



MERCREDI 9 NOVEMBRE 2016

5<sup>e</sup> Colloque de la série Politiques de Prévention  
**IMMEUBLE JACQUES CHABAN-DELMAS**  
Salle Victor Hugo - 101, rue de l'Université - 75007 Paris

PRÉVENTION ET ACCOMPAGNEMENT À LA SANTÉ

# DE LA LOI À L'ACTION !



CO-ORGANISÉ PAR :

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

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

AVEC LE SOUTIEN DE :

**FERRANDI**  
L'ÉCOLE FRANÇAISE DE GASTRONOMIE  
PARIS

Fondation  
**SiMPLY**  
Le goût du partage

  
Destination Santé  
agence de presse

  
Trains Expo  
évènements  




**MERCREDI 9 NOVEMBRE 2016**

# Prévention et accompagnement à la santé :

**DE LA LOI À L'ACTION**

CO-ORGANISÉ PAR :



Fondation reconnue d'utilité publique  
depuis 1898



ŒUVRE D'INTERÊT GÉNÉRAL À BUT NON LUCRATIF

AVEC LE SOUTIEN DE :





# IMMEUBLE JACQUES CHABAN-DELMAS





# MATIN

## PROGRAMME

8h30 **Accueil**

9h00 **Ouverture** par **Gérard Bapt**, député de Haute-Garonne (PS), rapporteur du PLFSS, **Arnaud Robinet**, député-maire de Reims (LR) et les **organisateurs**

9h30 **CONFÉRENCES : PRÉVENTION ET ACCOMPAGNEMENT À LA SANTÉ : POURQUOI C'EST EFFICACE, VIORE EFFICIENT...**

• **Définitions et périmètre**

**Laetitia Satilmis**, interne de Santé Publique et Médecine Sociale, présidente du Collège de Liaison des Internes de Santé Publique

• **A l'épreuve des preuves scientifiques**

**Dr Jean-Michel Lecerf**, chef du service nutrition de l'Institut Pasteur de Lille

• **En médecine générale : missions et défis au quotidien**

**Dr Philippe Cornet**, professeur universitaire de médecine générale, Université Pierre et Marie Curie Paris VI

• **Impact économique**

**Frédéric Bizard**, économiste, Sciences Po Paris

**Prévention cardiovasculaire**

**Pr Alain Simon**, faculté Paris-Descartes - ancien chef de service Centre de médecine préventive cardio-vasculaire (CMPCV) à l'Hôpital Européen Georges-Pompidou - ancien président de la Commission médicale d'établissement (CME) locale

**Sport et Cancer**

**Jean-Marc Descotes**, co-fondateur et directeur général de la Fédération Nationale CAMI - Sport et Cancer, responsable du Sport et Cancer - Université Paris 13

• **Etat des lieux national des structures et services de santé**

**Représentant** de la Direction générale de la santé (DGS)

• **Formations universitaires**

**pour les professionnels de santé**

**Pr Jean-François Toussaint**, membre du Haut Conseil de Santé Publique, professeur de Physiologie, co-fondateur et directeur de l'IRMES



# FIN DE MATINÉE

## 11h30 DÉBAT : INNOVER POUR UNE « PRÉVENTION ACTIVE » DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

- **Education Thérapeutique et à la santé**

**Pr Patrick Jourdain**, cardiologue, professeur associé de cardiologie,  
CH René-Dubos - conseiller médical de l'équipe nationale groupe hospitalier  
de territoire (GHT) - Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- **Centre de Santé**

**Emmanuelle Leclerc**, présidente de l'association Ellasanté !

- **Santé connectée**

**Guillaume Marchand**, président et co-fondateur de dmd Santé

- **Programmes universitaires**

**Pr Chakib Nejjari**, vice-président de l'Université Mohammed VI des  
Sciences de la Santé (Casablanca), professeur de santé publique

- **Entreprises et complémentaires santé**

**Eric Vilon**, directeur général de Bien-Être Assistance (BEA)

- **Chèques santé pour tous**

**Vincent Daffourd**, président de Care Labs et fondateur de Chèque santé

---

## 12h45 Conclusions

Dr Jean-Michel Lecerf

---

## 13h00-14h00 DÉJEUNER

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

F E R R A N D I  
L'ÉCOLE FRANÇAISE DE GASTRONOMIE  
P A R I S



# OUVERTURE DU COLLOQUE

## Animateur du colloque



### Dr Alain DUCARDONNET

*Médecin – journaliste,  
Fondateur du Club des cardiologues du sport*

Face à l'augmentation des maladies chroniques, la récente loi de modernisation de notre système de santé a consacré son premier volet à la stratégie de prévention. C'est une étape extrêmement importante dans l'évolution du système de santé français vers le préventif.



### Emmanuelle LECLERC

*Déléguée Générale de la Fondation PiLeJe sous égide  
de la Fondation de France*

La Fondation PiLeJe, sous l'égide de la Fondation de France, avec l'Institut Pasteur de Lille, organise depuis 5 ans des colloques sur la prévention et sur les politiques de prévention. Cette 5<sup>e</sup> édition intitulée « De la loi à l'action ! » s'inscrit dans un contexte éminemment politique, après la promulgation de loi de modernisation de notre système de santé, mais à la veille d'élections politiques majeures. Elle a été organisée avec le soutien de la Fondation Simply, partenaire de la première heure dans le cadre des colloques, de Destination santé, une agence de presse spécialisée dans la santé, de Trains Expo qui, cette année, était consacré à « Saveurs & santé », et de l'école Ferrandi.



### Dr Jean-Michel LECERF

*Chef du service de nutrition de l'Institut Pasteur de Lille*

Tous ensemble, donnons-nous les moyens de la prévention car, on le sait, elle marche. Ce colloque va permettre de passer au crible tous les ingrédients de la « machine à réussir » et d'enrichir le débat grâce à des témoignages et à des exemples d'actions sur le terrain.



