UNE VRAIE POLITIQUE DE PRÉVENTION DES MALADIES MÉTABOLIQUES ET CARDIO-VASCULAIRES EST-ELLE POSSIBLE ?

Sommaire

OUVERTURE DU COLLOQUE **2**

TABLE RONDE N°1 : Maladies cardiovasculaires, diabète, obésité : des maladies en progression constante en France, une démarche de prévention insuffisante **7**
Participaient à cette table ronde : 7
Docteur Jean-Michel LECERF 7
Docteur Thibaut de SAINT POL 7
Professeur Carolina O.C. WERLE 7
Bernadette LACLAIS 7

TABLE RONDE N°2 : Des exemples de politique santé internationale, innovante et efficiente dont la France pourrait s'inspirer ? **35**
Participaient à cette table ronde : 35
Docteur Jean-Michel LECERF 35
Laurence HARTMANN 35
Antero KIVINIEMI 35
Anne-Sophie JOLY 35
Amandine GARDE 35
Denis JACQUAT 35
Carole AVRIL 35

TABLE RONDE N°3 - La future loi de santé publique : l'opportunité d'impulser une nouvelle politique, plus volontariste pour la prévention santé ? Des exemples positifs et concrets pour promouvoir la santé en France **55**
Participaient à cette table ronde : 55
Gérard BAPT 55
Dr Dominique BONTE 55
Yves BUR 55
Jean-Pierre DOOR 55
Pr Martine DUCLOS 55
Dr Thanh LE LUONG 55

Ouverture du Colloque

Dr Jean-Michel LECERF

Mesdames, Messieurs, bienvenue à chacun à cette journée sur la prévention qui nous rassemble. Une vraie politique de prévention est-elle possible ? C'est la question à laquelle nous essaierons de répondre les uns et les autres.

Je voudrais vous remercier d'être venus pour ce débat, qui est sûrement peu commun. En effet, en général, la prévention est toujours un peu laissée de côté. Je crois que votre intérêt, votre présence et la présence de Madame Laclais sont des éléments extrêmement importants.

J'ai l'honneur et le plaisir de présider cette journée. Je voudrais d'abord remercier les différents organisateurs, et en particulier la Fondation PILEJE et l'Institut Pasteur de Lille, qui sont partenaires pour cette journée de prévention. Bien sûr, je remercie l'Assemblée nationale qui nous accueille dans ses locaux.

Chacun est remercié.

Notre journée sera riche, construite en trois temps. Vous avez vu le programme. Trois tables rondes sont prévues, ainsi que trois pauses. Nous aurons une petite pause après chacune des tables rondes, et un repas partagé ce midi.

D'abord, avant d'entrer dans le vif du sujet, pourquoi avoir organisé cette journée ?

Je pense qu'il y a des raisons qui sont évidentes. Nous le redirons dans un instant, avec le discours de Madame Marisol Touraine. C'est l'importance de la prévention, dans les esprits au moins, et peut-être pas assez en pratique. Pourtant, des tas de pistes existent. Ce sont celles que nous essaierons de défricher aujourd'hui.

La deuxième raison est qu'il s'agit d'une préoccupation des organisateurs, bien entendu. Cela fait en tout cas partie des missions de l'Institut Pasteur de Lille. Nous sommes deux représentants aujourd'hui pour en témoigner. C'est aussi une préoccupation de la fondation PILEJE.

Il était également nécessaire de s'inscrire dans la continuité du colloque de l'an dernier. Je pense que plusieurs d'entre vous étaient déjà là. J'en vois plusieurs qui étaient déjà là l'an dernier. Le colloque avait eu lieu au Sénat, et vous en avez les actes dans votre petite sacoche. Il fallait aller plus loin.

L'an dernier, nous nous étions interrogés sur la façon de travailler main dans la main avec les acteurs de terrain, et notamment avec les médecins. Aujourd'hui, nous allons prendre un peu de recul, notamment parce que se prépare la loi de santé publique.

C'est la troisième raison de notre réunion aujourd'hui : une loi de santé publique se prépare l'année prochaine, à l'été 2014. Ce n'est pas nous qui allons la préparer, mais nous avons sans doute le droit d'émettre des idées. Cela ne fait pas partie des démarches officielles, mais Madame Laclais, qui nous fait l'honneur de présider, va sans doute nous apporter sa contribution et va enrichir aussi sa connaissance. C'est l'occasion, en tant que professionnels, de dire que nous avons quelque chose à dire en termes de prévention.

Voilà le but de cette journée. Journée qui est donc sous l'égide du ministère de la Santé. J'ai l'honneur de vous délivrer le message à cette occasion de Madame Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, qui s'excuse de ne pas pouvoir être parmi nous ce matin. Elle nous a demandé de lire son message d'accueil, de bienvenue et de soutien.

Avant de laisser la parole à Madame Laclais, je vais donc vous lire le message de Madame Marisol Touraine, que nous venons de recevoir.

« *Mesdames, Messieurs,*

Le débat sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014, qui se poursuit au Sénat ce matin, m'empêche d'être parmi vous. Je veux saluer l'engagement de Bernadette Laclais, qui parraine ce colloque. Cette initiative est en pleine cohérence avec le travail essentiel qui est le sien au sein de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, et dans sa ville de Chambéry.

Je regrette de ne pouvoir débattre aujourd'hui avec vous de ce qui sera sans doute l'un des enjeux majeurs de ce 21ème siècle : la prévention des maladies métaboliques et cardiovasculaires – nous nous sommes limités à cet enjeu-là, nous n'irons pas au-delà, ce serait sans doute trop. *Enjeu majeur, car les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité dans le monde, et la deuxième cause de décès en France. 147 000 personnes meurent encore chaque année, dans notre pays, d'infarctus du myocarde ou d'un accident vasculaire cérébral, malgré les progrès accomplis dans le domaine ces dernières années.*

Le diabète est une véritable épidémie. Un homme sur cinq, et une femme sur six en sont atteints parmi les 65 – 75 ans. En tout, ce sont 3,5 millions de personnes qui en souffrent dans notre pays.

Enjeu majeur, car certains facteurs sont encore trop prégnants dans notre pays, et continuent de se développer. Aujourd'hui, près de 15 % de la population adulte est obèse. Aujourd'hui, en France, on compte près de 73 000 morts liées au tabagisme, soit 200 décès par jour.

Face à cela, il est urgent de faire le choix de la prévention, c'est tout l'objet du colloque qui vous rassemble aujourd'hui.

Il nous faut agir tôt, et agir fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé. L'enjeu est de taille. Nous devons parvenir à réduire les inégalités sociales et géographiques de santé, à diminuer la mortalité prématurée et à faire croître encore l'espérance de vie en bonne santé.

C'est tout le sens de la stratégie nationale de santé, dont j'ai présenté, le 23 septembre dernier, les grands objectifs, et qui fait actuellement l'objet de réunions dans l'ensemble des régions de France. La grande loi de santé, que je présenterai en 2014, découlera directement de ce travail collectif qui est en cours.

Il nous faut remettre le patient au centre de son parcours de soins, et mobiliser tous les acteurs autour de prises en charge globales, incluant promotion de la santé, éducation thérapeutique, dépistages, suivi des maladies chroniques, sans oublier une recherche coordonnée.

Les grandes priorités de santé publique que nous élaborerons devront permettre de faire face aux évolutions démographiques et au développement de pathologies chroniques.

Au-delà de l'éducation à la santé, qui fait déjà l'objet de programmes spécifiques à l'école, avec des actions ciblées (nutrition, addiction), nous développerons des programmes de formation des jeunes à la prévention pour leur permettre de mieux être acteurs de leur propre santé.

L'éducation à la santé favorisera l'acquisition de comportements et de modes de vie qui ont un impact favorable sur l'état de santé.

La conviction que nous partageons, c'est que le système de santé doit donner toute sa place à la prévention. Outil trop négligé depuis plusieurs décennies, il s'agit pourtant d'un élément décisif pour réduire la mortalité et la morbidité évitable.

C'est par le développement du réflexe préventif que nous tiendrons mieux compte des déterminants de santé. Pour poursuivre notre travail sur les grandes priorités de santé publique, je veux cibler nos actions en fonction des populations, des lieux de vie, en portant une attention toute particulière aux facteurs de risques environnementaux.

Le travail que vous menez au quotidien, les échanges que vous aurez aujourd'hui, et qui me seront rapportés, constituent un apport essentiel à l'élaboration de notre politique de santé publique.

Je vous remercie. »

Le colloque est ouvert. Pour cette ouverture, j'ai le plaisir de donner la parole à Madame Bernadette Laclais, qui est députée PS de Savoie, et rapporteur pour avis du budget de santé.

Merci, Madame Laclais.

Bernadette LACLAIS

Merci de me donner la parole. Mes premiers mots seront des mots de bienvenue à vous toutes et à vous tous ici, à l'Assemblée nationale. Je crois qu'il était particulièrement opportun d'organiser ce colloque ici, dans le calendrier que vous avez choisi. Ce calendrier me semble fort pertinent dans la mesure où il se situe entre l'annonce par Madame la Ministre, comme elle vient de le rappeler, de la stratégie nationale de santé, et une loi qui devrait nous permettre de concrétiser un certain nombre de propositions. Je suis persuadée que les échanges d'aujourd'hui pourront constituer des bases solides de travail pour les élus qui s'impliqueront dans ce texte.

Je remercie donc très chaleureusement la Fondation PILEJE et l'Institut Pasteur de cette initiative. Je remercie le Docteur Lecerf d'avoir accepté la présidence de cette journée de travail. Merci également à tous les intervenants qui vont s'exprimer. Je salue tout particulièrement mes collègues de l'Assemblée nationale qui interviendront, Denis Jacquat tout à l'heure, qui rejoindra la table ronde de 11 heures 45, et Gérard Bapt, qui rejoindra celle de 14 heures 30. Je n'oublie pas Yves Bur, qui n'est plus député aujourd'hui, mais qui a marqué de sa présence et de ses contributions la Commission des affaires sociales pendant plusieurs mandats.

En quelques mots, je voudrais simplement souligner ce que vous avez déjà dit, mais qui me semble mieux pris en compte, y compris par les élus. C'est la conviction que notre système de santé reste, encore aujourd'hui, trop ancré sur le curatif, et pas assez sur le préventif. Toutes les études qui nous sont produites montrent que la prévention est le parent pauvre de la politique de santé aujourd'hui, alors même que nous savons que beaucoup de maladies qui se développent surviennent souvent en raison d'habitudes de vie de nos concitoyens. Nous avons choisi de nous centrer aujourd'hui sur les maladies métaboliques et cardiovasculaires, mais nous pourrions parler d'autres maladies. Ces habitudes pourraient être modifiées. Evidemment, nous savons les réticences que cela peut susciter, ainsi que les difficultés culturelles et sociales. Il n'en demeure pas moins qu'il existe des possibilités de faire avancer les choses, et qu'il faut que les pouvoirs publics se saisissent de cette question.

Vous avez rappelé, par l'intermédiaire du texte de Madame la Ministre, les chiffres qui sont là. Les études sont là, elles le montrent. A un moment donné, il faut donc passer du constat à une prise en compte et à une mise en œuvre qui, je l'espère, sera celle du texte qui nous sera proposé.

Nous savons qu'il existe des obstacles. Nous savons qu'il n'est pas si simple de changer les choses. Aujourd'hui, le but est peut-être aussi de répertorier ces difficultés, de réfléchir à la façon d'inscrire une politique de prévention dans un parcours de santé. Comment responsabiliser les citoyens ? Je ne parle pas uniquement des malades, dès le plus jeune âge. Comment sensibiliser les médecins ? Et puis, comme je l'ai souligné, aujourd'hui, par des comparaisons à l'internationale, nous devons jeter les bases d'une contribution à la future loi de santé publique. Il y a des concertations qui sont organisées. Je crois que la contribution du travail d'aujourd'hui pourrait parfaitement être versée aux débats préparatoires à ce texte.

Nous savons également, et je crois qu'il faut le souligner, que selon le lieu où on vit, selon la région dans laquelle on vit, les risques ne sont pas tout à fait les mêmes. On développe plus certaines maladies dans certaines régions. Certains enfants sont plus touchés par l'obésité dans certains quartiers ou dans certaines villes. Nous savons aussi qu'il existe des risques environnementaux. Evidemment, nous devons prendre en considération l'ensemble de ces données pour pouvoir faire avancer les choses.

Je voudrais, en tant que Parlementaire, souligner un aspect des choses qui m'a beaucoup marquée, peut-être parce que je suis encore récente dans cette Maison et que j'ai aussi eu l'occasion d'entendre ce qu'un certain nombre de nos concitoyens nous disent.

Souvent, quand on voit les Parlementaires à la télévision, que ce soit retransmis au moment des débats dans l'hémicycle, ou que ce soit les comptes rendus des commissions qui peuvent être diffusés, on a l'impression que les Parlementaires sont plutôt attachés aux questions financières. Souvent, les chiffres sont là. On parle du projet de loi de finance de la Sécurité sociale. Evidemment, on peut avoir le sentiment que nous n'aurions que ce prisme pour analyser une politique de santé.

Oui, il existe des contraintes financières et budgétaires. Nous le savons. Elles doivent être prises en considération, nous ne pouvons pas nous en extraire. Toutefois, le rôle du législateur va bien au-delà de cela. Faut-il le rappeler ? Je ne sais pas, mais notre volonté est de faire en sorte, dans un cadre qui nous est donné, que nos concitoyens vivent bien, plus longtemps, et vivent mieux plus longtemps. En effet, il ne sert à rien de vivre beaucoup plus longtemps, si c'est pour vivre dans des conditions de vie dégradées et en perte d'autonomie. Ce qui est souhaitable pour tous, ce qui est un objectif individuel qui peut être parfaitement compris par tous, et qui est dans l'intérêt collectif, c'est bien évidemment que chacun puisse vivre le plus longtemps possible en étant autonome et dans de bonnes conditions de santé.

J'ai bien retenu votre formule, Docteur, qui m'a beaucoup plu. La santé de l'homme, de tout l'homme, et de tout homme. Je crois que nous pouvons faire nôtre cette formule que vous aviez utilisée au Sénat l'année dernière, et qui, je crois, devra être le fil conducteur de la réflexion des Parlementaires. En ayant bien sûr à l'esprit que tout cela doit s'inscrire aussi dans une logique qui n'est pas perdue de vue, qui est l'équilibre de nos comptes sociaux. Finalement, on le sait bien, la prévention est sans doute ce qui peut faire que l'on change son regard, c'est ce qui permettra aussi d'alléger les coûts. Evidemment, il est moins coûteux de faire de la prévention que de faire du curatif. C'est une Lapalissade, mais il faut encore, me semble-t-il, le répéter parfois pour que les choses soient bien comprises. Evidemment, quand on dit cela, on ne sous-estime pas les difficultés.

Pourquoi est-ce si difficile ? C'est difficile, parce qu'il faut faire partager aussi à ceux qui sont concernés, qu'ils soient malades ou qu'ils ne le soient pas encore, cet objectif. Quand on fait des ronds-points, on nous demande pourquoi on fait tant de ronds-points. Il est sûr que celui qui n'a pas eu d'accident ne voit pas l'intérêt du rond-point. C'est un peu la même chose. La comparaison n'est pas raison, mais c'est un peu cela. Il faut expliquer aux personnes qu'il vaut mieux prévenir que guérir. Cela nécessite de changer le regard porté sur soi. Une relation qui doit changer avec les médecins. Et aussi une pédagogie, je pense que nous en parlerons, car c'est souvent dès le plus jeune âge que l'on prend les bonnes ou les mauvaises habitudes. Beaucoup de choses se font entre zéro et six ans, on le sait bien. C'est sans doute à cet âge-là que l'on peut le mieux commencer la pédagogie.

