message des « 5 fruits et légumes par jour » a été largement entendu. « *Cependant, nous nous sommes interrogés sur les moyens que nous pourrions employer à l'échelle de la commune, pour le concrétiser auprès d'un public qui, pour différentes raisons, en particulier des difficultés socio-économiques, peut s'en sentir très éloigné.* »

Cette réflexion a conduit la municipalité à mettre en place des « **bons verts** ». Ce sont des bons alimentaires attribués par le centre communal d'action sociale (CCAS) d'une valeur de 4 €. Ils ne se substituent pas aux bons alimentaires classiques, mais sont destinés exclusivement à l'achat de fruits et de légumes chez les commerçants de la commune. L'objectif était de permettre aux populations en difficulté de consommer ces produits afin d'améliorer leur quotidien et, surtout, de les aider à bien se nourrir.

« La société de consommation aussi tire plutôt le consommateur vers du prêt à consommer que vers des produits naturels. »

Des « bons pour fruits et légumes », une initiative 100 % madeleinoise

Grâce à l'implication de tous et depuis sa mise en place en 2009, cette aide alimentaire financée par la ville continue de bien fonctionner.

Le **CCAS** a fait beaucoup de pédagogie à l'endroit des bénéficiaires pour leur expliquer cette démarche placée dans la perspective de la lutte contre l'obésité, ainsi que son intérêt. L'opération « *bons pour fruits et légumes* » a été accompagnée et soutenue par le **Dr Jean-Michel Lecerf** et l'**Institut Pasteur de Lille**. « *Nous avons aussi eu la*

*chance de bénéficier de l'accompagnement d'un couple de Madeleinois, auteur de deux ouvrages, l'un intitulé « *Que faire de simple aujourd'hui avec les légumes frais ?* » et le second, décliné autour des fruits frais ».*

Ces livres réalisés par un éditeur local avec le service de nutrition de l'**Institut Pasteur de Lille** donnent de nombreuses recettes de cuisine à base de fruits et de légumes frais. Ils expliquent de manière très précise, photographies à l'appui, comment, par exemple, cuisiner des pommes au four sauce orange, avec le temps de préparation et la cuisson. Ils fournissent également des informations claires sur les modes de conservation, les origines, les productions et les qualités nutritionnelles de chaque fruit et légume.

Le **CCAS** a acheté plusieurs centaines de ces ouvrages qu'il diffuse auprès de toutes les familles bénéficiaires des « bons verts ». « *Car remettre des « bons verts », c'est bien mais ce n'est pas suffisant. Si on donne l'outil, il faut aussi que l'on donne le mode d'emploi.* »

Public et privé sont partenaires

En pratique, les bons sont remis en mains propres aux personnes en difficulté qui répondent aux critères sociaux évalués par le CCAS. « *Ce sont des personnes seules ou monoparentales, mais pas uniquement.* » Un couple avec trois enfants peut ainsi bénéficier de cinq ou six bons par mois, soit 20 à 24 € pour s'acheter des fruits et légumes frais.

Cinq enseignes alimentaires de la ville (des petites et des moyennes surfaces) acceptent ces bons. Elles doivent se rendre au CCAS pour recevoir de l'argent en échange des bons. Leur participation à l'opération prouve que le public et le privé peuvent dialoguer et nouer des partenariats.

« Pour le privé, accepter un bon vert plutôt que de l'argent est aussi une démarche très vertueuse. »

Une volonté politique dont nous sommes fiers

Le dispositif « **bons pour fruits et légumes** » représente un coût supplémentaire de 15 000 € par an pour le CCAS, soit presque 2 % de son budget de fonctionnement. « *C'est quand même une somme qui n'est pas négligeable. En faisant ce choix, nous avons exprimé une volonté politique. Donc, nous l'assumons et continuerons de l'assumer.* »

À ce jour, plus de 20 000 bons ont été distribués pour un coût total avoisinant les 100 000 €. « *C'est une goutte d'eau dans l'océan du défi de la prévention, du bien manger, mais c'est une goutte d'eau dont nous sommes fiers à La Madeleine.* »



Flavio NERVEGNA Président de l'association *Tous à table*

« J'ai fondé Tous à Table en 2011, à la fois par nécessité et par hasard, au terme d'une interrogation sur les moyens qui pourraient être mis en œuvre afin d'ouvrir les portes des restaurants aux personnes en difficulté pour un moment de convivialité partagé. »