## PROPOS INTRODUCTIF



**Dr Gérard SEBAOUN**

*Député du Val-d'Oise, membre de la Commission des affaires sociales, cardiologue  
Rapporteur du titre 1<sup>er</sup> de la loi de modernisation de notre système de santé en seconde lecture*

Vous avez choisi un titre choc pour vos travaux, « De la loi à l'action ! ». Je ne sais pas si je dois le lire comme une invitation à l'accélération des travaux législatifs, qui sont en général assez lents même s'ils sont faits dans l'urgence, ou le comprendre comme une interrogation sur leurs traductions concrètes. Nous sommes en tout cas au bon endroit pour parler du chemin parfois tortueux et semé d'embûches qui va de la fabrication de la loi aux décrets d'application.

La loi de modernisation de notre système de santé n'y a pas fait exception. Tout avait bien commencé avec l'article 1 qui confortait la nécessité d'une stratégie nationale déclinée territorialement, de la prévention collective et individuelle élevée à l'égal du soin, de la promotion de la santé dans tous les milieux de la vie et tout au long de la vie, et dans lequel figurait également la notion d'exposome\*. Mais durant le débat législatif, les mesures relatives au tabac et à l'alcool ont suscité des discussions houleuses ayant abouti, notamment, à un malheureux coup de canif – certes démocratique – à la loi Evin. Cet exemple montre qu'il est parfois infiniment compliqué d'aller de la loi à l'action, de faire voter des mesures

préventives défendues par tous les professionnels de santé auditionnés. On est aussi en droit de s'interroger sur la multiplicité des intervenants dans le champ de la prévention : du ministère de la santé aux acteurs de terrain, en passant par toutes les instances intervenant, avec compétence, en termes de conseil pour le Gouvernement. L'Agence de santé publique qui regroupe des agences déjà connues, est une avancée.

**« La loi de modernisation de notre système de santé, qui a été promulguée le 26 janvier 2016, a donné lieu à 166 demandes de décrets d'application, dont seulement 47 sont parus à ce jour. »**

Ce colloque peut être l'occasion d'apporter, entre autres, un éclairage sur deux questions : comment concilier la liberté de choix individuel et la prévention, dès lors que celle-ci devient contraignante ? Ne faut-il pas s'inquiéter de basculer un jour dans une sélection par le risque que certains appellent déjà de leurs vœux ?

\* *Intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine.*



## Arnaud ROBINET

**Député-maire de Reims,  
membre de la Commission  
des affaires sociales**



La prévention est un volet qui a trop longtemps été négligé par notre système de santé. À l'heure actuelle, moins de 5 % des dépenses de santé y sont consacrées. La responsabilité de ce défaut historique et typiquement français revient avant tout aux politiques, et plus généralement à la sphère publique et administrative. Dans le passé et jusqu'à présent, notre modèle de santé a beaucoup trop privilégié le curatif à travers des traitements médicamenteux, remboursés parfois à l'excès. Certes, cette orientation a permis de construire en France une industrie forte et stratégique dans le domaine de la santé, même si aujourd'hui elle doit être accompagnée. Mais nous avons aussi eu à payer les conséquences négatives de cette politique déséquilibrée entre le curatif et le préventif. Nous devons assurer la mutation de notre modèle de santé avec un rééquilibrage en faveur de la prévention. La conversion préventive de notre système de santé sera d'autant plus difficile qu'elle fait appel à une multitude d'acteurs.

**« Au-delà du ministère de la Santé et des professionnels, la politique de prévention doit associer les acteurs de l'éducation, de la famille, de la jeunesse et du médico-social ainsi que de l'industrie de santé. »**

Quelques pistes de réflexion pour la politique de prévention sont ouvertes: encourager les entreprises du secteur, qui appartiennent souvent à la nouvelle économie; accélérer la modernisation du cadre normatif de la santé numérique; favoriser la coopération entre public et privé; assurer une vigilance sur les conseils et les informations délivrés à la population; envisager la création d'un portail unique dédié à la prévention, clairement visible et reconnu par l'opinion; désigner un acteur unique chargé de lancer les grandes orientations nationales en matière d'éducation et de prévention, mais laisser aux acteurs locaux la responsabilité de prendre les mesures de dépistage et de prévention en lien avec les agences régionales de santé, notamment par l'intermédiaire des contrats locaux de santé mis en place par certaines municipalités.

Il nous reste beaucoup à faire, mais nous y arriverons véritablement avec un dialogue et en prenant en compte l'ensemble des acteurs: institutions publiques, monde associatif, entreprises.



# Gestion des risques santé, n'y a-t-il que les médicaments ?

## L'avis des Français



Un sondage réalisé par l'IfoP\* pour la Fondation PiLeJe a permis d'évaluer l'adhésion des Français aux bonnes pratiques de santé et de recueillir leur avis sur la place des médicaments dans la prévention des maladies et de leurs complications.

### Des bonnes pratiques intégrées, mais suivies de manière inégale

La majorité des Français parviennent à ne pas fumer (69 %) et à limiter leur consommation d'alcool (64 %). En revanche, moins de la moitié réussissent à limiter leur consommation de viande rouge et de charcuterie (40 %). Les autres recommandations sont encore moins suivies : 38 % disent parvenir à éviter d'être trop sédentaires, 29 % mangent au moins cinq fruits et légumes par jour et 28 % ont une activité physique régulière. Ce n'est pas faute d'essayer : pour ces trois dernières recommandations, respectivement 31 %, 45 % et 37 % font des tentatives, sans succès. Au final, seule une minorité (8 % à 21 %) dédaignent les recommandations. La comparaison avec les résultats

d'un sondage réalisé en 2014 montre que la situation s'est dégradée notamment pour le tabac (73 % parvenaient à arrêter de fumer) et l'alcool (68 %).

### Le tout médicament est loin d'être la panacée

Trois-quarts des Français (76 %) estiment que, pour prévenir certaines maladies, les interventions non médicamenteuses (nutrition, activité physique, gestion du stress, sommeil) peuvent compléter, voire remplacer les traitements médicamenteux. Moins d'un tiers (29 %) pensent parfois au médicament comme à une « pilule miracle ».