Cela me laisse espérer, même si les débats sont compliqués, qu'il y a sans doute, dans les réformes actuelles, notamment celle qui touche à l'école, la possibilité, en bonne articulation entre les acteurs de la santé, les associations qui travaillent sur ces questions, les collectivités locales et l'Etat, d'imaginer des cycles de formation, de pédagogie à l'égard des plus jeunes sur des questions simples, mais fondamentales. Ces questions peuvent en même temps les passionner. J'en suis persuadée.

Ce champ est ouvert. J'y contribuerai dans la première table ronde. Je souhaitais simplement, par ces quelques mots, essayer de tracer quelques perspectives, et surtout vous remercier de contribuer à alimenter la réflexion des députés qui se pencheront, comme vous l'avez compris, avec détermination sur cette question. Les députés sont bien conscients qu'ils ne peuvent pas faire les choses seuls. Ils ont besoin de tous les acteurs de la santé pour pouvoir porter une nouvelle vision des choses. Evidemment, je me ferai le plaisir de me faire le relais de vos contributions auprès de la Commission des affaires sociales.

Dr Jean-Michel LECERF

Merci, Madame Laclais. En vous écoutant, je me disais, finalement, c'est facile, la prévention, tout le monde est pour. C'est comme si on demandait aux gens s'ils étaient d'accord pour être heureux. Oui, mais comment faut-il faire pour l'être ? C'est un peu la question à laquelle nous avons la lourde tâche de répondre. Tout le monde est d'accord pour dire que la prévention est utile. Mais ce que nous faisons, est-ce efficace ? Comment faut-il faire pour que ce soit efficace ? Je crois que c'est un peu l'enjeu de la journée.

Nous essaierons d'approfondir, parce qu'il y a des consensus mous qui ne nous font pas toujours beaucoup progresser, et il y a des consensus qui peuvent être davantage construits.

La première table ronde aura pour but de faire un état des lieux sur cette prévention. J'aurai la tâche d'essayer de faire un peu le point sur le plan épidémiologique, et physiopathologique. Une approche un peu médicale, vous nous excuserez pour ceux qui ne sont pas dans le domaine scientifique et médical. Je crois que c'est un minimum.

Ensuite, Thibault de Saint Pôl nous dira, en tant que sociologue, le regard que nous devons avoir sur ces évolutions. Sont-elles homogènes ? Existe-t-il des inégalités ? Vous connaissez déjà la réponse, mais je crois que le Docteur de Saint Pôl va nous argumenter cela.

Puis, le Docteur Carolina O. Werle nous dira comment nous nous sommes parfois un peu trompés avec des messages, ou dans quelle mesure il faut les faire évoluer, ou dans quelle mesure ils sont bons.

Enfin, Madame Laclais reprendra la parole. Voilà le programme de cette première table ronde qui se déroulera jusqu'à 11 heures 30. Nous aurons un petit débat après chacune des interventions.

TABLE RONDE N°1 : Maladies cardiovasculaires, diabète, obésité : des maladies en progression constante en France, une démarche de prévention insuffisante

Participaient à cette table ronde :

Docteur Jean-Michel LECERF

Docteur Thibaut de SAINT POL

Professeur Carolina O.C. WERLE

Bernadette LACLAIS

Dr Jean-Michel LECERF

Je vais commencer par vous faire l'état des lieux de cette question des maladies cardiovasculaires et métaboliques.

Comme c'est écrit petit, et que tout le monde ne peut pas voir, nous essaierons d'être assez concrets dans cette présentation.

Vous voyez une première courbe qui est l'évolution du surpoids et de l'obésité selon l'étude ObEpi en France. Il s'agit d'une étude que tout le monde connaît bien maintenant, qui montre une chose intéressante. L'évolution du poids dit normal est à la baisse. Cela signifie qu'il y a une augmentation des personnes en obésité. On donne des grades de 1 à 3. Le grade 3 augmente beaucoup, malgré l'apparence. C'est faible, mais cela correspond quand même à 400 000 personnes qui, aujourd'hui en France, sont en obésité dite massive. C'est quelque chose d'important.

Ce n'est pas forcément sur cette population que la prévention peut être la plus facile, car ce sont des maladies très particulières quand même.

L'obésité est la maladie par laquelle un certain nombre de problèmes commencent. Je ne voudrais toutefois pas donner l'impression que tout commence par l'obésité, et que les obèses sont les personnes qui supportent tout le poids socioéconomique des maladies cardiovasculaires et métaboliques. Attention aux déviations éventuelles.

C'est un problème de société, c'est sûr, puisque notre société est obésogène. Comme le disait Jean Trémolières, notre société crée des obèses, mais ne les supporte pas. Cela fait au moins quarante ans qu'il l'a écrit, et cela reste d'actualité. Soyons attentifs à ne pas faire des obèses des boucs émissaires.

C'est une maladie chronique évolutive, lourde de conséquences. C'est notamment une forme de handicap. C'est une souffrance, c'est une gêne, c'est un facteur de risque, mais c'est aussi un symptôme qui traduit beaucoup de choses. Attention à ne pas réduire simplement l'obésité à un excès de masse grasse, qui est la bonne définition. C'est aussi une pathologie qui a des significations psychologiques et comportementales extrêmement complexes.

La complexité sera sans doute le maître mot de mon intervention.

Là, ce n'est pas complexe, c'est simple. Plus l'obésité augmente, plus il existe un risque de mortalité accru. Ceci étant, cette courbe doit être modulée par énormément de

facteurs, dont l'âge. Hier, je voyais en consultation un patient qui a 75 ans et un IMC de 27, et qui voulait maigrir. Je l'ai découragé. Il était très déçu. Tant pis. A cet âge-là, un IMC de 27 est excellent. S'il maigrit, il ira beaucoup moins bien.

Vous voyez, le discours sur l'obésité va parfois trop loin. Certaines personnes veulent maigrir, alors qu'elles ne doivent pas maigrir. Beaucoup de nuances doivent donc être apportées à nos propos.

Vous voyez là aussi qu'être trop maigre n'est pas très bon pour la santé.

Au-delà des kilos, c'est un discours que l'on connaît bien, maintenant, il s'agit de savoir où sont les graisses. Quand elles sont dans le ventre, ce n'est pas très bon. Regarder ses chaussures est toujours un indice que qualité de vie, puisque quand vous avez un gros ventre, vous ne voyez plus vos chaussures. Il y a des patients qui viennent nous voir en disant qu'ils ne voient plus leurs chaussures et qu'ils veulent maigrir, et ils ont raison.

La composition corporelle est aussi très importante. On peut être fort, lourd, mais pas gras. Les kilos ne sont pas que de la graisse, ce sont aussi du muscle, et il vaut mieux garder le muscle, bien entendu. D'où l'importance de l'activité physique qui sera un enjeu majeur de cette journée, vous allez le voir. Les nutritionnistes sont devenus des spécialistes de l'activité physique, de plus en plus, car il s'agit d'un élément absolument fondamental.

Puis, le risque d'une personne qui a un excès de poids doit s'inscrire dans une analyse complexe, parce que tous les poids ne se ressemblent pas. Sur cette diapositive, on voit que l'idéal de la prévention, selon je ne sais quelle illusion, serait que tout le monde pèse le même poids, et que l'on se ressemble tous, comme des clones. Sûrement pas. Le poids standard n'est pas le poids idéal. Le poids idéal est différent pour chacun, donc attention à ne pas vouloir uniformiser, sous prétexte de prévention, le poids de chacun. C'est très important. La prévention ne doit pas tomber dans des ornières, qui sont nombreuses.

Pourquoi le poids s'installe-t-il ? Je ne vais pas vous faire un grand cours, car c'est extrêmement complexe. J'ai juste voulu mettre ici l'interaction entre de nombreux facteurs que l'on va évoquer un tout petit peu plus après. Dans ces facteurs, vous ne voyez pas seulement apparaître le mode de vie, c'est-à-dire l'alimentation, mais des facteurs métaboliques, des facteurs socioéconomiques, culturels, psychologiques et la génétique, qui est toujours présente. Elle fait la différence entre les individus. Nous sommes fondamentalement inégaux en matière de santé. Il faudrait que cela rentre dans la tête des gens. Pas sur tous les points, il y a des points qui sont corrigibles. Par exemple, on peut essayer de corriger les facteurs socioéconomiques, mais les facteurs génétiques ne peuvent pas être corrigés, et tant mieux.

Ensuite, le tissu adipeux s'installe et cela devient une vraie maladie. Quand on arrive tout en bas de l'échelle, la prévention n'est plus possible. On est dans une maladie qui ne se guérit pas. Il faut l'admettre.

Madame Laclais faisait allusion tout à l'heure au fait que tout se jouait avant six ans. En matière d'obésité, où beaucoup de choses se jouent tôt, c'est ce que vous avez voulu dire, la plupart des obésités s'installent à l'âge adulte, il faut le reconnaître. Seuls 4 % des enfants sont obèses, et 15 % à 20 % de la population adulte. L'essentiel survient donc à l'âge adulte.

Il y a des facteurs que l'on pourrait qualifier de prédisposants, de génétiques, d'épigénétiques, c'est très à la mode, je ne développerai pas, mais c'est là où interviennent des facteurs environnementaux comme, par exemple, des perturbateurs endocriniens, qui sont liés à des facteurs de contamination et de pollution, des facteurs favorisant et enfin des facteurs déclenchants.

Je vais très brièvement les analyser, en soulignant qu'ils sont toujours en interaction. Ici, j'ai indiqué l'interaction entre génétique et obésité, un travail de Philippe Froguel, qui est chercheur à l'Institut Pasteur de Lille. Il a montré qu'un gène qui prédisposait à l'obésité, dont la prévalence est identique au Pakistan et en Europe, n'a pas du tout le

même impact selon les populations. Au Pakistan, il faut qu'il y ait deux gènes présents pour que la maladie s'exprime. En France, il suffit d'une seule mutation, puisque c'est un gène récessif, soit du père soit de la mère, pour que la maladie s'exprime. Pourquoi ? Parce que les différences d'environnements sont telles qu'au Pakistan, même un seul gène ne suffit pas. Un seul gène conduit à un poids normal, alors qu'en France, un seul gène conduit à un poids plus élevé, à cause de l'interaction génétique et environnement, qui est absolument fondamentale. On la retrouve pour pratiquement tous les gènes et il ne faut jamais l'oublier.

Mais ce qui fait la différence, c'est la présence de ce gène, qui s'exprimera s'il est présent, mais en présence de facteurs d'environnement.

Les facteurs favorisants favorisent, mais ils ne suffisent pas. Bien sûr, on y met l'alimentation, l'activité physique, et la sous-activité physique représentée par la télévision. De plus en plus, on parle de l'importance de la sédentarité, qui est autre chose que l'activité physique. Martine Duclos en parlera beaucoup cet après-midi. Le sommeil, le déficit de sommeil. Faites la grasse matinée, c'est plutôt bon. C'est quand même une bonne nouvelle. Le stress chronique et la toxicité des régimes. Tout le monde le sait maintenant, les régimes ne sont pas bons quand ils sont mal appliqués. En revanche, s'occuper de son alimentation, c'est toujours très bon.

J'en ai mis plusieurs, qui sont des facteurs de recherche extraordinaires. On sait le rôle de la fleur intestinale, on sait sans doute le rôle du mode d'accouchement et mode d'allaitement sur la fleur intestinale, etc.

Bien sûr, tout ceci est en interaction avec des facteurs environnementaux, socioéconomiques, dont Thibault de Saint Pôl parlera largement tout à l'heure.

Sur l'inactivité physique, je vous présente une courbe extraordinaire, issue d'une étude publiée il y a quelques années. C'est l'évolution de l'obésité chez les enfants suivis entre l'âge de quatre ans et onze ans. Ce n'est pas vraiment l'obésité, mais l'indice de masse corporelle, en fonction du fait qu'ils regardent beaucoup, pas beaucoup ou moyennement la télévision. Vous voyez que plus les heures de télévision sont nombreuses, plus les différences de poids apparaissent dès l'âge de six ans. C'est là où vous aviez raison, bien entendu, il y a une différence.

Ceci étant, tout le monde ne devient pas obèse à télévision égale, bien entendu. Quand on fait les interactions entre la télévision et *low fat/high fat*, vous voyez très bien que quand on est *high fat/high* TV, c'est très mauvais pour l'adiposité. On comprend bien comment ces deux comportements sont associés.

A nouveau, un petit mot sur la télévision, avec une petite illustration sur le nombre de messages publicitaires à la télévision, selon les pays. Vous voyez qu'ici, la France est assez bien placée, pour une fois, dans *full advertising*, donc les messages télévisés et leur nombre par heure. La plupart sont des messages alimentaires. On vous en parlera tout à l'heure avec Carolina O.C. Werle, ce sera fort intéressant.

La précédente, c'était un peu d'humour, avec une maman qui nourrissait son enfant à travers la télévision. Ici, bien que ce ne soit pas scientifique – attention, ce ne sont que des observations –, c'est le nombre de publicités alimentaires et la prévalence de l'obésité dans les pays. Ce n'est pas parce qu'on met les deux ensemble qu'il y a une corrélation scientifique. Il y a simplement une association. Il est possible qu'il y ait une relation.

Les facteurs favorisants, je les ai mis ici, dans un tableau épouvantable, où il y a plein de choses, pour dire qu'il faut quand même faire attention à la façon dont on les regarde. En effet, tout se termine par la balance énergétique à droite, où on mange plus que ce qu'on dépense. Ceci étant, ce n'est pas parce qu'on mange beaucoup qu'on grossit. Il faut manger plus que ce qu'on dépense de façon régulière.

Ensuite, on passe à la deuxième colonne, c'est ce qu'il y a dans l'assiette. Ça, ce n'est pas très important. Ce qui est important, c'est pourquoi on le met dans l'assiette. C'est ça qui est beaucoup plus important. C'est encore un sous-groupe. Mais de quoi cela dépend-

il ? Cela dépend de facteurs socioéconomiques, culturels, psychologiques, d'environnement, et de l'activité physique, bien entendu.

Finalement, il faut plus s'intéresser aux deux de gauche qu'aux deux de droite, car les deux de droite ne sont que des éléments qui sont consécutifs. Le plus important, c'est ce qui a conduit à. Très souvent, on s'occupe du contenu de l'assiette, des aliments, on dit que certains aliments sont mauvais, mais pas du tout. Moi, je ne connais pas de mauvais aliments. Il me semble essentiel de rappeler cela. Pourquoi on le met, pourquoi on en met trop et pourquoi on en mange trop. Il n'y a que ça qui compte. Le reste n'est pas intéressant.

On voit très bien dans des études faites aux Etats-Unis qu'ils ne sont pas toujours un bon modèle, ni pour la prévention, ni pour les maladies. J'espère qu'il n'y a pas trop d'Américains, je vais les blesser ici, mais ils font beaucoup de bêtises en matière d'alimentation. Par exemple, sur cette courbe, on voit très bien que la diminution des lipides, que vous voyez sur la colonne de droite, a été observée sur ces deux périodes. Il y a une diminution importante de l'apport en lipides, en pourcentage. Pourtant, dans le même temps, la prévoyance de l'obésité a augmenté de 5 % et la prévoyance du surpoids de 30 %. Ce n'est donc pas la réponse.

Vous allez me dire qu'ils ont bougé moins. Vous avez raison, ils ont moins bougé. Pour les Anglais, on voit sur la courbe du milieu que l'évolution de l'obésité augmente. Pourtant, les apports énergétiques n'ont pas du tout augmenté. Les apports en gras ont même plutôt diminué. Mais les indicateurs de sédentarité ont beaucoup augmenté.

C'est un travail très connu, qui a été publié. La deuxième partie de cette publication montre que quand on regarde maintenant, avec la classe sociale, les indicateurs d'obésité sont beaucoup plus importants sur la classe sociale basse. C'est vraisemblablement un déterminant primaire. Le titre de l'article, que je traduis en français, était « Gloutonnerie ou paresse ». En gros, il s'agissait de savoir si on mangeait beaucoup ou si on ne dépensait pas assez. A mon avis, on mange trop par rapport à ce qu'on dépense. C'est vraiment ça. Mais pourquoi mange-t-on trop par rapport à ce qu'on dépense ? C'est ça qui est important. Si on dit toujours aux gens qu'il faut bouger, ils le savent. Manger, bouger. D'ailleurs, ils n'ont pas bien compris ce que cela voulait dire. Je pense qu'au bout du compte, cela ne sert à rien.