« Nécessité parce que je menais une vie dans le milieu du spectacle, du luxe et des marques qui a fini par me lasser car j'estime qu'elle manquait de sens et d'objectifs. Hasard lié à une rencontre avec un restaurateur disposant de beaucoup de moyens qui avait découvert lors du décès de son père, un grand cuisinier, que celui-ci vivait dans une chambre de bonne, mais n'avait pas osé lui en parler. J'ai été très touché par cette histoire. C'est alors que m'est venue l'idée de créer l'association Tous à Table. »

La grande restauration accessible aux personnes en difficulté

L'objectif était de convaincre de grands restaurateurs d'accueillir de manière ponctuelle et sans perte financière importante des personnes qui n'avaient pas poussé la porte d'un restaurant depuis plusieurs mois, voire plusieurs années par manque de moyens.

« Je leur ai proposé de réserver 20 % de leurs chaises lors d'un déjeuner ou d'un dîner pour des personnes qui ne paieraient que 10 % de l'addition du repas. En contrepartie, je leur garantissais, grâce à mon réseau, que les 80 % restantes seraient occupées par des clients qui paieraient en totalité le prix du repas. »

« Nous avons testé le concept avec un déjeuner dans le XVe arrondissement de Paris. »

« Chez moi, aller au restaurant, cela arrivait deux ou trois fois par an. Et il y avait toute une procédure : s'habiller pour aller au restaurant. On le prévoyait. C'était quelque chose d'important. »

La crainte d'un éventuel « choc » qu'aurait pu engendrer la mixité sociale dans ces grands restaurants s'est révélée sans fondement. « Finalement, cette expérience a été formidable. »

Les restaurateurs étaient ravis d'être impliqués dans cette aventure car ils portent en eux des valeurs de partage et de transmission, mais n'ont pas toujours le temps de participer à des actions de solidarité.

Les personnes qui ont été accueillies, souvent des familles monoparentales, ont bénéficié du même service de qualité que tous les autres clients. Le fait de pouvoir prendre un repas dans un restaurant leur a redonné confiance en elles. « J'ai vu ce jour-là un papa, dont je savais qu'il vivait dans une chambre de bonne, venir avec ses trois filles adolescentes. Il est rentré avec la tête un peu baissée et à la sortie du restaurant, j'ai vu ses filles tourbillonner autour de leur père. »

« Il n'y a jamais eu un menu du pauvre ou un dîner du pauvre chez Tous à Table. La mixité sociale, c'est ce qui donne le « La », c'est ce qui est dans l'ADN du projet. »

Plus de 5 000 bénéficiaires reçus, 50 restaurants partenaires

« Nous avons commencé par des rendez-vous mensuels à raison d'un samedi solidaire par mois dans un restaurant. »

L'association Tous à Table a ensuite organisé des restaurants éphémères solidaires, sur le même principe, dans le cadre de Paris Plage depuis cinq ans, puis un repas au restaurant aux Eurockéennes de Belfort accompagné d'un billet d'entrée gratuit... »

Bilan : plus de 5 000 bénéficiaires reçus, 50 restaurants à Paris et en province, 4 Noëls solidaires, un festival gastronomique social et solidaire qui a accueilli 1 500 convives, dont près de 500 bénéficiaires recommandés par les partenaires de l'association, tous réunis autour d'une table commune avec la participation d'artistes et de grands chefs.

« Après avoir ouvert les portes des restaurants, j'ai également voulu ouvrir les portes des cuisines » : 50 ouvriers en insertion ont ainsi été accueillis dans le cadre de l'EMT (évaluation en milieu de travail). Une quarantaine de grands chefs ont participé aux actions de Tous à Table.

Le fondateur de l'association ne compte pas s'arrêter là. « Aujourd'hui, nous voulons voir plus grand et créer une véritable plateforme au service des organismes sociaux ». Cette plateforme leur permettra de prendre eux-mêmes rendez-vous pour leurs bénéficiaires.

« Mon sentiment est que Tous à Table est un outil de prévention, mais c'est un outil de prévention de l'exclusion et de la désocialisation. »

CONCLUSION

Conclusion du colloque et 5 propositions

Dr Jean-Michel LECERF
Chef du service de nutrition
Fondation - Institut Pasteur de Lille



Cette journée de débats a mis en évidence une foison d'initiatives, de bonnes volontés, de motivations, de désirs, qui émergent de toute part, aussi bien des initiatives totalement privées issues d'entreprises ou du milieu associatif, que des initiatives des pouvoirs publics.

Si certains facteurs socio-économiques nous échappent, les bonnes volontés sont donc bien là pour faire de la prévention une préoccupation majeure, même et surtout pour les plus précaires.