### Confiants, mais insuffisamment informés

Entre 90 % et 73 % des Français sont convaincus de l'efficacité des recommandations de bonnes pratiques de santé. Cependant, 57 % jugent qu'ils sont mal informés sur les méthodes permettant de remplacer ou de compléter l'action des médicaments. Ce manque d'information est plus marqué chez les plus jeunes (61 % des moins de 35 ans), les habitants de la région parisienne (63 %) et les ouvriers (65 %). Enfin, il est également évoqué par près de la moitié (49 %) des personnes atteintes d'une maladie chronique nécessitant un traitement médicamenteux régulier.

\* Sondage réalisé par questionnaire auto-administré en ligne du 10 au 12 octobre 2016 auprès d'une échantillon de 1 000 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.



## CONFÉRENCES

# Prévention et accompagnement à la santé : pourquoi c'est efficace, voire efficient...

## Définitions et périmètre

**Laetitia SATILMIS**

*Interne de Santé Publique et Médecine Sociale, Présidente du Collège de Liaison des Internes de Santé Publique*



**Pour passer de la loi à l'action, la connaissance de la définition des différents concepts de prévention, de promotion de la santé et d'éducation pour la santé constitue un préalable indispensable.**

Initialement, la santé était vue par le prisme biomédical de l'absence de maladie selon la formule « le silence dans la vie des organes » (René Leriche). Cette définition a évolué avec le temps, sortant progressivement du champ purement médical et sanitaire. En 1946, l'OMS définissait la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social ». Dans la Charte d'Ottawa de 1986, elle apparaît comme une ressource de la vie quotidienne qui permet « à un individu ou un groupe d'individus d'identifier et de réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu et s'y adapter ».

La promotion de la santé est « le processus qui confère aux individus et aux groupes les moyens d'assurer un plus grand contrôle [empowerment] sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». Elle nécessite d'agir sur les nombreux déterminants de la santé qui incluent l'environnement global et les milieux de vie, et par conséquent, dépasse le champ du sanitaire.

## Des approches complémentaires

La prévention est une façon d'agir un peu moins systémique. Elle peut être primaire (empêcher l'apparition de la maladie), secondaire (limiter son évolution), tertiaire (en réduire les conséquences) ou quaternaire (accompagnement de l'invalidité et de la fin de vie). La promotion de la santé et la prévention sont des approches complémentaires à développer de manière synergique. L'éducation pour la santé, dont le but est que chaque citoyen acquiert, tout au long de sa vie, les compétences et les moyens lui permettant d'améliorer sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité, est un outil commun à ces deux approches.

Enfin, une intervention est considérée comme efficace lorsqu'elle permet d'atteindre des résultats



Figure : Les déterminants sociaux de la santé



de santé correspondant à des objectifs fixés *a priori*. Elle est efficiente si l'objectif est atteint aux moindres coûts ou, pour un coût donné, si elle permet d'obtenir une efficacité maximale.

« Pour impacter la santé des personnes et des groupes en étant efficace, voire efficient, il est nécessaire de prendre conscience qu'il faut tenir compte de l'ensemble des déterminants de la santé, sur lesquels on a des moyens d'agir précocement, de manière transversale et multisectorielle. »

## À l'épreuve des preuves scientifiques

**Dr Jean-Michel LECERF**

Chef du service nutrition  
de l'Institut Pasteur de Lille



**Les modes de vie et les conditions de vie au sens large jouent un rôle majeur dans la survenue de nombreuses maladies chroniques. On dispose aujourd'hui d'études scientifiques solides démontrant l'efficacité du changement alimentaire en prévention primaire ou secondaire de ces pathologies.**

Il existe des interactions importantes entre les « quatre grands » éléments du mode de vie que sont le sommeil, l'alimentation, le stress social et l'activité physique. Lorsqu'elle est volontaire, la sédentarité peut s'accompagner d'une inversion des rythmes caractérisée par une perte de sommeil à l'origine d'une fatigue, un coucher tardif induisant

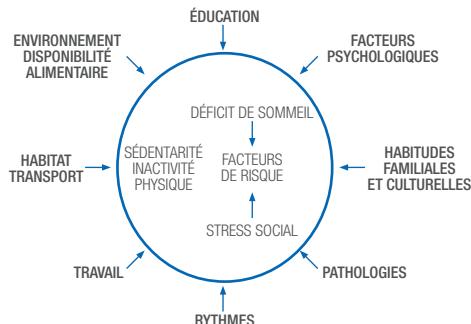
des grignotages et par un lever tardif avec comme conséquence l'absence de petit-déjeuner. Elle est également assortie d'un ennui et d'un stress qui vont conduire à des prises alimentaires pour combler un vide et pour se calmer. On dispose aussi de données montrant que le manque de sommeil contribue au développement de l'insulinorésistance et au risque accru de diabète<sup>1</sup>.

### Stress au travail et syndrome métabolique

Si « quatre grands » éléments déterminent des facteurs de risque accessibles à la prévention, il est également possible d'agir sur d'autres éléments périphériques susceptibles d'avoir des effets négatifs sur la santé : l'éducation, les rythmes, la disponibilité alimentaire, le travail, les facteurs psychologiques, l'habitat, les transports, l'urbanisme... (*cf. figure*). Selon une étude britannique, par exemple, le stress au travail augmente plus de deux fois le risque de syndrome métabolique<sup>2</sup>. Il en est de même pour les conditions socio-économiques : on a constaté que le désavantage social est associé à un risque accru de diabète de type 2 en France métropolitaine<sup>3</sup>.



Figure : Quelles causes ?



En ce qui concerne l'activité physique, il est important de rappeler qu'elle se différencie du sport. Les résultats d'une étude sur le risque de mortalité cardiovasculaire en fonction, d'une part de l'activité physique et, d'autre part, de la sédentarité illustrent ce phénomène<sup>4</sup>. Ils indiquent qu'une marche « vigoureuse » est associée à une réduction du risque cardiovasculaire même pour une faible durée, mais que ce bénéfice est moins important chez celles qui pratiquent un sport tout en étant sédentaires par ailleurs. L'activité physique a aussi des bénéfices démontrés dans les cancers du côlon et du sein.