Là, ce sont des indicateurs. J'ai mis aux Etats-Unis, parce que les courbes sont plus belles, dans l'article en tout cas, mais en France, c'est exactement la même chose. Quand les revenus diminuent, ou à l'inverse quand ils augmentent, les indicateurs d'obésité augmentent. Les revenus augmentent, et l'obésité diminue. Pour l'éducation, c'est la même chose. Quand elle augmente, tout va mieux en termes d'obésité. Pauvreté et éducation sont vraiment des éléments fondamentaux dans cette affaire.

Il n'y a pas que les quantités qu'on mange, il y a la nature des aliments que l'on mange, notamment la variété qui est toujours un élément absolument fondamental. On ne parle pas assez de variété. Je pense que le message variété n'est pas du tout passé. Quand les revenus sont plus faibles, l'indice de variété est beaucoup plus faible. Quand l'éducation est plus faible, l'indice de variété est beaucoup plus faible également. C'est un élément absolument essentiel aussi.

En France, il y a eu des études qui ont été faites par Nicole Darmon notamment, qui sont excellentes. Ici, j'ai mis l'étude Val-de-Marne, qui est une étude ancienne maintenant, mais qui montre que quand le prix consacré à un repas augmente, la quantité d'aliments gras diminue. C'est la courbe noire. Et la quantité de fruits et légumes consommés, et de viande/poisson et autres aliments protidiques augmente, tant chez les femmes que chez les hommes. C'est peut-être un peu plus net chez les hommes dans cette courbe.

Facteur classique. On a tous envie de dire que c'est facile, l'obésité, c'est ce qu'on mange. Des études ont été faites et montrent que les facteurs classiques ne sont pas tout à fait ceux auxquels on pensait. Il s'agit d'une étude canadienne qui montre que quand on regarde les facteurs classiques, par exemple « manger beaucoup de gras » ou « avoir une

activité physique intense », ce sont des indicateurs d'obésité ou de surpoids, ou de gain de poids, mais ce ne sont pas les indicateurs les plus forts. Toujours dans cette même étude, je vais passer la suivante qui est beaucoup plus parlante, ils ont associé sur la courbe du haut les deux facteurs classiques, « manger très gras » et « ne pas avoir d'activité physique intense ». Vous voyez qu'il s'agit d'un facteur d'obésité qui multiplie par à peu près 2,5 le risque d'être obèse. Mais quand vous prenez les indicateurs non classiques, par exemple le fait de ne pas manger assez de calcium, d'avoir un score de désinhibition ou de ne pas dormir assez, vous multipliez par 6 le risque d'obésité.

Finalement, on s'est parfois focalisé sur des choses qui n'étaient pas vraiment les éléments les plus importants. Le score de désinhibition est un score un peu complexe, mais qui est un comportement alimentaire.

Facteurs déclenchants, pour terminer, c'est très important, car c'est là-dessus que tout bascule. Il y a des éléments essentiels. On n'est pas tous égaux, là non plus, par rapport au stress déclenchant, qui sont en général des événements ou des traumatismes psychologiques. Je les cite, mais je ne les détaille pas.

Bien sûr, parmi les maladies métaboliques, la plus courante, qui n'est pas la plus connue, est le syndrome métabolique. C'est à peu près 20 à 25 % des populations occidentales. En France, c'est la même chose. Ce n'est pas que le gros ventre, c'est le gros ventre, mais aussi des tas d'anomalies qui sont extrêmement fréquentes, que j'ai mises ici : les triglycérides, le tour de taille, la pression artérielle, la glycémie, donc on rentre dans le diabète. Cette maladie fait le lit du diabète. Ce n'est pas automatique. Vous avez à peu près 20 % de la population qui est obèse. 50 % de la population française en obésité ou en surpoids. Sur ces 50 %, vous avez 20 % de syndromes métaboliques et 5 % de diabétiques. 4 % en réalité. Tout le monde ne devient pas diabétique.

Dans le monde, c'était la journée internationale du diabète, les chiffres ne sont jamais les mêmes. Entre 350 et 370 millions de personnes sont diabétiques, c'est déjà pas mal. Un demi-milliard dans quinze ans. En France, ce sont 4 % de la population, 3 millions environ. Un certain nombre qui ne se connaît pas. C'est quand même quelque chose d'important. Par ailleurs, le poids économique du diabète est considérable.

Dans les causes, il y a le syndrome métabolique, qui est une étape qui n'est pas absolument obligatoire, mais qui est très fréquente. Il faut bien comprendre que là aussi, il y a un facteur génétique. J'ai voulu le remettre, parce que ce facteur génétique est à toutes les sauces. Bien sûr, on peut agir essentiellement sur ceux qui sont autour, dont le poids, dont la sédentarité, etc.

Il est intéressant de savoir que lorsque c'est pris au début, le passage entre ce qui est syndrome métabolique, le fait que l'on a déjà un mauvais fonctionnement de l'équilibre glycémique, on appelle ça une intolérance au glucose, le passage au diabète est tout à fait réversible. En tout cas, on peut agir de manière très efficace dessus. Ce sont deux études très connues, dont une étude finlandaise. Un Finlandais viendra cet après-midi nous parler de son expérience finlandaise. Merci, Monsieur d'être venu. Ce sera passionnant. On réduit d'à peu près 40 % le risque de devenir diabétique lorsqu'on agit sur l'alimentation et l'activité physique.

Il y a une étude américaine, parce que les Américains l'ont fait aussi, simplement, elle est dans l'autre sens. Ils ont soit appliqué un médicament, soit rien du tout, soit le mode de vie, et ils ont observé les personnes qui devenaient diabétiques et celles qui ne le devenaient pas. Le fait de changer de mode de vie diminue d'environ 40 % le risque de devenir diabétique quand on était prédiabétique. C'est le passage prédiabétique.

Je vais avancer un peu plus vite sur le passage pour terminer. C'est le dernier volet, sur la santé cardiovasculaire.

La santé cardiovasculaire est bien sûr une résultante du diabète, de l'hypertension, du tabac, du cholestérol, mais elle-même de beaucoup d'autres facteurs, et il faut être prudent en ne faisant pas croire aux gens que c'est une seule chose, par exemple les graisses

saturées. Je ne les ai pas mises dans mon schéma, car il s'agit d'un facteur modérément important. On va même dire peu important, sauf dans les grandes consommations de graisses saturées. Alors qu'il y a beaucoup d'autres choses. On s'est un peu trompé en pensant que c'était le facteur exclusif. Je ne dis pas qu'il ne joue pas, mais ce n'est pas le facteur exclusif. Il y a énormément d'autres choses qui interviennent dans l'alimentation, dans le mode de vie.

Bien sûr, pendant longtemps, on a parlé du cholestérol. C'est vrai. C'est surtout vrai, de façon absolument majeure, pour les grandes hypercholestéromie, pour les autres, c'est plutôt une courbe en U aussi. Peut-être qu'il ne faut pas se focaliser uniquement sur ce facteur, bien qu'il joue un rôle individuel important.

Il y a notamment une étude très intéressante, Interheart, qui est une étude qui a été publiée il y a neuf ans. C'est un peu vieux, mais cela reste intéressant. Elle montre le poids des différents facteurs de risques classiques.

Vous voyez que le tabac multiplie par 2,3, le diabète par 3, l'hypertension par 2,5, le cholestérol APO B, c'est important. Et puis, vous voyez que les facteurs psychologiques multiplient le risque par 2,5. Ca, on l'oublie. L'activité physique multiplie par 0,72. Il y a 28 % en moins avec l'activité physique, 30 % avec les fruits et légumes, 21 % en moins pour l'alcool, qui augmente néanmoins le risque de cancer et l'obésité abdominale.

Pour les graisses saturées, leur peau a été faite il y a deux ans par une publication internationale qui dit : « *on ne voit rien quand on fait bouger les graisses saturées* ». Cela ne veut pas dire que cela ne joue pas quand on en fait une grande consommation, mais ce n'est pas très important.

Je rappelle que la mortalité cardiovasculaire est beaucoup plus faible en France que dans les autres pays d'Europe, à l'exception d'une partie de la France en haut et en bas : la Corse et le Nord. Il y a moins de maladies cardiovasculaires en France qu'ailleurs, tant mieux. C'est encore trop, et nous avons peut-être des éléments de protection, il faudra que nous nous penchions dessus et que nous en parlions.

La prévention marche. Je vais donner une étude formidable qui a marché, mais c'était une étude sur des personnes à très haut risque. Elles avaient un cholestérol de plus de 3 grammes, 3,5 grammes, elles étaient fumeuses, et cette étude marche de façon spectaculaire. D'autres études ont montré peu d'impacts quand ce n'était pas aussi caractéristique. Et puis, on n'a peut-être pas fait des études d'intervention multifactorielles.

Le sel est également un facteur connu, mais il n'est pas si fort qu'on l'imaginait. C'est un risque de 1,2. Vous avez vu tout à l'heure, sur Interheart, on était plutôt sur des chiffres de 2,5, avec des facteurs psychologiques à 1,2. Toutefois, consommer trop de sel n'est pas bon. D'ailleurs, on voit bien dans cette étude que les gens qui consomment peu de sel ont un poids plutôt plus bas. C'est mieux par rapport au risque d'avoir des accidents cardiovasculaires, par rapport à ceux qui ne font rien du tout.

Je terminerai avec la prévention secondaire, en montrant qu'à mon avis, elle est très efficace. Néanmoins, des progrès énormes restent à faire. Ici, c'est le pourcentage de gens qui sont diabétiques six mois après un infarctus ou qui fument six mois après un infarctus. Bref, des gens qui ne devraient pas avoir tous ces facteurs. Vous voyez que d'année en année, en Europe, 1995, 2000, 2007, la situation se dégrade chez les gens qui ont fait infarctus, sauf pour le cholestérol grâce à des médicaments. Les gens sont de plus en plus souvent diabétiques, hypertendus, etc. Non pas qu'ils sont moins bien soignés, mais ils sont de plus en plus dans ces situations. C'est sûrement là-dessus qu'il faudrait agir.

Nous terminons avec quelques études sur l'activité physique. Il s'agit d'une étude très récente, de 2013, qui montre que chez les diabétiques, l'activité physique diminue d'environ 40 la mortalité cardiovasculaire. Plus les gens ont un problème de facteur de risque, plus la prévention est efficace.

Ici, c'est pareil. Il s'agit d'une étude suédoise parue il y a quelques jours, qui montre que les gens qui font trois fois par semaine 30 minutes d'activité physique ont beaucoup

moins de risques d'événement coronarien fatal que ceux qui font moins de deux fois 30 minutes par semaine. Il y a une différence de 70 %, c'est énorme.

L'inactivité physique, elle-même, est liée à des facteurs socioéconomiques. Vous voyez, il y a beaucoup d'études du nord, là, c'est une étude danoise. Quand vous avez un faible nombre d'années d'études, vous avez trois fois plus de risque d'être en inactivité physique. Là aussi, il y a un facteur socioéconomique.

Je vais passer, ce serait de trop. Télévision, activité physique et mortalité. La télévision, quelle que soit l'activité physique que vous avez, multiplie par deux le risque de mortalité, même pour les gens qui ont une activité physique. La sédentarité a un poids énorme.

Cette étude est également intéressante, elle montre que la marche est associée à une réduction du risque cardiovasculaire, surtout quand vous avez le haut risque. Vous voyez, la prévention concerne tout le monde, y compris les hauts risques. Ici, c'est une étude sur les nurses américaines, avec une interaction entre les deux. La marche vigoureuse est associée à une réduction du risque cardiovasculaire, même pour une faible durée. On peut donc faire une activité physique, même si on en fait peu.

Je vais terminer, parce que le temps passe. Les bienfaits de l'activité physique sont très nombreux. Vous le savez.

Avant la conclusion, dernière diapositive sur le style de vie et la qualité de vie. Elles sont intriquées. Ici, c'est une étude qui a essayé de cumuler les facteurs de protection pour les non-fumeurs. On est non-fumeurs, on est non-sédentaires, on consomme modérément de l'alcool, 1,14 fois par semaine, à l'américaine, plus de 5 portions de fruits et légumes, et quand on a un score de 4, par rapport à ceux qui ont un score de 0 et 6,5 fois plus de risque de décès. C'est un ensemble de choses. On parlera beaucoup du tabac et de la nutrition, bien sûr.

En conclusion, dans la survenue des pathologies cardiovasculaires et métaboliques, le mode de vie est en interaction avec des facteurs génétiques et aussi des facteurs socioéconomiques, psychologiques, et culturels, cela me semble essentiel. Les facteurs nutritionnels isolément sont peu importants, c'est ma conviction, moi qui suis dans la nutrition depuis trente ans. Ils sont eux-mêmes déterminés par des facteurs comportementaux d'origines multiples. La cause et la physiopathologie de ces affections sont d'une grande complexité. Attention à ne pas simplifier à outrance. Il existe une grande hétérogénéité. Il ne faut pas d'approche univoque et simpliste. La prévention doit s'intéresser aux causes profondes des changements de modes de vie et de styles alimentaires. C'est ça la prévention, à mon avis.

La prévention secondaire est très efficace. J'en suis persuadé, mais il est dommage d'en arriver là. On peut faire les deux. Il faut porter nos efforts sur les populations à risque, et notamment sur les populations défavorisées, et mettre un accent tout particulier sur l'activité physique. On voit que les études allant dans ce sens sont extrêmement nombreuses.

Merci de votre attention.

(applaudissements)

Nous allons prendre cinq minutes de débat pour chaque intervention. Comme j'ai été un peu long, je ne vais m'accorder que trois minutes. Nous pouvons prendre deux ou trois questions courtes pour des réponses courtes.

Prenez le micro pour l'enregistrement des questions. Tout sera enregistré, alors ne dites pas de bêtises, et tout sera retranscrit. Docteur Leclerc.

Dr LECLERC

Je pense qu'aujourd'hui, en ce qui concerne la prévention secondaire et tertiaire, l'hôpital nous montre une très bonne direction. Je parle de services de pointe, mais

notamment dans les maladies cardiovasculaires. Je donnerai cet exemple qui est la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, qui est une maladie terrible. C'est peut-être la maladie la plus grave.

Aujourd'hui, les médicaments n'ont pas évolué depuis 25 ans. Simplement, la prise en charge à l'hôpital, indiquée par un cardiologue ou le médecin libéral, il faut une journée pour être « bilanté », et il y a deux jours d'éducation thérapeutique. A la suite de cela, on a doublé l'espérance de vie des malades atteints d'insuffisance cardiaque sans que les médicaments aient évolué.

Je pense qu'il s'agit d'une très bonne chose. On a beaucoup parlé d'éducation thérapeutique. Surtout, c'est une prise en charge personnalisée. On parle maintenant de médecine personnalisée, individualisée. On ne peut faire de la prévention que si c'est personnalisé et individualisé.

Je voudrais insister, parce que dans le précédent débat, on en avait discuté. Aujourd'hui, il existe des consultations de prévention primaire, individualisées, qui sont réservées aux nourrissons et aux jeunes enfants. Lors de la précédente loi sur la santé, nous avions été consultés, et nous avions proposé de faire une consultation de prévention à 45 ans, c'est-à-dire à l'âge où les choses basculent. Comme vous l'avez dit tout à l'heure, on est dans un état intermédiaire de santé, avec des risques.

Il était proposé à l'époque, pour les médecins, parce que c'est beaucoup plus long, de faire une consultation cotée 3C, qui permettrait dans cet âge charnière d'avoir une prévention individualisée, et derrière suivie par une éducation thérapeutique.