Voici 5 propositions concrètes susceptibles de contribuer à démocratiser l'accès à la prévention

1. Développer des partenariats public-privé.

Trop de contraintes réglementaires et de freins culturels brident la collaboration entre le secteur public et le secteur privé. Or, la prévention pourrait être beaucoup plus efficiente dans une enveloppe budgétaire donnée si les partenariats public-privé étaient encouragés, à partir d'un cahier des charges des bonnes pratiques.

2. Créer une plateforme en ligne recensant l'ensemble des initiatives de prévention et éducation santé sur les territoires.

Beaucoup d'initiatives exemplaires méritent d'être connues, et les rendre publiques pourrait sinon inciter, du moins servir de modèles à la mise en œuvre d'actions similaires ailleurs en France. Cela permettrait également de les recenser, et faciliterait leur déploiement et leur évaluation.

3. Autoriser la prescription médicale d'activité physique pour les patients atteints d'Affection de Longue Durée (ALD).

L'intérêt thérapeutique d'une pratique sportive, encadrée par du personnel dédié, pour des patients atteints de maladies chroniques est prouvé scientifiquement (cancers du sein ou de la prostate, diabète, maladies cardiovasculaires...). Le médecin devrait donc pouvoir prescrire de l'activité physique en cas de besoin et assurer le suivi vis-à-vis de ses patients. Cela pourrait avoir une incidence sur la réduction des dépenses de santé à moyen et long terme.

4. Mieux cibler les actions bénéficiant de financements vers les publics qui en ont le plus besoin.

Il convient d'éviter le saupoudrage, inefficace, et de privilégier les actions de terrain envers les populations concernées, notamment les plus précaires, sur l'ensemble du territoire. Ce sont les ARS (Agences Régionales de Santé) qui sont sans doute les mieux placées pour impulser ces actions au niveau local, à partir d'un budget réévalué à la hausse en faveur de la prévention.

5. Rendre la prévention agréable.

« Mangez 5 fruits et légumes par jour », « Faites au moins 1/2 heure d'activité physique par jour », « Ne fumez pas »... La prévention des maladies chroniques est trop souvent perçue comme une injonction à faire ceci ou ne pas faire cela. D'une corvée, il faut en faire des moments de plaisir, en développant des actions de soutien, de solidarité et de partage, à l'image des événements autour du repas, véritable outil de prévention des maladies chroniques.

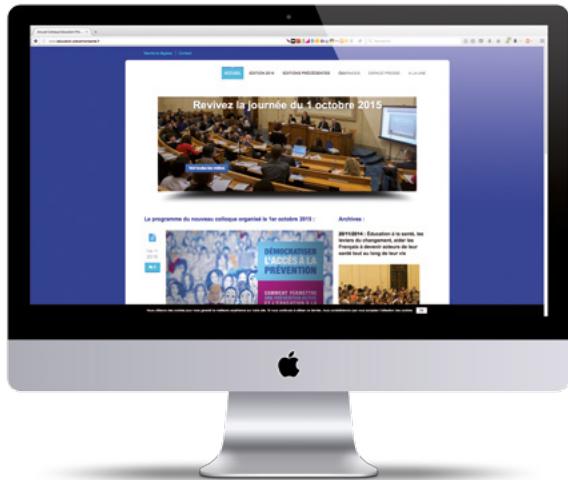
ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ? ET LE PERSONNEL ENCADRANT ?

Sensibiliser à la prévention les professionnels de santé (médecins généralistes, mais aussi infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes,...) ainsi que les personnels scolaires et travailleurs sociaux....

Des stages dans leur formation pourraient notamment être un moyen de les motiver à expliquer aux patients et/ou au public dès le plus jeune âge pourquoi et comment telle ou telle action de prévention peut éviter ou ralentir le développement des maladies et permettre de vivre mieux en meilleure santé.

A cette fin, les partenariats public-privé pourraient prendre toute leur place.

LE COLLOQUE CONTINUE SUR www.education-preventionsante.fr



Pour retrouver toutes les interventions du colloque (transcriptions, interviews-vidéos, propositions concrètes) et prendre connaissance de l'intégralité du sondage Fondation PiLeJe/IfoP « Santé, prévention, qui doit payer ? L'avis des Français. » rendez-vous sur : www.education-preventionsante.fr.

FONDATION PILEJE

37 Quai de Grenelle - 75015 Paris
Tél. : 01 45 51 58 03
contact@fondation-pileje.com
www.fondation-pileje.com