« L'activité sportive n'efface pas les méfaits de la sédentarité. »

## Dans les maladies métaboliques et cancéreuses

Les preuves de l'efficacité préventive des mesures concernant le mode de vie sont nombreuses.

Dans le diabète de type 2, une équipe américaine a constaté que la prévention primaire par le mode de vie est plus efficace que les médicaments chez les personnes à haut risque<sup>5</sup>. Dans une étude en prévention secondaire, une réduction de 32 % du risque de mortalité coronarienne a été observée dans le groupe des sujets ayant suivi les conseils de consommation de poissons gras<sup>6</sup>. Chez des hypertendus en surcharge pondérale, la réduction du poids et des apports en sel réduit la fréquence des événements cardiovasculaires et de l'hypertension, et permet une épargne médicamenteuse<sup>7</sup>.

## Le régime méditerranéen

Trois publications récentes utilisant les données de la très belle étude de prévention primaire espagnole PREDIMED (PREvención con Dileta MEDiterránea nutrition intervention) démontrent l'effet protecteur du régime méditerranéen vis-à-vis de certaines pathologies. Elle a été menée sur une population suivie pendant près de 5 ans et plus, répartie en trois groupes : l'un a bénéficié d'une éducation nutritionnelle avec les messages de restriction classiques (manger moins gras, moins sucré, moins salé...) et les deux autres ont été mis sous régime méditerranéen, c'est-à-dire un régime positif (manger des légumes, des fruits, des noix...). La première de ces études concernait les maladies cardiovasculaires<sup>8</sup>, la deuxième a porté sur le cancer du sein<sup>9</sup> et la troisième, sur le déclin cognitif lié à l'âge<sup>10</sup>.

« Intervenir sur le stress, la sédentarité et l'alimentation est essentiel et fait partie des moyens à notre disposition. »

1. Ann Intern 2012 ; 155 : 559-67.

2. Candola T et al. Br Med J 2006 ; 332 : 521-5.

3. Mandereau-Bruno L et al. BEH 2014 ; (30-31) : 493-9.

4. Manson JE et al. N Engl J Med 2002 ; 347 : 716-25.

5. Knowler WC et al. N Engl J Med 2002 ; 346 : 393-403.

6. Burr ML et al. Lancet 1989 ; 2 : 757-61.

7. Whelton PK et al. JAMA 1998 ; 279 : 839-846.

8. Estruch R et al. N Engl J Med 2013 ; 368 : 1279-90.

9. Toledo E et al. JAMA Intern Med 2015 ; 175 : 1752-60.

10. Valls-Pedret C et al. JAMA Intern Med 2015 ; 175 : 1094-103.



## Prévention en médecine générale : de la pratique à l'éthique

**Pr Philippe CORNET**

*Département d'Enseignement  
et de Recherche en Médecine  
Générale, Université Pierre et  
Marie Curie, Paris VI*



**La prévention est l'une des cinq fonctions de la médecine générale. Elle a une place fondamentale et très largement croissante dans l'exercice des médecins généralistes.**

La prévention, qu'elle soit primaire, secondaire, tertiaire, voire quaternaire représente actuellement environ 30 % de l'activité des médecins généralistes. En matière de prévention, la médecine générale est une condition nécessaire, mais pas toujours suffisante ! L'exemple du fiasco de la vaccination H1N1, pour laquelle les autorités ont considéré que le médecin traitant n'avait pas de rôle à jouer, confirme son caractère incontournable. Écarter les médecins généralistes d'un plan de prévention, c'est s'exposer à un risque politique et social d'une forme de désaveu de la prévention et d'un effet de disgrâce par rapport aux messages pourtant tout à fait fondés sur le plan sanitaire. Mais l'implication de la médecine générale dans les programmes de prévention n'est

pas toujours suffisante. Ce, parce que les patients questionnent les médecins, mais que ce sont eux qui, au final, décident. Néanmoins, en raison de la loi des grands nombres (60 000 omnipraticiens en France), le médecin traitant peut orienter une campagne vers l'échec ou contribuer à sa réussite.

### Il y a peu de consultations dédiées

Les médecins généralistes sont impliqués dans la prévention au niveau collectif et font de la prévention individuelle au fil de l'eau. On ne peut pas avoir une posture d'accueil en prévention si l'on n'a pas un regard positif vis-à-vis des patients. Il faut déconstruire les *a priori* pour s'affranchir des représentations stigmatisantes. C'est une posture nécessaire avant tout accompagnement en promotion de la santé. Une démarche de prévention suppose aussi d'en saisir la dimension éthique. Le médecin doit non seulement s'inscrire dans le champ de la prévention (*praevenire*), mais aussi et surtout faire preuve de prévenance (*praeventum*) à l'égard de son patient.

**« Le sujet reste au centre de la démarche de prévention avec la possibilité d'y renoncer. »**



## Prédiction et prévention du risque cardiovasculaire: un modèle de médecine « 4 P »

**Pr Alain SIMON**

*Faculté de médecine Paris  
Descartes, Centre « Ellasanté ! »*



**La prédition et la prévention cardiovasculaire ciblées correspondent à une évolution de la médecine qui détecte la maladie avant qu'elle ne se manifeste cliniquement. C'est un modèle de médecine « 4P »: prédictive, préventive, participative et personnalisée.**

La mise en œuvre d'une prévention nécessite une analyse préalable du risque dans la population cible. Si l'on considère la probabilité d'avoir un accident cardiaque dans les 10 ans, seulement 3 % de la population générale est à haut risque ( $> 20\%$ ) et concentre 20 % de l'ensemble des accidents cardiaques répertoriés. Pour faire progresser la prévention cardiovasculaire, les efforts doivent se focaliser sur cette tranche de la population qu'il est nécessaire de dépister. La prévention ciblée est complémentaire de la prévention de masse tournée vers l'hygiène de vie et la lutte contre les addictions comme le tabac et l'alcool.