L'année dernière, nous avons eu une présentation très intéressante des infirmières qui sont maintenant spécialisées dans l'éducation thérapeutique, mais qui sont prêtes pour faire de l'éducation à la santé, à la suite de cette évaluation de santé.

Pourquoi ne propose-t-on pas une consultation presque obligatoire, comme les cas de santé, pour les jeunes enfants, à 45 ans et peut-être à 60 ans dans la prévention de la dépendance, pour une vie plus longue ? Bien sûr les médecins seraient formés. Là aussi, on a des choses efficaces à proposer et à faire.

Dr Jean-Michel LECERF

Merci beaucoup. Je pense qu'il est important, effectivement, de se donner les moyens de cette prévention.

Cela me fait penser qu'hier, j'ai vu un patient en consultation à l'hôpital. Il est atteint d'une pathologie très lourde. C'est incroyable, la fois dernière, il a passé une heure avec moi, pour la prévention. Une heure à 23 euros m'a-t-il dit. Il était choqué que son médecin passe une heure avec lui contre 23 euros. On rentre dans le vif du sujet et on a une vraie prévention secondaire.

Ce que vous proposez serait une alternative, effectivement, à 40 ans, à 60 ans, avec des médecins spécialisés. C'est une très bonne idée.

Avez-vous d'autres questions ou suggestions ?

Jean-Paul DAVID, interniste

J'ai été intéressé par le rappel que vous avez fait. Y a-t-il d'autres éléments, notamment sur le temps du repas, la durée du repas ? Je ne sais pas s'il y a des dentistes dans la salle, l'état dentaire ? Peut-être y a-t-il des chefs d'entreprise pour savoir le temps que l'on accorde aux gens pour manger. Je suis frappé de voir, dans les classes sociales que je vois en consultation, des gens qui n'ont pas du tout le temps de manger et qui sont dans des contraintes extrinsèques. Ce qui est plus grave, s'il y a des enseignants dans la salle, c'est que la maladie a atteint l'éducation nationale, où il y a souvent des cours entre 12 heures et 14 heures. On entend des adolescents ou des gens qui, pendant une partie

de leur vie, n'ont pas eu le temps de manger à midi, notamment quand ils étaient à l'école ou au lycée.

Dr Jean-Michel LECERF

Vous soulignez des points très importants, qui sont relatifs au style de vie, au rythme de vie. C'est essentiel. Il y en a beaucoup.

On va dire que ce n'est pas terrible, « peut faire mieux ». Toutefois, la France est peut-être encore un pays où il subsiste un repas du midi. L'étude de Claude Fischler dans son livre *Manger* montrait qu'en France, entre 12 heures et 13 heures 30, 80 % des Français sont à table. Aux Etats-Unis, 20 %. On voit bien que le repas reste un élément important, mais il faut le respecter, vous avez raison. J'ai montré une carte où on voyait qu'il y avait moins de maladies cardiovasculaires en France, mais on ne sait pas à quoi c'est dû. Il n'est pas exclu que la façon dont on se nourrit, à table, etc., joue un rôle. Vous avez raison.

Oui, Madame ?

Dr PUJOS-GAUTRAUD, sexologue et andrologue

Cela correspond tout à fait à ce que disait notre confrère. Je suis des hommes qui ont la cinquantaine ou la soixantaine, qui viennent me voir initialement pour des troubles de l'érection et du désir. Je n'ai pas vu, sur vos diapositives, l'intérêt de la testostérone. Pourtant, il a été montré qu'un déficit de testostérone aggrave, entre autres, le LDL cholestérol.

Deuxièmement, je suis là aussi en tant que syndicaliste, et nous avons de gros problèmes pour suivre les patients suffisamment longtemps, pour faire de la prévention en libéral. En effet, nous voudrions avoir des consultations longues de prévention.

Dr Jean-Michel LECERF

Vous allez dans le sens de ce qui a été dit tout à l'heure.

Dr PUJOS-GAUTRAUD, sexologue et andrologue

Tout à fait, cela prend beaucoup de temps pour former les patients à la diététique et à l'exercice.

Dr Jean-Michel LECERF

Bien sûr. Quant à la testostérone, effectivement, elle joue un rôle important. Je n'ai pas voulu la mettre.

Dr PUJOS-GAUTRAUD, sexologue et andrologue

Personne ne s'en occupe.

Dr Jean-Michel LECERF

Oui, vous avez raison. On s'en occupe. J'ai eu l'occasion de prescrire de la testostérone avant-hier à un patient qui avait une dysfonction érectile effectivement. C'était une préoccupation, mais il avait aussi une obésité qui est un facteur d'inhibition de la testostérone.

Merci. Dernière question.

Jacques VERNIN, FACOPHAR Santé, pharmacien

Vous avez parlé du gras, mais vous n'avez pas parlé des boissons sucrées.

Dr Jean-Michel LECERF

Il y a tellement de choses dont je n'ai pas parlé, vous avez raison. Les boissons sucrées, effectivement, leur consommation excessive est un vrai problème. La France est encore un peu en retrait. Nous sommes à peu près à une demi-canette par enfant et par jour en France, alors qu'aux Etats-Unis, ils sont à des moyennes de deux à trois canettes. C'est vraiment dramatique. C'est pour cela qu'il faut agir sur cette consommation.

Les boissons sucrées posent un problème particulier de plusieurs ordres. D'abord, leur nature, leur teneur en fructose, particulièrement. En France, elles contiennent peu de fructoses, mais beaucoup aux Etats-Unis.

Deuxièmement, le fait qu'elles n'entrent pas dans la régulation du comportement alimentaire. Vous avez raison. Il aurait fallu que j'en parle. C'est important.

Très bien. Dernière question, Martine posera sa question après, peut-être.

Dr MONTVESAT, Médecin généraliste

Je voulais juste proposer une petite formule à propos de cette journée, sachant qu'on voit bien qu'il y a la problématique de l'individualisation qui se passe dans nos cabinets. Les politiques ont à s'occuper de la santé de tous, alors que nous avons à nous occuper de la santé de chacun. Il y a quelque chose à trouver, une articulation.

Dr Jean-Michel LECERF

Merci. C'est une très bonne remarque. Martine Pellae, pour une courte remarque.

Martine PELLAE, Nutritionniste et diabétologue, hôpital Bichat

Je voulais simplement rebondir sur ce qu'a dit notre confrère, le Docteur Leclerc. Cela existe déjà en fait les consultations. Il y a des check-up réguliers à la Sécurité sociale. A Bichat, nous avons de la chance, nous recevons régulièrement. Je pense que cela a été bien aménagé. Nous recevons régulièrement des dépistages d'hypercholestérolémie, diabéto, etc.

Il pourrait être intéressant d'avancer l'âge de ces consultations. Il est vrai que ce sont des patients plutôt âgés, qui ont le temps de s'occuper d'eux. Je crois qu'en avançant cette visite à 45 ans, ce serait intéressant notamment en matière de facteurs de risque de vie, donc alimentation et tout ce que vous avez très bien exposé.

Dr Jean-Michel LECERF

Le Docteur Dominique Bonte, qui a une grande expérience, qui travaille à l'Institut Pasteur de Lille, vous parlera cette après-midi des bilans de santé, qui ont beaucoup évolué depuis quelques années.

Merci beaucoup.

J'ai le plaisir de donner la parole à Thibaut de Saint Pôl, qui est sociologue, chef du Bureau état de santé de la population à la DRESS, et qui va nous dire ce qu'il en est du point de vue du sociologue.

Dr Thibaut de SAINT POL

Bonjour à tous, je vous remercie de m'avoir invité. Effectivement, je suis sociologue et je travaille depuis presque dix ans sur ces questions. Par ailleurs, je dirige le Bureau en charge de toutes les questions état de santé de la population à la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques du ministère des Affaires sociales et de la Santé.

On m'a demandé de vous présenter les questions qui se posaient autour des dimensions sociales de ces trois pathologies, et tout ce qui va être lié aux questions

d'évolution et d'inégalités sociales, liées à ces trois pathologies. Pour le sociologue que je suis, ces trois pathologies ont en commun d'être multifactorielles. On l'a vu dans la présentation précédente, il existe un grand nombre de facteurs de risque. Pour nous, cela demande de collaborer avec un certain nombre de disciplines, et de prendre en compte des facteurs aussi divers que des facteurs économiques, des facteurs sociaux, des facteurs psychologiques, etc.

Nous avons, on l'a dit, des facteurs biologiques, mais ce qui va nous intéresser précisément dans ces pathologies, c'est leur dimension sociale, parce que l'un des premiers points communs de ces trois pathologies, et qui permet de les rassembler, c'est leur surreprésentation chez les plus défavorisés. On le verra, il y a aussi des différences entre ces trois pathologies.

En plus du lien biologicomédical entre ces pathologies, on va observer ces pathologies dans les mêmes parties de la population. C'est ce qui va nous intéresser. Comme vous le verrez, il va y avoir aussi de fortes spécificités liées à ces pathologies, que je vais aussi vous présenter et qui amènent à nuancer certains discours.

Je vais vous présenter l'évolution de ces pathologies en lien avec les inégalités sociales, et puis nous allons voir comment nous pouvons les expliquer, nous en avons déjà un peu parlé, et quelles conséquences nous pouvons en tirer pour les politiques de santé.

Le premier point traite de l'évolution de ces maladies et des inégalités sociales.

Tout d'abord, je vais m'arrêter sur la question de l'évolution de ces pathologies, parce qu'il y a beaucoup de chiffres qui circulent, souvent très divers, parfois contradictoires. Alors qu'on pointe souvent une très forte augmentation de ces pathologies en France, que parfois on a des discours qui dramatisent l'évolution, il faut insister sur le fait que l'enjeu n'est pas tellement là.

Par exemple, sur les maladies cardiovasculaires, on a une forte baisse de la mortalité cardiovasculaire, et on est dans cette tendance. Justement, le point intéressant, c'est qu'il y a un risque de rebond. Certaines parties de la population connaissent une évolution, une augmentation importante sur laquelle il faut réfléchir.

De même, quand on parle de l'obésité, très souvent, dans les discours, on mélange surpoids et obésité, qui sont des situations très différentes. Effectivement, en France, on a une forte augmentation du surpoids aujourd'hui, mais sur l'obésité, c'est un peu plus compliqué. On a différentes enquêtes. On a parlé d'ObEpi. Il ne faut pas oublier qu'on est sur une enquête déclarative par voie postale. On sert des évolutions, mais il faut aussi d'autres sources. On a un certain nombre d'enquêtes qui nous montrent qu'en France, on a soit une légère augmentation pour certains âges, soit une stabilisation, soit même une décroissance.

Par exemple, on a des enquêtes très solides menées en milieu scolaire, qui montrent qu'aujourd'hui, on a une baisse significative de l'obésité chez les enfants à six ans. En CM2, c'est aussi le cas, et c'est très clair. Quand je vous dis ça, évidemment, je vous parle de moyennes. Il ne faut pas oublier que ces moyennes cachent une grande disparité. C'est ce qui va nous intéresser.

Dans le cas français, l'un des principaux enjeux, c'est cette disparité qui est extrêmement forte. Cette disparité va être territoriale et sociale.

Pour la prévalence du diabète, par contre, on a une forte augmentation. Tout ça est lié, j'en reparlerai.

Pourquoi est-ce important ? Parce que si on compare la situation française sur ces pathologies par rapport aux Etats-Unis, par exemple, on est dans des situations très différentes, qui sont plutôt favorables à la France par rapport à ses voisins, contrairement à ce que l'on lit parfois.

En revanche, là où c'est préoccupant, c'est l'importance des inégalités sociales sur ces pathologies. C'est ce que je vais essayer de vous démontrer dans mon exposé.

Derrière ces évolutions moyennes vont se cacher de très grandes différences sociales, territoriales, avec certaines catégories sociales et certaines régions qui vont être beaucoup plus fortement touchées. C'est l'un des principaux enjeux sur ces pathologies.

J'en ai dit un mot, les maladies cardiovasculaires et la question des inégalités. Nous sommes dans un contexte de baisse de la mortalité cardiovasculaire depuis les années 60, mais cette baisse n'a pas profité également à tous les niveaux sociaux.

Si l'on regarde en couple, ce qu'on va observer, c'est que cette mortalité cardiovasculaire est relativement importante pour les catégories aisées. Evidemment, c'est un artefact statistique. C'est lié au fait qu'elles ont une faible mortalité pour les autres causes de décès.

En réalité, là où on va observer le plus de mortalité liée à ces maladies cardiovasculaires, ça va être dans les catégories les plus modestes. C'est là qu'elles vont être les plus fréquentes.

Ensuite, il y a certaines catégories particulières, dans lesquelles on va observer des évolutions, notamment on va observer une croissance chez les femmes de plus en plus jeunes, en lien notamment à des comportements à risque qui étaient autrefois plus masculins, pour des tas de raisons culturelles, sociales, liées au tabac ou à l'alcool.

Si on passe au diabète et qu'on a des éléments de cadrage, on a des hommes plus touchés que les hommes, ainsi que les plus âgés, avec un risque qui augmente avec l'âge. Très schématiquement, on peut dire que plus on est pauvre, plus on va être touché par le diabète, avec des différences entre la Seine-Saint-Denis, où on a 6 % de diabète, et Paris, où on a 3 % de diabète. Des différences que l'on peut observer, cette fois dans d'autres études, comme celle de l'INVS ou de l'INSERM, montrent que 60 % des diabétiques de 45 à 79 ans qui ont un niveau d'étude inférieur ou égal au brevet des collèges, contre 39 % de la population du même âge. Il y a donc un écart considérable en termes de niveau de diplôme.

On observe que les femmes ouvrières, employées ou celles qui n'ont jamais travaillé ont un risque de diabète deux à trois fois supérieur à celui des femmes cadres.

On va observer, chez les hommes, une différence entre les hommes ouvriers et les hommes cadres.

Sur ces pathologies, je vous développe juste, en termes de cadrage, ce que je disais avant : il y a de fortes inégalités sociales.

On retrouve ces inégalités sociales géographiquement, qui tiennent aux différences socioéconomiques de ces régions, mais on a aussi des différences culturelles qui vont nous expliquer ces écarts entre départements. Vous voyez une prévalence du diabète plus forte dans le nord-est de la France. On a aussi quelques petites choses dans le sud. Et, évidemment, c'est une spécificité que je n'ai pas le temps de développer, mais sur ces questions d'inégalités, il y a aussi une forte spécificité des DOM, que l'on observe ici. Vous voyez une forte prévalence, 9 % à La Réunion, contre 3 % en Bretagne. Là aussi, c'est lié à des situations socioéconomiques plus défavorables, mais aussi à des éléments culturels liés au rapport à la maladie, qui font qu'il existe une spécificité des DOM qui mérite d'être développée.

J'ai parlé des maladies cardiovasculaires, du diabète, maintenant je vais développer un peu l'obésité. Je me suis centré sur la période où l'obésité et le surpoids vont augmenter en France, qui est la période des années 90. Là, c'est la source de référence sur ces questions, ce sont les enquêtes santé de l'INSEE. Vous voyez qu'en 1981, l'obésité était déjà inégalement répartie sur le territoire. Ce qu'on va observer jusqu'aux années 2000, et ObEpi le fait apparaître sur les années plus récentes tous les trois ans, la carte se colore, devient de plus en plus foncée, avec ces inégalités territoriales qui perdurent.

Les régions les plus touchées, chez les adultes, en 2003 comme aujourd'hui, ce sont le nord et l'est de la France, par rapport à des régions où l'obésité était plus faible. C'était du

8 % en région parisienne ou dans le pourtour méditerranéen. Et on retrouve les mêmes différences chez les enfants, avec de petites variations qui s'expliquent aussi.

Il existe donc des différences territoriales marquées. Il ne faut pas oublier que derrière ces moyennes, que l'on discute, que l'on commente beaucoup, il y a de grandes différences. Quand on dit aujourd'hui que l'obésité augmente légèrement ou se stabilise, en fait, c'est une moyenne, et elle continue à augmenter fortement dans certaines régions et dans certains milieux sociaux. C'est ça qu'il faut avoir en tête. C'est l'un des enjeux de ce qui se passe autour de ces pathologies.