« La médecine « 4P » est une nouvelle voie passionnante pour les connaissances qu'elle apporte sur la capacité de prédition et de prévention en cardiologie, mais aussi sur l'évolution probable de la prévention en médecine. »

Pour prédire et prévenir le risque cardiovasculaire, on peut utiliser des algorithmes de calcul du risque basés sur les facteurs de risques traditionnels et, en cas de besoin, l'imagerie précoce de l'athérosclérose infraclinique (par ex. scanner cardiaque). De nouveaux biomarqueurs issus de la recherche translationnelle sont un troisième type d'outil potentiellement utile, mais leurs valeurs prédictives et préventives sont en cours d'évaluation. Les deux autres outils qui se profilent reposent sur l'approche « omique » (génomique, métabolomique, protéomique) et sur les mégadonnées (big data) de santé (e-santé) et de paramètres cliniques, d'imagerie et de biologie.

### Une stratégie efficiente

Dans la population à haut risque, le nombre de sujets à traiter pendant 10 ans pour éviter un accident cardiovasculaire est de 10, soit 10 fois moins que dans la population à risque modéré. La stratégie de prévention du haut risque est donc coût-efficace. En termes d'économie de la santé, un travail de DEA (diplôme d'études approfondies) réalisé il y a plusieurs années par mon équipe à l'hôpital Broussais a montré que les dépenses de la prévention ne sont pas complètement amorties par les accidents évités, mais qu'elles sont divisées par deux. Cet impact est d'autant moins négligeable que prévenir, c'est donner un service à la population.



## L'impact économique

**Frédéric BIZARD**

*Économiste de la santé,  
Sciences Po Paris*



Auteur du livre « Politique de santé - Réussir le changement »\*, Frédéric Bizard déplore une inadaptation structurelle du système de santé et l'absence de réelle politique de santé publique en France.

Le maintien en bonne santé est le maillon manquant de notre politique de santé. En témoignent les trois indicateurs représentés par l'espérance de vie sans incapacité, le taux de mortalité prématûrée et les inégalités sociales de santé. De fait, la France est l'un des pays développés avec les plus fortes inégalités sociales et figure dans le peloton de queue des pays de l'OCDE en matière d'années potentielles de vie perdues (APVP, un indicateur synthétique de la mortalité prématûrée): 4 800 APVP pour 100 000 habitants, dont le coût global est estimé à 360 milliards d'euros par an. La morbidité liée au vieillissement de la population (et non l'âge) est également au cœur de la croissance des dépenses de santé. La seule façon de contrebalancer cet effet de la transition démographique est de comprimer la morbidité, c'est-à-dire de repousser le plus tard

possible l'entrée dans le système de soins. D'où l'importance de faire du maintien en bonne santé un axe stratégique des politiques publiques.

« Nous manquons de tout, sauf de ressources humaines, technologiques et financières.

### Une nouvelle stratégie

L'adaptation du modèle de gestion du risque santé aux enjeux actuels de santé publique nécessite une refondation de l'ensemble du système tant au plan de l'organisation, de la gouvernance, du financement et des modes de paiement que des actions sur les déterminants non médicaux de santé. C'est sur ces derniers que repose le maintien en bonne santé. Enfin, au-delà de la prévention, souvent liée à une approche médicalisée dans l'esprit de la population, le principe d'efficience des soins doit être pleinement intégré dans le système de santé. Il faut passer de l'accès aux soins à l'accès à la santé.

« Comme l'ensemble des autres économies, la santé devient une économie de l'innovation, qui fonctionne différemment de l'économie industrielle. »

\* Dunod, 2015.



## Sport sur ordonnance : une occasion ratée ?

**Jean-Marc DESCOTES**

*Co-fondateur et directeur général de la Fédération Nationale CAMI - Sport et Cancer, responsable du Sport et Cancer - Université Paris 13*



**Jean-Marc Descotes a participé à la rédaction de l'amendement sur la prescription médicale d'une activité physique adaptée aux patients atteints d'une maladie chronique, dont l'inscription dans la loi de modernisation de notre système de santé a suscité un grand espoir.**

C'est à partir d'une double expérience – médicale et sportive – acquise sur le terrain, que la Fédération Nationale CAMI - Sport et Cancer a été créée il y a 16 ans. Elle développe et structure l'activité physique et sportive (APS) à travers des programmes proposés aux patients cancéreux tout au long de leur parcours de soins. Un diplôme universitaire (DU) Sport et Cancer a été mis en place pour développer la professionnalisation des intervenants.

**« L'activité physique et sportive est l'un des seuls soins de support validés scientifiquement au niveau international. »**

Compte tenu de ses bénéfices en cancérologie, l'APS peut être considérée comme un médicament, nécessitant une prescription médicale. Une notion qui apparaît clairement dans la loi de modernisation de notre système de santé : « Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient ». De façon logique, sa lecture sous-entend que les APS vont être prises en charge. Mais dans le décret d'application, il a été simplement décidé de définir les conditions d'encadrement. À aucun moment, celui-ci ne fait état d'un remboursement ou d'une prise en charge, ce malgré les interventions répétées auprès du ministère de la Santé.

Est-ce une occasion ratée ? C'est une question légitime au vu du coût du cancer en France : 14,5 milliards d'euros, soit 10 % des dépenses de santé en 2011, avec une perte de production potentielle de 17 milliards d'euros. Or, l'APS génère des économies de santé réelles, de l'ordre de 600 millions d'euros par an, grâce à la diminution du risque de rechute, un retour à l'emploi plus rapide et en meilleure forme, et un arrêt des médicaments complémentaires. Ces économies vont être évaluées dans une étude interventionnelle sur l'efficience du « médicament » sport et cancer.



## Une vision prospective pour la formation universitaire



**Pr Jean-François TOUSSAINT**

*Membre du Haut Conseil de Santé Publique, cardiologue et professeur de physiologie, co-fondateur et directeur de l'IRMES (Institut de Recherche bio-Médicale et d'Épidémiologie du Sport)*

**Les professionnels formés aujourd’hui exerceront à très long terme. Par conséquent, leur formation doit s’inscrire dans la prospective, marquée par la progression des maladies chroniques non transmissibles, le retour des maladies infectieuses, les risques liés aux modifications des comportements et les changements climatiques, ainsi que par des turbulences économiques qui vont impacter riches et pauvres.**

Dans ce contexte, la question de la prévention devient essentielle. Actuellement, force est de constater que l’enseignement de la prévention occupe très peu de place dans la formation des professionnels de santé. En effet, selon les facultés, le cursus inclut de 0 à 2 heures de formation générale sur l’activité physique et sportive, de 1 à 2 heures de cours sur la prévention en oncologie, 2 heures pour l’alcool et le tabac, et entre 6 et 10 heures pour la nutrition. Cela représente au total seulement 10 à 15 heures sur six ans pour permettre de faire comprendre les enjeux de santé futurs à l’ensemble des médecins des années 2030 à 2040.

### Des offres probablement insuffisantes

Pour les professionnels acteurs de la prévention, toute une série d’options sont disponibles dans la plupart des UFR STAPS (Unités de Formation et de Recherche – Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives). La formation en licence et en master de plus de 2 500 étudiants en éducation médico-sportive leur permet d’aller travailler dans les hôpitaux et dans les centres de soins de suite et de réadaptation. Une formation de ce type est proposée par plusieurs universités comme celle de Montpellier et des universités parisiennes (Paris-Descartes, Paris XIII) et franciliennes (Bobigny, Créteil). Enfin, à l’école des hautes études en santé publique (EHESP), les futurs dirigeants et cadres hospitaliers peuvent acquérir quelques clés de compréhension de la prévention.

**« Nous devons nous attendre, dans la plupart des pays développés, à une très probable augmentation de la mortalité et du nombre de décès dans les prochaines années. »**



## DÉBAT

# Innover pour une « prévention active » dans le système de santé

## De l'éducation à l'accompagnement thérapeutique



**Pr Patrick JOURDAIN**

*Professeur associé de cardiologie au Centre Hospitalier René-Dubos, Conseiller médical de l'équipe nationale groupe hospitalier de territoire (GHT), Direction générale de l'offre de soins (DGOS)*

« Nous pourrions définir l'accompagnement thérapeutique comme une association entre les critères de qualité de l'éducation thérapeutique – personnalisation, évaluation, continuité – et les nouvelles technologies de l'information. »

L'éducation thérapeutique vise à transformer le patient en acteur de sa maladie. Son efficacité a été démontrée dans certaines pathologies, en particulier l'insuffisance cardiaque. Elle se traduit par une réduction des hospitalisations, des complications, de la progression de la maladie et, dans certaines pathologies, par une réduction de la mortalité. Mais la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique sur le terrain reste longue et complexe, notamment parce qu'elle nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire nombreuse (professionnels de santé médicaux et paramédicaux, associations de patients, institution-

nels) et qualifiée, et l'accord de l'Agence régionale de santé (ARS). Ainsi, à l'heure actuelle, malgré la qualité des programmes d'éducation thérapeutique dédiés, à peine 5 % des patients atteints d'insuffisance cardiaque en bénéficient. L'évaluation par l'ARS permet de garantir une certaine qualité, une homogénéité dans la prise en charge avec une priorisation de chaque élément. Les actions ponctuelles d'éducation thérapeutique réalisées par les médecins au quotidien sont moins reconnues. Pour l'instant, les programmes sont bien gérés. En revanche, ils devraient être diffusés auprès de tous les médecins et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) être une composante clef de toute consultation en complément de ces programmes de grande ampleur. L'objectif est que chaque contact avec le pharmacien, l'infirmière, le médecin soit un moment non seulement de prescription, de discussions générales autour du traitement, mais aussi un élément de formation personnalisé.



Le développement des technologies de l'information et de la communication apporte de nouvelles opportunités. Comme la pratique médicale, l'ETP est vouée à évoluer pour suivre les évolutions sociétales. Une des pistes est de faire évoluer le concept d'éducation thérapeutique vers un accompagnement à distance qui serait également personnalisé, à la différence de la prévention générale qui est standardisée, mais non personnalisée. Accompagnement, parce qu'il y a toujours cette notion de compagnonnage entre le professionnel de santé et son patient et son traitement,

thérapeutique car cet accompagnement a vocation à avoir une réelle action sur la santé physique du patient. Les nouveaux modèles comme la télésurveillance dans le cadre de la télémédecine nécessitent une telle approche pour ne pas transformer la médecine en outil technologique isolé. La médecine est d'abord une science au service de l'humain, l'accompagnement thérapeutique est le moyen de permettre une co-prise en charge par le patient et ses soignants avec l'aide des nouvelles technologies, c'est donc un potentialisateur de la médecine clinique.

## Enseigner la prévention par des thérapeutiques non médicamenteuses validées

**Pr Chakib NEJJARI**

*Président de l'Université  
Mohammed VI des Sciences  
de la Santé de Casablanca,  
Professeur de santé publique*



**« La connaissance évolue extrêmement vite et les paradigmes concernant la santé publique sont en train de changer. Il est temps de réagir rapidement, car nous ne pouvons pas être simplement des pompiers et des prescripteurs. »**

Actuellement, le module « santé publique – prévention » proposé aux médecins en formation à l'université Mohammed VI reste relativement théorique et loin de leur pratique médicale. Il est donc apparu nécessaire de faire une requalification de la santé publique et de la prévention telle qu'elle devrait être réalisée à la lumière des données scientifiques. Avec des partenaires français impliqués de longue date dans la médecine préventive, dont la Fondation PiLeJe, l'université marocaine a élaboré un programme de

formation initiale et continue spécifique et approfondi sur les approches non médicamenteuses de la prévention.