Derrière ces inégalités territoriales, on a notamment des différences en termes culturels et en termes de milieux socioéconomiques. Là, j'ai voulu vous l'illustrer avec le niveau de diplôme. On est toujours en France, sur les enquêtes santé de l'INSEE, et je vous ai mis le pourcentage de personnes qui sont obèses entre 1980 et 2008, la dernière enquête de l'INSEE représentative de la France, en fonction du plus haut diplôme obtenu.

Vous voyez que, comme on l'a montré tout à l'heure, plus on est diplômé, moins la part d'obèses est importante. En 2008, 17 % des personnes qui ont au plus le brevet qui sont obèses chez les adultes français, contre 6 % des diplômés du supérieur. 11 points d'écart, c'est absolument considérable.

Le point qui m'intéresse tout particulièrement, c'est que cet écart a crû. Il a doublé entre 1981 et 2003, et il continue à croître. Cela veut dire qu'au moment où on va observer et beaucoup commenter l'augmentation de l'obésité en France, ce qui se passe, c'est une augmentation des inégalités. Cela augmente particulièrement dans certains milieux sociaux. C'est ce qu'on observe en particulier dans nos chiffres en moyenne. C'est ça qu'il ne faut pas perdre de vue.

Là, j'ai pris le niveau éducatif. Evidemment, on pourrait reprendre les indicateurs liés à la pauvreté ou au niveau de revenus. On verrait qu'il y a d'autres dimensions qui vont jouer. Tout à l'heure, on a parlé de la santé de l'homme ou des hommes, il ne faut pas oublier qu'il y a aussi des questions spécifiques qui vont se poser en termes d'inégalités hommes/femmes et de différences de santé, particulièrement sur la question de l'obésité. Il ne se passe pas la même chose, et les ressorts ne sont pas exactement les mêmes. Je n'ai pas mis le graphique ici, mais si on s'intéresse au lien entre pauvreté et obésité, ou fort surpoids, il est vrai en France, particulièrement pour les femmes. C'est là que les inégalités vont être plus fortes. Alors que pour les hommes, c'est un peu plus compliqué. Contrairement à ce qu'on observe aux Etats-Unis, on va observer des personnes obèses ou en surpoids chez les plus pauvres, mais aussi chez les plus riches. C'est ce que je cherchais à vous expliquer. Ca, ça s'explique notamment parce que culturellement, il y a des choses un peu différentes sur ces questions, en particulier en France.

C'est ce point que je voulais illustrer maintenant. Face à l'obésité, quand on parle d'inégalités sociales, il faut bien avoir en tête que sur cette pathologie, on a des inégalités sociales qui sont beaucoup plus fortes pour les femmes. Je vous ai remis l'exemple des inégalités sociales face au niveau de diplôme. Vous voyez que l'écart entre les plus diplômés et les moins diplômés est beaucoup plus important pour les femmes que pour les hommes. C'est un point important pour nous, parce que quand on parle d'inégalités sociales face à la santé, on est habitué à ce que, sur la plupart des pathologies, les inégalités sociales soient en faveur des femmes, et en défaveur des hommes. C'est l'un des rares domaines où c'est le cas.

Vous prenez les inégalités en termes d'espérance de vie, j'en dirai un mot tout à l'heure, entre un cadre et un ouvrier, en France, vous avez six ans pour les hommes et trois ans pour les femmes. L'inégalité sociale est donc plus forte chez les femmes. On retrouve ça dans presque la totalité des questions de santé. Sur l'obésité, ce n'est pas le cas. Quel que soit l'indicateur que l'on prend, quelle que soit la source, on va trouver de très fortes inégalités sociales chez les femmes, beaucoup plus fortes que pour les hommes. Il y a donc un vrai enjeu. Il faut bien avoir en tête que sur cette pathologie, quand je parlais des différences, il ne se passe pas exactement la même chose pour les hommes

et pour les femmes, notamment parce qu'on ne va pas être seulement dans une question de santé. C'est ce que je vais chercher à vous expliquer tout à l'heure, quand je serai sur les facteurs explicatifs à prendre en compte.

Cette question est la deuxième partie que l'on m'a demandé de développer : comment peut-on expliquer ces inégalités sociales ? Tout à l'heure, on a déjà évoqué un certain nombre d'indicateurs ou de raisons. Quelles conséquences pouvons-nous en tirer pour essayer d'ouvrir la discussion que nous aurons ensuite au cours de la journée ?

Si on réfléchit aux inégalités sociales, évidemment, ce que l'on va pointer en premier lieu, cela ne va pas vous surprendre, vous en avez l'habitude, il y a beaucoup de travaux, ce sont des questions liées aux conditions de travail, à la qualité de l'environnement, aux mauvaises conditions de vie ou de logement. Aussi bien dans les travaux quantitatifs d'épidémiologie, de sociologie, d'économie ou plus qualitatifs, elles vont être à l'origine de nombreux problèmes de santé.

Ensuite, il y a tout ce qui est lié aux comportements à risques : alcool, tabac, sédentarité. Effectivement, on a pas mal de littérature sur ces points. Le point important, c'est que ces comportements, qui sont des comportements adoptés par les individus, varient beaucoup selon les milieux sociaux. Cela va être à la fois ce qui va intéresser le sociologue, et toute la difficulté. On va observer que, très nettement, sur les comportements liés à l'alcool ou au tabac, il ne se passe pas la même chose selon qu'on est un homme ou une femme, selon qu'on est en haut ou en bas de la hiérarchie sociale, ou selon qu'on vit dans tel ou tel pays. Ainsi, au-delà du fait que l'on soit sur des comportements individuels, il y a du social et donc du collectif. Immédiatement, cela va poser une question très compliquée, dès que l'on est sur ces enjeux, qui est celle de la responsabilité individuelle. Evidemment, il y a une part de responsabilité individuelle dans ces comportements de santé, mais quand, depuis tout petit, on vous a appris qu'un bon repas, pour faire plaisir aux gens, c'est un repas qui tient au corps, que ce qui est bon, c'est d'en avoir beaucoup dans son assiette, vous voyez les facteurs culturels, nous ne sommes pas tous armés de la même manière et nos représentations ne sont pas les mêmes. C'est une difficulté quand on est sur ces aspects. On ne peut pas être dans la seule responsabilité individuelle, et on ne peut pas être non plus dans la négation de la responsabilité individuelle. Le tout est de savoir où on met le curseur, notamment quand, avec nos collègues économistes, nous allons nous poser des questions en termes de financement. C'est une vraie question, car aux sources de ces inégalités sociales, il y a un peu des deux.

J'ai dit que j'en parlerai. Aujourd'hui, on parle des maladies cardiovasculaires, du diabète et de l'obésité, mais il faut avoir en tête qu'il y a d'autres aspects. Evidemment, tout cela joue. Les inégalités les plus marquantes en France, quand on parle de santé, ce sont évidemment ces inégalités devant la mort. J'ai dit que la France, quand on prenait ces indicateurs, était dans une situation plutôt moyenne, là, nous sommes le pays dans lequel les inégalités sociales devant la mort sont les plus fortes en Europe de l'ouest, de manière très marquante.

En plus, il y a une modification du comportement des femmes. On s'interroge aussi sur la possible convergence des espérances de vie entre hommes et femmes, ce qu'on observe dans certains pays.

Ca, je devais en dire un mot, parce que c'est aussi un point important. A côté de ces inégalités sociales, on va observer des inégalités de soins, qui vont se combiner, se recouper avec ces inégalités de santé. Nous avons parlé tout à l'heure de la question des parcours de soins, qui est extrêmement importante. On va observer, en plus de ces inégalités de santé, ou parfois à cause de ces inégalités, c'est toute la difficulté, des inégalités. Ces populations, qui sont les plus touchées par ces pathologies, vont également être touchées par des inégalités de soins, en particulier pour tout ce qui est soins préventifs, ce qui nous intéresse aujourd'hui. Il y a donc un vrai enjeu. A mes yeux, c'est l'un des enjeux de cette journée.

Les inégalités de soins concernent également les soins spécialisés. Par exemple, on sait que bien qu'ayant plus de complications, les patients diabétiques les plus pauvres vont avoir un moins bon suivi en moyenne que les patients de meilleur niveau socioéconomique. Evidemment, ces questions nous intéressent aussi parce qu'elles vont renforcer les inégalités sociales.

Là, j'ai pointé, dans le court temps qui m'est imparti, parce qu'on pourrait en parler pendant des heures, ce qui est le plus connu. Il faut aussi avoir en tête qu'il y a d'autres dimensions à ne pas négliger qu'on a parfois tendance à laisser de côté. Je voulais donc aussi, dans mon temps de parole, en dire un mot.

C'est une question sur laquelle on commence à avoir de plus en plus de travaux, c'est la question de la santé mentale. On n'avait pas énormément de travaux en épidémiologie. Il y en avait en sciences sociales. Parce que c'est quelque chose de difficile à saisir. On a aujourd'hui des indicateurs qui nous permettent de travailler. Il ne faut pas oublier que la question de la santé mentale est aussi fortement en interaction avec les autres pathologies dont on parlait tout à l'heure. Elle peut en être la cause, la conséquence.

Moi, sociologue, elle m'intéresse parce qu'elle va interagir aussi sur les parcours sociaux de ces individus. On va observer, par exemple, qu'une personne obèse a un risque plus important de se retrouver au chômage. Se retrouver au chômage va pouvoir jouer sur son état de santé mental, qui va jouer sur sa probabilité de retrouver un emploi, qui va diminuer. Et puis, un processus que les sociologues appellent de disqualification sociale ou d'exclusion, qui va amener cette personne à cumuler un certain nombre de handicaps en termes de santé, liés à sa pathologie, mais aussi des handicaps sociaux, que nous sommes obligés de prendre en compte.

Ensuite, il y a un point essentiel pour nous, sociologues, qui est parfois oublié : les questions de représentation sociale et de pratiques du corps. Cela explique que c'est parfois un peu différent entre pathologies, et qu'il y a une spécificité de l'obésité de ce point de vue. C'est ce que j'essayais de vous expliquer tout à l'heure en termes de différences entre hommes et femmes. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a que cet aspect, mais cela veut dire que cela joue aussi.

Evidemment, quand on interroge les gens sur leur représentation du corps, sur les pratiques liées à l'alimentation, à l'activité physique ou à l'obésité, s'ils sont en situation d'obésité, ce n'est pas la même chose selon qu'on est un homme ou une femme, car les représentations du corps ne sont pas les mêmes. Et puis, c'est différent selon les pays, et particulièrement en France, nous sommes l'un des pays où l'écart est le plus grand en termes d'idéaux corporels entre hommes et femmes.

Cela veut dire qu'en termes de représentation du corps, pour la femme, on va beaucoup lier cela à la beauté, et donc à la minceur. C'est ce qui va être valorisé. Les discriminations sont observées pour les femmes obèses et en surpoids. Pour les femmes en sous-poids, il faut vraiment que ce soit un sous-poids important. Alors que pour les hommes, un certain surpoids peut tout à fait être valorisé, notamment dans les milieux populaires. C'est ce qui va aussi nous intéresser. A l'inverse, la situation discriminée chez les hommes en France, c'est la situation du sous-poids. La situation des gringalets. Il y a des différences entre génération, entre ville et campagne, mais c'est quand même une grande tendance, et c'est quelque chose qui est important dans les milieux populaires où la représentation du corps de l'homme était très liée à la question de la force. Un certain surpoids n'était donc pas mal vu et pouvait même être valorisé.

Cela va avoir des conséquences quand, en termes de prévention, on va chercher à agir sur le comportement des mères. Le comportement des mères, en haut de la hiérarchie sociale, être une bonne mère, c'est suivre l'alimentation de son enfant pour qu'il ne prenne pas trop de poids. Je schématise. Alors que dans les milieux ouvriers, des études qualitatives montrent que l'on va surveiller la croissance de l'enfant, surtout si c'est un enfant. Le but, c'est qu'il soit fortifié. Parfois, ces représentations vont se heurter aux bonnes pratiques nutritionnelles que l'on va chercher à promouvoir.

Ensuite, il y a la question des rapports à la santé. Là, on est encore dans le registre des représentations, mais c'est extrêmement important. On observe que le rapport est complètement différent selon là où on se situe dans la société, selon le gradueur social. Dans les milieux les plus défavorisés, on a un rapport à la santé plus dans le court terme, ponctuel, ce qui va poser un problème, notamment pour les questions de prévention.

Il y a d'autres dimensions qui vont interagir. Par exemple, quand vous êtes une mère de famille dans un milieu défavorisé et que vous avez entendu qu'il ne fallait pas donner trop de barres chocolatées à votre enfant, l'alimentation est un domaine où vous allez pouvoir faire plus facilement plaisir à votre enfant, comparé à d'autres domaines où la contrainte économique va peser. La mère va donc choisir de donner la barre chocolatée à son enfant, parce que c'est un domaine dans lequel elle peut lui faire plaisir.

Il ne faut pas oublier que c'est compliqué. Même quand on sait que, nutritionnellement, ce n'est pas bien, d'autres éléments vont jouer et vont sembler prioritaires. Effectivement, il y a ces règles nutritionnelles, mais pour moi, mère de famille, il est plus important de faire plaisir à mon enfant directement. Il en a envie. C'est compliqué, mais il va falloir essayer de prendre en compte cet élément.

Evidemment, on est dans des questions de santé extrêmement importantes, mais on ne doit pas oublier, notamment quand on met en place nos politiques de santé, qu'on n'est pas seulement dans une question de santé. C'est toute la difficulté de ces sujets.

Si on avait à réfléchir sur ces pistes, effectivement, il faudrait avoir en tête que ces questions d'inégalités en santé sont des questions de santé, mais aussi des questions un peu plus globales, liées notamment à des conditions de vie, à des questions de logement. Ainsi, jouer seulement sur l'aspect santé est une piste, mais on a plutôt tendance à penser que cela ne suffit pas. Je me fais l'écho des sociologues, des sciences sociales. Par conséquent, l'idéal est de réussir à créer des conditions propices pour qu'il puisse être possible de faire de bons choix en matière de santé. Je ne vais pas en parler, parce que c'est l'objet de la seconde table ronde, mais certains pays voisins de la France ont cherché à mettre en place des politiques de santé qui semblent réussir à jouer un peu sur les inégalités de santé. Ce type d'évaluations est toujours un peu compliqué. On n'est pas sur des fatalités. Ce sont notamment des pays qui vont donner une forte place à la prévention, c'est pour ça que c'est intéressant.

La spécificité, on en reparlera, c'est une mise en place de politiques très globales, qui vont s'attaquer à l'ensemble des causes des inégalités, qui peuvent être liées à la pauvreté, aux conditions de logement, à des points touchant au travail, et qui vont impliquer fortement les professionnels de santé, et en particulier les généralistes.

Dernier point pour être complètement complet dans ce rapide panorama, c'est ciblé que quand on met en place nos politiques de santé, qui sont légitimes et qui répondent à des objectifs qui sont bons, on risque d'avoir un certain nombre d'effets pervers qu'il faut prendre en compte pour essayer de les limiter au maximum.

Il y a tout ce qui tourne autour de la responsabilisation de sa santé et de son corps, dont on a parlé. Effectivement, il y a cette part de responsabilité individuelle. Plus on l'accroît, plus on accroît une pression sociale sur, par exemple, la minceur et la pression sur le corps des individus. On a parlé tout à l'heure des gens qui vont se surveiller, qui n'ont pas du tout besoin de faire un régime, mais qui vont se mettre à faire des régimes, parce qu'on est dans un environnement où cette apparence compte énormément. On accroît cette pression, donc c'est une difficulté.

Il y a ce risque de passage de la notion de responsabilité de son corps à la notion de culpabilité. C'est quelque chose qui est très clair dans l'obésité, où l'obèse qui fait ses courses raconte le regard des autres sur ce qu'il va acheter, même si ce n'est pas pour lui. On a un enjeu qui va compter énormément sur, par exemple, la santé mentale de ces individus, et donc sur la manière dont on va pouvoir les soigner. C'est donc aussi à prendre en compte.