Ce programme va comporter deux volets. Le premier est un diplôme universitaire (DU) destiné aux médecins déjà en exercice avec une formation en 100 heures sur les « quatre grands » facteurs que sont le stress, le sommeil, l'activité physique et la nutrition. Il comportera des cours théoriques sur les notions de base réalisés à distance, puis un enseignement pratique en atelier sur des cas cliniques avec les médecins au Maroc. Le DU va démarrer en mars prochain. Le second volet du programme universitaire franco-marocain est un projet d'enseignement de ces thérapeutiques non médicamenteuses validées dans un module d'une soixantaine d'heures pour les étudiants en médecine.

**Dr Alain DUCARDONNET:** « Cette initiative innovante est tout à fait intéressante et nous espérons qu'elle pourra être transposée en France l'année prochaine, dans le cadre d'un diplôme universitaire du même type. »



## Le centre de santé ELLASANTÉ !

**Emmanuelle LECLERC**

*Présidente de l'association  
Ellasanté !*



**« Le centre Ellasanté ! est le premier centre de santé en France prioritairement dédié à la prévention et à l'accompagnement à la santé pour des patients à risque ou déjà malades. Aujourd'hui, l'enjeu principal est la viabilité économique de cette structure. »**

Depuis 10 ans, la Fondation PiLeJe sous égide de la Fondation de France, mène des actions de prévention primaire dans les écoles et les mairies, et organise des actions de sensibilisation à travers des conférences et des ateliers. En étant signataire du projet de santé du Centre parisien Ellasanté !, il s'agissait de soutenir une initiative de prévention secondaire pour les patients. Dans cette structure reconnue par l'Agence régionale de santé Île-de-France, les patients bénéficient de l'expertise d'une

équipe multidisciplinaire composée de médecins spécialistes, de médecins généralistes compétents en nutrition, médecine du sport, gestion du stress et du sommeil, et de professionnels paramédicaux. Un service de prévention cardiaque permet un dépistage précoce des pathologies ou de leurs complications. En complément des traitements, une information pédagogique et comportementale orientée sur les thérapeutiques non médicamenteuses est délivrée aux patients. Le centre organise des ateliers d'éducation à la santé et projette de monter des ateliers d'éducation thérapeutique. Pour ce faire, un dossier en cours d'élaboration sera soumis à l'ARS.

Le but d'Ellasanté ! était d'ouvrir un centre accessible à tous par l'application de tarifs principalement secteur 1, pour véritablement vivre cette expérience d'accompagnement qui va être évaluée dans des études à venir. Certes, beaucoup de centres à Paris font du dépistage avec une expertise certaine, mais ce qui est important dans le projet « Ellasanté ! » c'est l'interpellation. Nous sommes moins dans le dépistage que dans l'actualisation pour les patients de leurs facteurs de risque avec un accompagnement vers un changement durable des modes de vie.



## Une action des complémentaires santé au sein de l'entreprise

**Eric VILON**

*Directeur général  
de Bien-Être Assistance  
(BEA)*



**« Les enjeux de sensibilisation et de prévention sont des enjeux de communauté. La vraie difficulté pour les entreprises n'est pas la capacité d'investissement, mais la capacité à évaluer le retour sur investissement des actions de prévention, donc leur efficience. »**

Bien-Être Assistance est une structure filiale de deux assureurs : Europ Assistance et Malakoff Médéric. L'une de ses actions est tournée vers l'entreprise qui apparaît comme un lieu privilégié pour faire de la prévention, un lieu pour aller capter l'individu et pour l'emmener dans la maîtrise de sa santé. Elle se focalise sur la santé de l'individu en tant que tel, et non sur la santé au travail. Le cadre législatif, avec l'ANI de juin 2013 qui met en avant les éléments de qualité de vie au travail, et la Loi Sécurisation de l'Emploi (LSE) incitent les entreprises et les complémentaires santé à aller vers les actions de prévention.

Deux initiatives de Bien-Être Assistance permettent d'illustrer les actions de prévention qui peuvent être mises en œuvre en entreprise. Dans un premier programme, un bilan de dépistage cardiométabolique est proposé aux salariés, avec une évaluation des risques puis un accompagnement dans la durée. Il fait intervenir toute une équipe médicale, paramédicale et sociale. Disponible pour 300 000 salariés, ce programme de prévention primaire entre dans sa phase opérationnelle : les recrutements ont été lancés en septembre dernier. Le deuxième programme est plus simple, mais s'inscrit lui aussi dans les axes de prévention des politiques publiques. Il repose sur l'organisation d'ateliers de sensibilisation sur le tabac et l'accompagnement des salariés dans leur volonté d'arrêter de fumer. Ces différentes actions de prévention primaire s'appuient sur des interfaces digitales en sachant que, si la technologie est une façon de réduire le coût de la prévention, elle n'est efficace que couplée à l'humain.

**Dr Alain DUCARDONNET:** « Les assureurs, comme les entreprises, sont de plus en plus concernés par la prévention. C'est une prise de conscience récente, mais qui risque de s'accélérer rapidement et qu'il faut savoir accompagner. »

**Dr Gérard SEBAOUN:** « Le bien-être au travail ne doit pas devenir un marché. J'ai le sentiment, au travers des outils connectés proposés aux entreprises – sur laquelle j'ai plutôt un a priori favorable – que nous sommes dans cette difficulté, voire une contradiction. »



## Un label garant de la qualité des applications mobiles et objets connectés en santé

**Dr Guillaume MARCHAND**

*Président et co-fondateur de dmd Santé, psychiatre*



**« De la même façon qu'il y a un Vidal pour les médicaments, nous créons avec le label mHealth Quality un référentiel de confiance en e-santé qui permet d'assurer la conformité, la fiabilité et la confidentialité des objets connectés. »**

Le marché des applications santé est en très forte croissance. Selon les données d'un cabinet allemand, leur nombre est, en effet, passé de 97 000 en 2014, à 167 000 en 2015 et 295 000 en 2016. Le principal problème de ce marché est qu'il est principalement basé sur une promesse marketing, ce qui crée un schisme avec les professionnels de santé, qui prônent plutôt l'Evidence Based Medicine. En France, il souffre d'un manque de co-conception. Nous savons produire beaucoup d'innovations, mais avons du mal à faire tomber les murs entre l'hôpital et la ville, entre la pratique quotidienne et les bassins d'innovation.