Ces questions que les campagnes et discours de l'obésité peuvent contribuer à accroître la pression sur le corps. Et puis, il y a toujours cette question, quand on fait des politiques généralistes, elles sont souvent mieux perçues, mieux comprises par le haut de la hiérarchie sociale qui va plus modifier ses pratiques. Sur un certain nombre de politiques de santé, c'est bien connu, on observe qu'elles ont tendance à accroître les inégalités sociales. Elles améliorent la situation de tout le monde, mais elles vont plus améliorer en haut qu'en bas. On doit donc aussi se poser la question de qui on veut toucher, et de la légitimité d'accroître la situation de tout le monde, quitte à accroître l'écart entre le bas et le haut.

En conclusion, il faut avoir en tête que les politiques de santé publique se sont longtemps concentrées sur l'amélioration de la santé des populations en moyenne, en mettant moins l'accent sur sa distribution, mais c'est l'un des vrais enjeux de ces questions aujourd'hui. L'enjeu n'est pas tant l'augmentation de ces pathologies, même si on l'a vu, comme sur le diabète, il y a de vraies questions qui se posent, et sur d'autres pathologies aussi, que l'enjeu de ces inégalités sociales face à ces pathologies. Souvent, ces moyennes cachent des augmentations à des endroits précis, dont on pourrait discuter des heures également.

Il faut avoir en tête que ce n'est pas seulement une question de santé. Ca l'est évidemment, mais il y a d'autres dimensions à prendre en compte pour que ça marche. Il faut aussi avoir en tête que ces inégalités de santé vont rejoindre d'autres inégalités sociales, de ressources, de logement, et que la lutte contre ces inégalités de santé ne peut se faire qu'en intégrant aussi ces autres dimensions, et en combattant aussi ces autres inégalités.

Merci beaucoup.

(applaudissements)

Dr Jean-Michel LECERF

Merci, Thibault, de cette intervention qui donne beaucoup de dimension humaine à la sociologie. Je crois que c'est important de l'avoir. Elle nous met aussi en garde contre certains risques de déviation de nos actions, malgré nous.

On va poser quelques questions. Frédéric Tessier, qui est chercheur à Lasalle Beauvais.

Frédéric TESSIER, Chercheur à LaSalle Beauvais

Vous avez parlé de l'aspect santé, et du fait que cet aspect santé n'était pas suffisant. Bien sûr, Jean-Michel, vous n'avez pas encore abordé tous les sujets, mais j'espère que l'aspect plaisir de l'alimentation sera abordé dans la journée.

Il est plus facile de récompenser son enfant avec une barre chocolatée qu'avec une pomme. C'est toute la difficulté pour les parents, d'essayer d'équilibrer l'alimentation. La compétition entre une pomme et une barre chocolatée bien emballée avec un bon marketing, ce n'est pas évident.

Vous avez dit ce matin qu'il fallait responsabiliser les enfants dès le plus jeune âge. Bien sûr, mais il ne faut pas les responsabiliser autour de la santé, autour du risque de maladie cardiovasculaire. Vous avez déjà dit qu'un adulte en bonne santé avait du mal à s'imaginer malade. C'est une bonne chose finalement, mais pour un enfant, c'est encore pire. Si on dit à un enfant, si tu manges bien aujourd'hui, si tu manges ces cinq fruits et légumes, tu n'auras pas de maladie cardiovasculaire à 60 ans, le message ne passe pas.

Je pense qu'il faut faire passer les messages autour du plaisir de l'alimentation. C'est facile à dire, ce n'est pas facile à faire, mais j'espère que cela sera abordé dans la journée.

Docteur Thibaut de SAINT POL

Evidemment, je suis d'accord avec ça. Je n'ai pas eu le temps de développer, mais j'ai beaucoup travaillé sur les pratiques alimentaires et je partage complètement cet avis. D'autant que c'est vraiment une spécificité française. Nous avons pas mal de spécificités dans notre manière de manger. Comme on l'a dit tout à l'heure, ce qui compte, c'est autant ce qu'il y a dans l'assiette que ce qu'il va y avoir autour. En France, en particulier, on va manger ensemble. Ce manger ensemble a des tas d'enjeux. Des enjeux en termes de ce que nous, sociologues, nous appelons la socialisation. Nous allons faire passer des pratiques. Des enjeux en termes de contrôle, évidemment, on regarde ce qu'il y a dans l'assiette des autres, mais aussi des enjeux en termes de plaisir.

Tout à l'heure, nous parlions des travaux de Claude Fischler. Il montre bien que les Américains pensent beaucoup l'alimentation en termes nutritionnels, presque médicaux. Bien manger pour les Italiens, ça va être en rapport avec la nature. J'ai des aliments, je sais d'où ils viennent. Les Français répondent en termes de « je mange avec des gens, je mange ensemble ». On le voit dans des tas de pratiques. Pour les Français, manger, c'est être assis, c'est être à table ensemble. Si vous allez à un cocktail, vous picorez des petits fours, et une fois rentré chez vous, vous allez manger, généralement, parce que ce n'est pas un repas. Il y a des choses qui sont des leviers sur lesquels on peut jouer, en particulier sur cette notion de plaisir.

Les pays ne sont pas tous égaux. Les représentations culturelles ne sont pas les mêmes. En France, on a quelque chose qui se joue autour de cela, qui est sans doute l'un des leviers. Il y a pas mal de travaux qui vendent ça, parce que les thématiques santé ne marchent pas très bien pour les jeunes, par exemple, parce qu'on a envie d'être dans le transgressif. Le plaisir est un levier qui n'est pas facile, mais c'est un levier. On sent que l'on peut faire des choses.

Dr Jean-Michel LECERF

Thibault, ce midi, c'est repas buffet debout, est-ce que vous venez avec nous quand même ?

Nous sommes bien en phase et Carolina O. Werle va aller dans ce sens tout à l'heure. Le plaisir ne sera pas abordé, mais il est tellement sous-jacent que l'on partage complètement ce point de vue. Le plaisir est à plusieurs niveaux. Faire plaisir à son enfant, effectivement, il faut sûrement agir sur les parents. Mais il ne faut pas non plus faire peser aux parents et aux obèses tout le poids de leur maladie. Non seulement ils sont gros mais ils sont obèses, ils sont pauvres. En plus, ils coûtent cher à la société. Cela devient dramatique. Je ne vous dis pas d'autres discours que l'on entend parfois sur des domaines, qui sont insupportables.

Encore trois questions très courtes, pour de très courtes réponses.

Martine PELLAE, Nutritionniste et diabétologue, hôpital Bichat

C'est toujours dans le contexte des objectifs de cette journée, je suis obéissante. Merci, Thibault, nous sommes contents de vous avoir primé il y a quatre ans, parce que nous voyons que vous faites du bon travail et que vous continuez.

Je reviens simplement sur la deuxième phrase qui me paraît très intéressante. Ca fait 40 ans que je fais de la nutrition dans des milieux où je vois beaucoup d'inégalités, qui augmentent. Je crois que cette deuxième phrase est très importante. L'enjeu en France aujourd'hui n'est pas tant l'augmentation des pathologies que celle des inégalités sociales face à elles.

Je voudrais donner à Madame la Députée quelques idées. Je travaille à l'hôpital Bichat, dans des centres de santé municipaux, nous n'avons plus de moyens. Il y a un centre qui va fermer. Tous les centres de santé où on fait du bon travail, de la prévention, où on approche les gens qui ont ces pathologies, parce qu'il faut quand même rappeler

que l'obésité, que les problèmes alimentaires, ce n'est pas une priorité chez les gens qui ont des problèmes socioéconomiques. Ce n'est pas une priorité. Quand on le leur dit, ce n'est pas qu'ils ne veulent pas, c'est que ce n'est pas une priorité. Dans leur tête et aussi dans leur portefeuille.

Je suis dans des centres de santé, et l'un d'entre eux va fermer fin décembre, parce qu'on nous a dit que ça ne rapportait pas assez. D'accord. Je voudrais en citer d'autres.

Dr Jean-Michel LECERF

Courte réponse.

Martine PELLAE, Nutritionniste et diabétologue, hôpital Bichat

Non, il n'y a pas besoin de réponse. Simplement, je rentre dans l'objectif de cette journée, qui consiste à dire qu'il existe un certain nombre de choses, que pouvons-nous faire ? Vous pouvez me dire qu'il y a des centres. Ce n'est pas le problème. Moi, je le vis au quotidien, il y a des centres qui ferment tous les jours, qui approchent ces populations.

(applaudissements)

Dr Jean-Michel LECERF

Une petite réponse, Bernadette.

Bernadette LACLAIS

Ce n'est pas une réponse, mais je voudrais aller dans votre sens. Il se trouve que sur ma ville, j'ai fait un diagnostic. Vous avez raison, pour ces populations, ce n'est pas la priorité, et je dirai même que souvent, ils ne sont pas conscients qu'ils sont défavorisés de ce point de vue. Ca, c'est quelque chose qu'il faut porter, avec eux, et non pas en stigmatisant, en partageant.

Quand on a fait la restitution du diagnostic de santé sur les quartiers en zones urbaines sensibles, la salle était pleine comme aujourd'hui. Cela veut dire que c'est un sujet qui peut avancer.

Je ne peux pas vous apporter de réponse sur votre centre de santé.

Martine PELLAE, Nutritionniste et diabétologue, hôpital Bichat

Dans ces centres de santé, j'y suis depuis 40 ans. J'ai choisi ce mode d'exercice, ce n'est pas pour rien. Jean-Michel me connaît, et il connaît mon engagement. Sauf que je vais être à la retraite dans quelques années, et je vois que les jeunes ne peuvent pas me remplacer. Pourtant, à Bichat, je les forme. Il ne suffit pas de dire qu'on met le doigt dessus, qu'on se rend compte de. Les gens qui sont dans ces centres et qui consultent dans ces centres sont sensibilisés, ils sont tout à fait armés pour le faire, et on n'a pas de centres pour exercer. Je suis désolée, depuis quelques années, tous ces centres de santé ferment.

Bernadette LACLAIS

C'est bien pour ça que je dis qu'il faut partager, et partager entre autres avec les élus locaux sur ces questions. Ce n'est pas qu'un enjeu national, c'est un enjeu beaucoup plus large que ça. Il faut partager tous ces enjeux avec l'ensemble des collectivités concernées.

Je reprendrai la parole tout à l'heure, mais je suis parfois extrêmement surprise que l'on ait des débats extrêmement longs sur des sujets qui, certes, sont coûteux, mais qui devraient être naturellement bien compris de tous. Je pense, par exemple, à une réforme qui mobilise énormément en ce moment, alors que de mon point de vue, elle ne devrait pas susciter autant de débats, tandis que ces questions-là ne sont pas évoquées de cette

manière, et de manière territoriale, et en lien avec les élus locaux, pour savoir ce que l'on fait sur ces questions.

Mais j'apporterai un certain nombre de pistes tout à l'heure, si vous le voulez bien.

Dr Jean-Michel LECERF

Très bien, merci. Vous avez une dernière question.

Un intervenant

Je suis médecin généraliste, membre du Conseil économique et social, co-rapporteur de l'avis sur la prévention, qui a bien voulu être évoqué dans le programme, ce dont je remercie les organisateurs.

Je crois que l'exposé de Monsieur de Saint Pôl a le mérite de répondre à la question : une vraie prévention est-elle possible ? Parce qu'au travers de l'exposé très détaillé et très intéressant qu'il a fait, ce dont il faut se rendre compte, c'est l'importance des études épidémiologiques. Nous manquons d'études épidémiologiques qui arrivent à déterminer exactement les différents groupes et les différents facteurs qui aboutissent à l'évolution d'une maladie. Cela rejoint l'intervention de mon confrère hospitalier qui terminait en disant que l'on arriverait à personnaliser la prévention de chaque individu grâce à ces études épidémiologiques.

Dr Jean-Michel LECERF

Merci.

Thibaut de SAINT POL

Les études épidémiologiques, économiques et sociologiques. C'est complémentaire.

Dr Jean-Michel LECERF

Oui, la démographie est importante. Je voudrais faire une petite remarque sur la diminution des maladies cardiovasculaires, que Monsieur de Saint Pôl a citée tout à l'heure. Une grosse partie est liée à l'amélioration des soins, il ne faut pas l'oublier. Sur la diminution de l'obésité infantile, que je n'ai pas soulevée, mais qui est tout à fait exacte, elle est observée dans tous les pays, du monde entier depuis 2000. Nous pensons que c'est peut-être lié au regain de l'allaitement maternel, et pas forcément aux politiques de prévention classiques.

Nous allons devoir interrompre les questions pour donner la parole à Madame Carolina O.C. Werle, qui est professeure associée en marketing à l'ESC Grenoble, chercheur associé à l'université de Grenoble. Merci de votre présence et de votre intervention.

Pr Carolina O.C. WERLE

Bonjour à tous, merci pour cette invitation. Cela fait un moment que je fais des recherches sur la psychologie de la consommation alimentaire, donc nous allons parler de l'approche psychologique. Les recherches que je vais vous présenter aujourd'hui sont des recherches en marketing social. Le marketing social consiste en l'application des techniques traditionnelles de marketing utilisées pour vendre des produits et des services à la promotion d'idées sociales, comme des stratégies de prévention, par exemple.

Plusieurs évaluations des politiques de prévention montrent que ce sont celles qui s'approchent le plus des stratégies de marketing traditionnelles qui s'avèrent les plus efficaces. D'où l'intérêt d'utiliser une approche de marketing social, qui va aussi permettre de cibler les populations.

Pour moi, je pense que pour construire une vraie politique de prévention des maladies métaboliques et cardiovasculaires, c'est l'objet de la journée, il est important de s'intéresser à l'efficacité des politiques de prévention. C'est sur l'efficacité des politiques de prévention que va porter mon intervention.

Je vais vous présenter deux études, une sur l'utilisation d'arguments santé, une question qui a déjà été soulevée, et une deuxième sur les messages sanitaires placés sur les publicités alimentaires.

La première recherche que je vous présente est un projet qui a reçu le soutien de la Fondation Pfizer pour la santé de l'enfant et de l'adolescent, qui a été mené en partenariat avec mes collègues de l'université de Grenoble. La question que nous nous sommes posée consistait à savoir si, auprès des adolescents, parce qu'il faut être spécifique, on ne peut pas répondre à la question pour tout le monde, car il existe plusieurs inégalités, l'argument santé était efficace pour change les comportements alimentaires.

Le contexte de cette recherche est celui qui a été discuté ce matin, que nous connaissons très bien : celui de l'évolution de l'obésité ou du surpoids. Même si ça se stabilise aujourd'hui en France avec les nuances que Thibault de Saint Pôl a présentées, nous avons vu que les principales causes sont liées à la hausse de la consommation d'aliments riches en matières grasses et en sucres, et à la réduction de l'activité physique. Ce sont donc des questions liées aux habitudes.

Les campagnes actuelles de prévention de l'obésité utilisent surtout l'argument santé. Deux ou trois fruits par jour, c'est essentiel pour la santé. La santé vient en mangeant, entre autres. Mais si on se pose la question des adolescents, l'argument santé sera-t-il vraiment le plus efficace ? Il est important de s'intéresser à l'obésité parmi les adolescents, quand des études montrent que 50 à 70 % des adolescents obèses le resteront toute leur vie. C'est à ce moment aussi qu'ils établissent un certain nombre d'habitudes alimentaires.

Comment avons-nous procédé dans cette étude ? Nous nous sommes intéressés à des études sur la prévention antitabac qui avaient été publiées en marketing social, en psychologie, qui montraient que les adolescents, heureusement, ne sont pas très concernés par la santé. M. Tessier a dit tout à l'heure que quand on n'est pas malade, on ne se sent pas concerné par la santé. C'est un peu ça. Les recherches sur les campagnes antitabac, qui classiquement vont utiliser l'argument santé, montrent que le message santé ne va pas dissuader les adolescents. D'ailleurs, cela va même dans certains cas créer une image positive de la cigarette, qui va apparaître comme un fruit défendu auquel on veut à tout prix goûter.