Un audit réalisé par dmd Santé a montré que seule une petite minorité des applications santé (environ 100 sur 4 000) sont réellement pertinentes sur le plan médical et respectueuses de la vie privée de leurs usagers. Le but de cette start-up est de labelliser, en vue d'une recommandation, les applications mobiles et objets connectés en santé pour orienter le grand public, les patients et les professionnels de santé vers les meilleures solutions. Ce label dit mHealth Quality est déployé en France depuis l'été dernier. Une centaine d'applications seront auditées d'ici fin décembre 2016. Les mêmes algorithmes vont être lancés prochainement aux États-Unis. La plate-forme dédiée aux éditeurs est gratuite, le contrôle par dmd Santé de leurs réponses et les tests terrains sont ensuite payants.

L'équipe de dmd collabore avec des instances officielles comme la Haute Autorité de Santé. Ses travaux font l'objet de publications dans des revues indexées dans PubMed\*.

\* Un moteur de recherche bibliographique en santé et biologie.

**Pr Chakib NEJJARI:** « Le domaine de la santé numérique et de la santé connectée est en train d'évoluer à une vitesse incroyable. Tant mieux pour la prévention ! »



## Le Chèque Santé® pour tous

**Vincent DAFFOURD**

*Président de Care Labs et fondateur de Chèque Santé®*



**« Nous travaillons avec un nombre croissant de complémentaires santé et de collectivités, mais aussi d'associations de patients et de centres d'action sociale. Un peu plus de 27 000 professionnels de santé sont affiliés et conventionnés à notre solution. »**

L'idée du Chèque Santé® est née d'une expérience personnelle en tant que patient. Ce dispositif est utilisé pour financer tout ou partie des consultations ou des prestations non remboursées par la Sécurité sociale ni par les mutuelles. Il permet de fluidifier l'accès à la bonne santé pour tous avec un financement provenant des entreprises, mais aussi des collectivités ou des assurances maladie complémentaires.

Comme c'est le cas pour les chèques restaurant ou les chèques cadeau, le Chèque Santé® devrait être exonéré de charges (sous condition d'un montant seuil). À noter toutefois que l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (Acoss), qui organise le cadre exonératif des titres prépayés, a décidé de ne pas rendre éligible le champ de la prévention santé. Aujourd'hui, offrir à son salarié un nouvel iPhone via un chèque cadeau est exonéré de cotisations de sécurité sociale. En revanche, financer ou cofinancer une action de prévention primaire est pleinement assujetti à ces cotisations. La décision de l'Acoss est d'autant plus étonnante que la prévention en matière de santé est une priorité régulièrement réaffirmée par les politiques et les autorités sanitaires, et un enjeu considéré comme majeur par les entreprises et les acteurs sociaux.

La société Care Labs poursuit le développement de Chèque Santé® et d'autres produits conçus en partenariat avec des organismes complémentaires et des collectivités. Elle travaille également, en parallèle, sur la négociation autour d'un mécanisme d'exonération des cotisations qui ne créerait pas un manque à gagner pour la Sécurité sociale et qui soit incitatif et adapté pour les entreprises.



## CONCLUSIONS

**Dr Jean-Michel LECERF**

*Chef du service nutrition  
de l'Institut Pasteur de Lille*



Au cours de cette demi-journée, les interventions des experts ont permis de souligner les enjeux de la prévention en santé et de réaffirmer son efficacité. Des acteurs de terrain ont présenté des initiatives et solutions innovantes montrant que, même si le chemin peut être long et complexe, il est véritablement possible de passer à l'acte.

### 5 points ouvrant des perspectives pour une intégration à part entière de la prévention dans notre système de santé ont été retenus

**1.** Plutôt que la prévention, aller davantage vers la promotion de la santé. Il est également important de **repenser l'économie de la prévention** non plus comme une dépense, mais comme un gain.

**2. Reconnaître et agir sur les déterminants socio-économiques, culturels, psychologiques importants dans les modes de vie et les facteurs de risques, et cibler les sujets à haut risque.** Bien que parfois difficile à réaliser, tenir ces éléments simultanément est primordial.

**3. Associer les moins favorisés, en faire des acteurs de leur santé** et, notamment, valoriser l'estime de soi comme un véritable moteur. Agir également sur les représentations que les individus ont de la santé et de la prévention afin

qu'ils ne deviennent pas des « assistés », mais plutôt des acteurs de leur santé.

**4. Impliquer davantage les médecins dans l'éducation thérapeutique,** en particulier les médecins généralistes qui font partie des acteurs majeurs du système de soins. Dans la démarche de prévention et de gestion des risques santé, qui nécessite d'être personnalisée, il faut agir avec prévenance, accompagner le patient et lui laisser la possibilité d'y renoncer : le médecin doit proposer (et non imposer) et le patient disposer.

**5. Accroître la formation des professionnels de santé** dans le domaine de la prévention et de l'accompagnement à la santé, tant en termes de compétence que de conviction. Cette mesure permettra aux acteurs de la santé de mieux comprendre l'aspect dynamique de cette approche et de rester en phase avec l'évolution rapide des situations.



# UN SITE INTERNET POUR UN DÉBAT PUBLIC ACCESSIBLE À TOUS

Les interviews vidéo des intervenants, leur biographie, les propositions concrètes, les résultats du sondage IFOP...

Et aussi les **comptes rendus** des colloques au Parlement des années précédentes sur la prévention santé :

- Démocratiser l'accès à la prévention, comment permettre une prévention active et l'éducation à la santé pour tous ?
- Les leviers du changement: aider les Français à devenir acteurs de leur santé tout au long de leur vie
- L'importance de la consultation médicale autour des habitudes de vie
- Une vraie politique de prévention des maladies métaboliques et cardio-vasculaires est-elle possible ?

Rendez-vous sur :  
[www.education-preventionsante.fr](http://www.education-preventionsante.fr)