Ces recherches montrent aussi que ce sont des messages centrés sur les risques sociaux de la cigarette, désapprobation du groupe si on fume, par exemple, qui seront les plus efficaces pour empêcher les adolescents de fumer.

Nous avons complété cette revue de la littérature avec une recherche qualitative, et les résultats de cette recherche ont montré que les préoccupations les plus importantes des adolescents concernant l'obésité étaient liées aux risques sociaux. Eté en surpoids a des conséquences sociales négatives pour les adolescents, comme le regard des autres, les moqueries dans la cour de récréation, la peur d'être isolé. C'est ce qui est central pour eux. Je pense que c'est quelque chose que Thibault de Saint Pôl avait évoqué également.

Compte tenu de l'importance de l'enjeu, on n'aime pas trop parler des risques sociaux de l'obésité, mais ils existent concrètement. C'est ce qui est ressorti de notre recherche auprès des adolescents. Dans cette recherche, nous avons souhaité comparer les conséquences sociales de l'obésité avec les conséquences de santé utilisées majoritairement dans les campagnes de prévention.

Evidemment, quand on fait une campagne de prévention, il faut aussi choisir l'orientation du message. Est-ce qu'on va souligner les conséquences positives de l'adoption des comportements préventifs ? Vous allez être en bonne santé si vous mangez des fruits et légumes, si vous adoptez les bons comportements. Ou doit-on insister sur les

conséquences négatives de ne pas adopter les comportements préventifs ? Si vous mangez trop d'aliments gras, cela peut nuire à votre santé.

Les recherches en marketing social - il existe une large littérature sur le sujet - montrent l'intérêt de présenter les conséquences négatives des comportements à risques. Cela va toucher davantage les populations concernées. Cependant, si on peut parler des conséquences négatives de la cigarette, on ne va pas avoir de débat là-dessus, il est très compliqué de parler des conséquences sociales négatives de l'obésité, à cause du risque très important de stigmatisation de la personne obèse, qui n'est pas notre objectif.

Du coup, nous proposons que les conséquences sociales de l'obésité soient présentées de façon positive, lorsqu'on souligne les conséquences positives d'une bonne alimentation en termes d'intégration, de bien-être. Nous ne l'avons pas fait dans cette recherche, mais cela pourrait rejoindre la notion de plaisir évoquée tout à l'heure.

L'argument centré sur les conséquences de santé, nous pensons, d'un point de vue théorique, basé sur des recherches en marketing social, qu'il sera plus efficace s'il souligne les conséquences négatives d'une mauvaise alimentation, parce qu'on augmente la perception de risques.

Nous avons testé cela par une expérimentation sur le terrain auprès de 797 adolescents de lycées et collèges en zones d'éducation prioritaires en région grenobloise. Là, notre objectif était vraiment de toucher les populations qui font face aux inégalités sociales. Ils ont été exposés de façon aléatoire à l'une des publicités de prévention créées exclusivement pour cette étude. Il y en avait quatre. Nous avons une publicité santé et promotion : « bonne forme, pleine forme, pour ta santé, mange sain, c'est plus malin ». Cela correspond à l'approche qui était la plus utilisée dans la majorité des campagnes de prévention au moment où nous avons mené cette recherche.

Prévention : « trop de forme, pas en forme, pour éviter des maladies, mange sain, c'est plus malin ».

Ensuite, social, promotion : « repas équilibré, ami à volonté, pour être cool, mange sain, c'est plus malin ».

Et social prévention, qu'il fallait inclure pour avoir un plan expérimental factoriel complet, pour des questions d'analyse : « repas déséquilibrés, moqueries assurées, pour éviter d'être isolé, mange sain, c'est plus malin ».

Nous ne nous attendions pas à ce que cette dernière campagne soit la plus efficace, mais il était nécessaire de la tester.

Nous avons pris plusieurs mesures pour éviter le risque de stigmatisation lors de l'expérimentation en elle-même. Chaque adolescent a vu ces publicités, a été exposé de façon isolée. Ils n'ont pas pu les commenter entre eux. Comme ils étaient assignés de façon aléatoire aux différentes publicités, cela ne posait pas de problème. Cela n'a pas posé de problème dans les débriefings qui ont suivi vis-à-vis de la stigmatisation.

Chaque adolescent a reçu une brochure contenant huit publicités en taille A4. La publicité cible et des publicités de remplissage avec l'objectif de reproduire un contexte d'exposition publicitaire normal. Quand on évalue une publicité, et qu'on est complètement concentré sur cette publicité, ce n'est pas le contexte normal. On va voir le message préventif au milieu de publicités qui vont nous intéresser, par exemple la Game Boy ou les baskets, ou d'autres qui vont moins nous intéresser comme des lignes de tramway ou des publicités de remplissage.

Nous savons aussi qu'il faut la montrer plusieurs fois pour avoir un effet. La publicité cible a donc été présentée deux fois. Chaque participant n'a été exposé qu'à une seule publicité cible.

Ensuite, ils ont répondu à un questionnaire, dans lequel ils devaient choisir un petit remerciement pour la participation à l'étude. Ils avaient le choix entre deux types de

goûter : une barre chocolatée, qui est un goûter moins sain, et un goûter plus sain, une barre céréalière. Nous avons testé ces options parmi la population cible auparavant.

Nous avons également mesuré les intentions de comportement liées aux publicités visualisées, c'est-à-dire l'intention de surveiller ce qu'ils mangent. Nous avons pris toutes les mesures classiques en expérimentation pour éviter les effets de demandes.

Qu'en est-il des résultats ? Déjà, nous nous intéressons tout d'abord au résultat sur le choix du goûter. Vous voyez dans ce graphique que 65 % des adolescents exposés à l'argument social ont choisi la barre céréalière, alors que seuls 55 % de ceux exposés à l'argument santé ont fait le même choix. Nous n'avons pas eu d'effets par rapport à l'orientation des posters, le négatif ou le positif n'a pas fait de différences sur les choix, et nous voyons que l'argument social a amené les adolescents à faire des choix alimentaires plus sain que l'argument santé, parce qu'il parle d'une préoccupation qui est plus proche des adolescents, donc la population cible.

Nous savons que ce n'est pas suffisant pour changer les comportements alimentaires. Là, c'est une mesure à court terme. Il faut aussi s'intéresser aux intentions de surveillance alimentaire à plus long terme. Là, nous voyons que l'effet du type d'argument dépend de l'orientation du message.

L'argument santé n'a influencé positivement les intentions de surveillance du poids qu'en utilisant une orientation prévention, c'est-à-dire en soulignant les risques d'une alimentation déséquilibrée.

L'argument social a été très efficace avec les deux orientations, même si l'orientation promotion est la seule qui est intéressante pour ne pas stigmatiser.

Les résultats de cette recherche montrent que l'argument social va influencer positivement les comportements alimentaires, indépendamment de l'orientation, même s'il n'est pertinent qu'avec une orientation promotion.

L'argument santé ne va pas influencer le comportement alimentaire immédiat, et influence les intentions uniquement quand les conséquences négatives d'une mauvaise alimentation sont soulignées.

Cette étude a bien sûr des limites. Nous avons mené cette étude dans une zone d'éducation prioritaire pour toucher les populations concernées par l'obésité, mais finalement, nous avons très peu de participants obèses ou en surpoids dans l'échantillon. A nouveau, la question de l'argument social doit être maniée avec beaucoup d'attention.

Ce résultat, et la deuxième étude que je vais vous présenter montrent l'importance de mesurer l'effet des campagnes de prévention en termes de comportement alimentaire, et pas seulement en termes d'appréciation du message. Même dans cette étude, l'argument santé est celui qui est le plus apprécié des adolescents, mais il n'est pas celui qui va les influencer le plus et qui va être le plus efficace vis-à-vis des objectifs finaux de la campagne.

L'étude que je vais vous présenter ensuite s'intéresse aux effets inattendus des messages sanitaires de prévention de l'obésité. Cette étude a été menée avec ma collègue de Grenoble Ecole de Management, Caroline Cuny, et a été financée par notre budget de recherche de l'école de commerce de Grenoble.

Nous nous intéressons aux effets inattendus des messages sanitaires de prévention de l'obésité placés sur les publicités alimentaires.

Nous sommes tous très familiers de ces différents messages. Depuis 2007, les industries agroalimentaires doivent afficher sur 7 % du volume de leurs publicités quatre types de messages de prévention de l'obésité. Par exemple, « pour votre santé, mangez au moins cinq fruits et légumes par jour », ou « pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé », « pratiquez une activité physique régulière », ou « évitez de grignoter entre les repas ».

Face à l'importance du lien entre l'exposition aux publicités alimentaires et l'obésité, il est important de rappeler le contexte de la création de ces messages sanitaires. C'était à un moment où il était discuté d'interdire la publicité pour les produits alimentaires ciblant les enfants. Ces messages sanitaires sont un compromis qui a été trouvé pour ne pas interdire la publicité vis-à-vis de cette cible.

Quels sont les résultats vis-à-vis de leur efficacité ? Tout de suite après leur lancement, des études ont été menées, des enquêtes ont été menées par l'INPES, par exemple, et montrent une appréciation globale positive. Appels spontanés relativement élevés, les messages sont jugés clairs, faciles à comprendre, utiles et crédibles.

Mais pourquoi nous sommes-nous intéressés à cette question précise ? Des recherches récentes en psychologie de la consommation de façon générale suggèrent que lorsqu'on présente une justification pour la consommation d'un produit hédonique, un produit que l'on achète pour se faire plaisir, cette justification peut augmenter la consommation du produit.

Que se passe-t-il quand on présente un produit alimentaire hédonique suivi de la solution pour éviter ses côtés négatifs ?

Je vais aller rapidement sur le cadre théorique, car je suis un peu courte en termes de temps. Quand nous consommons des produits pour nous faire plaisir, nous pouvons imaginer des produits de luxe. Par exemple, on hésite entre une montre très chère et une montre peu chère. Toutes les deux vont nous fournir la même information, elles vont nous donner l'heure. Par contre, si je choisis l'option la plus chère, il va falloir que je justifie. J'ai bien travaillé cette année, je la mérite. Plusieurs études sur les comportements des consommateurs montrent que pour acquérir quelque chose qui a une dimension plaisir hédonique très forte, nous avons besoin de nous justifier.

Pourquoi ? Parce que de la culpabilité est associée à la consommation hédonique. Ainsi, si de l'effort est associé à la consommation hédonique, j'acquiers le droit de me faire plaisir. Il est donc beaucoup plus facile de consommer des produits plaisir quand la situation facilite la justification.

Face à ces constats de la littérature, quand nous avons vu les différents messages sanitaires lancés, pour nous, ils représentaient une justification pour la consommation hédonique. Je pratique une activité physique régulière, je peux y aller et consommer le produit qui est présenté dans la publicité.

Surtout, dans la formulation, c'est une solution pour le côté négatif associé à la consommation hédonique. Nous avons imaginé que la perception d'un produit hédonique était plus positive quand il était visualisé avec le message sanitaire de prévention de l'obésité par rapport à quand il est visualisé sans. Cependant, dans la littérature sur les comportements du consommateur, on voit que ces effets ne sont pas explicites, des effets dont on va toujours se rendre compte. D'où l'intérêt de mesurer l'attitude envers les produits, les comportements alimentaires, mais aussi les réponses implicites, c'est-à-dire le décret d'association du produit avec des concepts sémantiques positifs et négatifs en mémoire.

Nous avons mené une expérimentation en laboratoire pour évaluer cette question, où les participants ont été exposés de façon aléatoire à un produit hédonique, un Big Mac de McDonald's, avec le message sanitaire ou sans. Nous avons choisi un produit connu et apprécié des jeunes, qui étaient la cible ici, à un message sanitaire. Ils ont fait un test implicite avec la mesure des associations sémantiques, et répondu à un questionnaire où ils indiquaient quels remerciements ils voulaient pour leur participation à l'étude. Ils avaient le choix entre un bon d'achat McDonald's pour un sachet de fruits à croquer ou pour un Sunday.

Je ne vais pas vous expliquer toute la technique implicite, l'amorçage visiosémantique mis en place pour les mesures implicites. Je peux y revenir si vous souhaitez avoir des détails, car je n'aurai pas le temps.

Je vais vous présenter les résultats en termes de comportement alimentaire. Le choix entre le sachet de fruits à croquer et la crème glacée. 131 étudiants universitaires ont participé à cette étude. Dans ce graphique, vous voyez que 82 % des participants ayant vu la publicité avec le message sanitaire ont choisi le Sunday, alors qu'uniquement 65 % de ceux qui ont vu la publicité sans le message sanitaire ont fait ce même choix. Ces résultats sont en accord avec les résultats sur les mesures implicites que je vous présente ici.

Dans ce graphique, vous voyez d'abord l'attitude globale face au produit. J'aime le Big Mac, je n'aime pas, je le trouve positif. Il n'y a pas de différences entre les conditions. L'intention de surveiller son poids, il n'y a pas de différence entre les conditions expérimentales. Cependant, la mesure implicite du concept négatif montre une différence. La présence du message sanitaire diminue l'association implicite avec le concept négatif. Cela diminue aussi l'estimation de calories du produit. Nous avons demandé aux participants d'estimer le nombre de calories dans le Big Mac. Ceux qui ont vu le Big Mac avec le message sanitaire pensent qu'il contient 503 calories, alors que ceux qui l'ont vu sans pensent qu'il contient 646 calories. Dans la psychologie de la consommation alimentaire, l'estimation calorique est considérée comme un proxi de la perception du caractère sain du produit.

Cette étude montre que le message sanitaire n'a pas d'impact sur les attitudes par rapport aux produits, mais qu'il influence les comportements. L'absence de message double le choix du dessert le plus sain. La présence du message diminue les associations négatives avec les produits négatifs. Du coup, nous avons ici un effet *a priori* contraire à celui désiré, puisqu'il constitue une justification à la consommation hédonique.

Bien sûr, cette étude porte aussi des limites. La taille et la composition de l'échantillon. C'est une étude menée en laboratoire, avec un échantillon d'étudiants universitaires. Cela nous empêche de généraliser ces résultats, mais cela montre l'importance de mener d'autres recherches avec un échantillon plus important. Le mécanisme derrière ces effets reste à étudier.

Pour conclure ma présentation, je pense que ces deux études montrent, dans des contextes différents, des effets inattendues et parfois contreproductifs des stratégies de prévention qui sont mises en place. Quand on parle d'un projet de prévention large, structuré et pensé, pour favoriser les habitudes alimentaires équilibrées de la population française. Je reconnais que ces mesures sont mises en place avec les meilleures intentions. Cependant, quand on pense la prévention, il faut se rendre compte qu'en recherche psychologique et dans différents domaines, il y a plusieurs éléments à apporter. Il existe aujourd'hui une large littérature en psychologie, mais aussi en nutrition ou en santé publique, qui montre que les différentes stratégies de prévention peuvent avoir des effets contraires à ceux initialement visés, ce l'on va appeler des effets boomerang, de rebond, etc.

Compte tenu de l'importance de l'enjeu, et de la difficulté de changer les comportements alimentaires, souvent ancrés dans des habitudes établies dès le plus jeune âge, une vraie politique de prévention des maladies métaboliques et cardiovasculaires doit prévoir les tests au préalable des différentes stratégies adoptées, afin de ne garder que celles qui sont vraiment efficaces.

Je vous remercie de votre attention.

(applaudissements)

Dr Jean-Michel LECERF

Je pense que c'est extrêmement intéressant. Nous avons besoin de chercheurs, non seulement de sociologues, mais aussi de psychologues, de nutritionnistes accessoirement pour faire avancer la prévention. Cela ne s'improvise pas. Il faut vraiment travailler en profondeur sur les messages et les cibles.

On a le temps de prendre deux ou trois questions.

Frédéric TESSIER, Chercheur à LaSalle Beauvais

Ces effets boomerang ou ces effets de rebond sont-ils déjà montrés dans d'autres pays par d'autres chercheurs ? Etaient-ils déjà montrés il y a plus de dix ans, avant le PNLS, avant que l'INPES se lance dans ces actions, qui sont coûteuses même si elles sont limitées ?

Carolina O.C. WERLE

Oui, ces études existent depuis longtemps. Pour la première étude, la littérature sur la prévention antitabac a servi de base, parce qu'il y avait moins d'éléments dans la littérature sur la prévention de l'obésité à ce moment-là. Mais il y a plusieurs évaluations qui ont été faites, aux Etats-Unis notamment, c'est la littérature avec laquelle je suis le plus familière. Ces études doivent être prises en compte.

Martine PELLAE, Nutritionniste et diabétologue, hôpital Bichat

Merci pour votre présentation. Je n'ai pas de question, j'ai juste quelques remarques.

D'abord, je voudrais remettre un peu le contexte des fameux PNLS. Comme le dit le Professeur Lecerf, nous avons beaucoup marché seuls. Nous étions nutritionnistes, nous marchions beaucoup avec les sciences dures. Puis, on a découvert que les sciences molles, la psychologie, la sociologie, etc, étaient très importantes, notamment dans le comportement. Nous avons appris à travailler ensemble tardivement, avec Claude Fischler, etc. Il faut remettre ça dans le contexte. On le savait peut-être, mais on paie un peu les conséquences.

Deuxièmement, je suis toujours assez interpellée quand on fait un parallèle entre les campagnes alcool ou tabac et les campagnes alimentation. Je le dis à chaque fois. Comme le disait Fischler, le tabac est un risque choisi, plus ou moins, tandis que l'alimentation n'est pas un risque choisi. Cette comparaison me gêne donc toujours un peu. En plus, le tabac n'est pas un aliment. Ce n'est pas nécessaire, ce n'est pas vital, donc ça me gêne toujours un peu.

Sinon, bravo. Effectivement, je crois qu'un certain nombre d'études menées aux Etats-Unis allaient dans ce sens, notamment menées par l'industrie agroalimentaire et par McDonald's, Burger King, etc., qui voulaient faire un peu de prévention dans leurs établissements. Des études ont montré que quand ils offraient le choix entre des Big Mac allégés ou non… Vous connaissez ces études. C'est toujours intéressant, même si c'est un petit échantillon, de continuer dans ce sens pour nous aider à faire de la prévention ciblée.

Merci beaucoup.

Dr Jean-Michel LECERF

Une question, puis je donnerai la parole à Madame Laclais pour conclure cette table ronde.

Madame DIAZ

Je m'occupe de l'activité physique, puisque je remonte des clubs de sport qui ne sont pas en santé financière. Je suis donc directement sur le terrain, avec les adultes et les adolescents.

Je n'ai pas de questions. Aujourd'hui, on a un gros réfrigérateur, le problème, c'est ce qu'on met dans le réfrigérateur. Si c'est bon, on le mange, sinon on ne le mange pas. Est-on susceptible de travailler sur les industriels qui mettent tout ça sous le nez de nos adolescents ? Moi aussi, j'ai des adolescents, et aujourd'hui, j'essaie de ne pas les mettre dans le réfrigérateur. Je ne mets plus de sucreries, etc. C'est là le combat. Vraiment.

Après, il y a les adolescents et les adultes. J'ai fait un test. Ca va vous surprendre, mais j'ai mis des jus de fruits avec des oranges pressées dans les clubs. Les adultes ne

sont pas allés vers les oranges pressées parce que le jus était à 1,50 euro de plus, ils sont allés vers le coca. Ca, ça m'a choquée. Je me suis dit que le problème était vraiment plus profond que ça.

Là, il y a vraiment beaucoup de travail. On parle de l'éducation. C'est vraiment une question d'éducation. Aujourd'hui, je travaille sur les trente minutes de sport, parce que je suis convaincue que trente minutes de sport, trois fois par semaine, ça suffit. Et lorsqu'on éduque les adultes pour leur dire qu'il faut faire trente minutes de sport, trois fois par semaine, ils répondent : « où je trouve le temps ?». Il faut donc les éduquer à la priorité, je pense.

Dr Jean-Michel LECERF

Ce sont des choix effectivement, qui sont eux-mêmes sous influence. Merci beaucoup. Madame Laclais, un mot ?

Bernadette LACLAIS

Un demi-mot, parce que la deuxième table ronde arrive assez rapidement. Je vais simplement souligner, mais nous en sommes tous convaincus, que parfois, l'enfer est pavé de bonnes intentions. Nous en avons l'illustration avec la dernière présentation qui nous a été faite. Je voudrais revenir sur un point qui me semble important et qui n'est peut-être pas encore suffisamment partagé par tous. C'est ce qui a été très bien montré par notre sociologue : les inégalités sociales se creusent ainsi que les inégalités territoriales. Je ne suis pas persuadée que tout le monde aujourd'hui soit acquis à ce constat.

On entend encore très régulièrement des formules ou des expressions qui peuvent nous laisser penser que tout cela n'est pas complètement partagé. Quand on nous dit, vous n'avez plus assez de place dans la restauration scolaire, vous n'avez qu'à demander aux personnes qui ne travaillent pas de ne pas les mettre au restaurant scolaire. Quand on sait que souvent, le seul repas équilibré que l'enfant aura dans la journée, c'est celui qu'il a par l'intermédiaire de l'école, on voit bien que le message n'est pas du tout approprié.

Je crois qu'il faut le dire, et le dire avec beaucoup de force.

Le deuxième point important, que vous avez bien souligné, ce sont effectivement les inégalités dans nos quartiers. Là, je redis qu'il y a des appels à projets portés par les agences régionales de santé. On peut s'inscrire dans ces appels à projets pour partager ces diagnostics, pour les faire partager à nos concitoyens, parce que ce ne sont pas des choses qui viennent spontanément à l'esprit.

Le législateur s'est déjà saisi d'un certain nombre de points que vous avez évoqués. Je veux souligner que la question du taux de sucre dans les DOM-TOM, qui est un vrai problème de santé publique, a d'ores et déjà fait l'objet d'un texte. C'était vraiment nécessaire quand on voit les chiffres que vous nous présentez et le problème sanitaire posé dans les DOM-TOM par le taux de sucre historiquement beaucoup plus haut dans tous les produits proposés et commercialisés.

Le deuxième point sur lequel nous devons être vigilants, c'est la question de la concurrence, qui est au cœur des réflexions des parlementaires, puisqu'on nous objecte souvent cette question de la liberté de commerce et de la concurrence. Dans le dernier PLFSS, on s'est attaqué aux boissons énergisantes. Je vois que Madame n'est pas d'accord, mais c'est un problème majeur. Les boissons énergisantes et la taxation des boissons énergisantes, et évidemment le contrôle de la concurrence et le contrôle au niveau européen sur la commercialisation de ces produits.

Il n'est pas toujours aussi simple d'intervenir, même si nous avons conscience du problème, et de le faire dans le respect des règles qui nous régissent tous. Il y a quand même deux perspectives, je le dis parce que j'y suis attachée. Je ne dis pas que tout se joue entre zéro et six ans, je dis que beaucoup de bonnes pratiques se jouent entre zéro et six ans. Beaucoup de choses s'apprennent dès le plus jeune âge, on aime ou on n'aime

pas dès le plus jeune âge. On voit bien comment cela peut fonctionner. Des réformes en cours peuvent nous aider à faire avancer les choses. Il y a également, pour les personnes plus âgées, le texte qui va être examiné sur l'adaptation de la société au vieillissement.

On ne pose pas, me semble-t-il, suffisamment la question de comment on vieillit, comment on vieillit bien. On reste en forme le plus longtemps possible. Il y a la question de l'alimentation, la question du sport que Madame a évoquée tout à l'heure, qui doit aussi être prise en considération dans la manière d'aborder les problèmes. Comment on se dépense bien. Il ne suffit pas de se dépenser, il faut aussi se dépenser, si possible, de la bonne manière. Et puis comment éviter, après s'être dépensé, comment on compense.

Madame, vous avez souligné votre combat. J'ai essayé de m'attaquer aux machines qui distribuent des friandises à la sortie des piscines. Je peux vous dire que c'est un combat qui n'est pas facile, sur lequel nous avons quelques combats législatifs à mener. C'est vrai, ce n'est pas qu'une question de prix, beaucoup d'autres choses se jouent derrière, comme cela a été souligné. Il n'y a pas que la dimension économique, même si elle joue un rôle important. Il y a beaucoup de choses qui se jouent derrière les choix qui sont faits au moment où on plonge dans le réfrigérateur ou dans la machine. On est tous, de ce point de vue, en capacité de porter des messages. Je ne suis pas une « mère la rigueur », ni à l'Assemblée nationale ni nulle part. Je ne crois pas en des messages qui soient des messages coercitifs, je ne crois qu'en des messages de loisir. Je ne crois pas que l'on puisse faire autrement que de porter des messages qui soient des messages de partage, de convivialité, qui sont ceux qui font notre culture, mais qui peuvent aussi être portés sur des produits de terroir, de qualité, sur des produits frais de qualité, sur des produits de filière courte.

Je ne fais pas partie de ceux qui pensent que c'est par la coercition que l'on pourra. Encore que parfois, elle puisse faire l'objet d'une réflexion au moins. En tout état de cause, je crois beaucoup plus à des messages qui soient compréhensibles pour tous et positifs. Je ne crois pas que l'on puisse faire partager les choses autrement.

Je souligne simplement que dans nos maisons de retraite hospitalière, où nous avons lancé toute une réflexion autour de l'alimentation avec les personnes âgées, on se rend compte que c'est souvent le dernier plaisir qui peut rester. Ce moment de partage de la nourriture, et de bons repas avec la famille ou avec ceux qui sont dans le même établissement. Evidemment, il ne s'agit pas d'empêcher cela, cela ferait sans doute naître d'autres types de pathologies, notamment celle du sentiment de solitude ou de dépression. Ce n'est pas l'objet, mais je pense qu'il y a des choses sur lesquelles on peut travailler collectivement.

Dr Jean-Michel LECERF

Merci beaucoup.

TABLE RONDE N°2 : Des exemples de politique santé internationale, innovante et efficiente dont la France pourrait s'inspirer ?

Participaient à cette table ronde :

Docteur Jean-Michel LECERF

Laurence HARTMANN

Antero KIVINIEMI

Anne-Sophie JOLY

Amandine GARDE

Denis JACQUAT

Carole AVRIL

Dr Jean-Michel LECERF

Pour la deuxième table ronde, on va essayer de tenir l'heure, 13 heures, donc chacun n'aura pas plus de dix minutes. Chacun des intervenants va essayer de se limiter à dix minutes, pour que l'on puisse avoir le temps d'échange et que l'on soit à l'heure pour le repas, qui ne sera pas un repas assis, mais je vous en dirai des choses tout à l'heure. C'est un repas qui va vous réjouir. C'est important aussi.

Cette table ronde a pour but – je fais comme avec mes étudiants, j'arrête de parler, comme cela, ils se taisent – d'essayer de dresser un petit portrait, un peu court, bien entendu, limité dans l'espace, mais quand même avec des exemples, des initiatives de politiques de santé qui ont pu être menées à l'étranger ou ailleurs et dont la France pourrait s'inspirer. Pour cela, on a demandé à plusieurs experts. On va commencer par Madame le Professeur Amandine Garde, qui est professeur de droit à l'université de Liverpool et consultante à l'OMS. Ou plutôt dans l'ordre, excusez-moi, Madame Hartmann : je pense que ce sera vous qui interviendrez en premier, excusez-moi. Madame Laurence Hartmann, qui est économiste de la santé, maître de conférences au CNAM et qui va nous faire un petit point sur cette question des exemples de santé dans la prévention.

Laurence HARTMANN

Je vous remercie. Je vais donc vous présenter des enseignements que l'on peut tirer des expériences étrangères en matière de politique de prévention. Je ne prétends pas du tout vous proposer une revue exhaustive des expérimentations qui sont menées, c'est tout à fait impossible, mais plutôt une analyse un petit peu transversale à l'heure actuelle, de ces politiques et des dispositifs qui semblent plutôt être efficaces. Je reviendrai bien sûr sur cette question de l'efficacité.

Les principales données que j'ai utilisées pour mener à bien cette présentation, sont issues notamment de l'observatoire européen des politiques de santé, et notamment aussi d'un article paru dans la revue *santé publique* en 2013, écrit par Brunn et Chevreul, qui fait une présentation analytique des facteurs de succès ou d'échec de certaines des politiques de prévention menées dans les pays développés.

Bien sûr, pour essayer d'aborder ce propos de manière transversale et rapide, je vais me concentrer sur quelques points seulement. Tout d'abord, rappeler ce que l'on entend

par politique de prévention, mais vraiment succinctement bien sûr. Ensuite, les enjeux sanitaires et économiques, puisque je suis économiste de la santé, donc je vais évidemment ramener mon propos à des considérations économiques. Ensuite, je parlerai très succinctement des recommandations des récents rapports publics. Enfin, j'évoquerai les quelques modèles que vous connaissez certainement déjà, qui ne sont malheureusement pas très novateurs, mais qui sont aujourd'hui déployés et consolidés dans les pays développés. Pour finir, je poserai la question de ce que j'appellerai l'*evidence based prevention* – je ne sais pas si l'on peut parler de ce terme parce que je viens de l'inventer, mais c'est vraiment le problème de la prévention basée sur les preuves, qui limite un petit peu une portée assez générale de mon propos.

Pour commencer, qu'est-ce que l'on entend par politique de prévention ? Bien sûr, je ne reviens pas sur les définitions, mais simplement pour rappeler que dans la loi du 4 mars 2002, cette politique de prévention est bien définie dans le chapitre IV, notamment relatif à la qualité du système de santé, et qu'il s'agit bien sûr d'améliorer l'état de santé en réduisant le risque de maladie et d'accident. Je voulais insister là-dessus car il s'agit vraiment du volet de la politique de santé, qui ne va pas être dédié à promouvoir l'utilisation des *inputs* de soins du système de santé, mais véritablement à agir sur le risque de survenue des événements, ces risques étant très variables. On peut le voir ici : ce sont des risques qui peuvent tenir à différents domaines tels que l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation, bien sûr aussi les conditions de vie. On sait que les inégalités sociales de santé, comme cela a été mentionné tout à l'heure, jouent un rôle tout à fait déterminant dans les survenues des pathologies. Il s'agit bien sûr de développer toutes les actions d'informations susceptibles de diminuer ce risque. Donc on va ancrer notre propos sur cette action-là.

Pourquoi est-ce si important ? Vous savez également sans doute qu'aujourd'hui, il s'agit véritablement d'un fardeau économique important que celui des maladies chroniques par exemple. Ce fardeau représente à l'heure actuelle un grand nombre de décès, de mortalité prématurée, liés aux comportements à risques avec une prévalence importante de l'obésité qui a fortement augmenté au cours des dix dernières années, de tabagisme – cela a été déjà mentionné –, la prise en charge des diabétiques qui connaissent une incidence très importante de 100 000 personnes par an. Tout ceci représente bien sûr un coût économique très important, et un coût sanitaire également.

Quel est ce coût économique ? C'est assez illisible, mais ceci représente des données de l'assurance maladie, récentes, portant sur 2011, pour ce qui concerne ce que l'on appelle les ALD, les Affections de Longue Durée, qui permettent de repérer le coût moyen de prise en charge d'un patient au titre par exemple d'un accident vasculaire cérébral invalidant. Vous voyez que vous avez la fréquence proratisée dans la première colonne, c'est-à-dire le nombre de personnes concernées en 2011 par cette ALD. La dépense totale engagée en euros et ensuite, le coût moyen par personne. Je ne vais pas m'appesantir trop longtemps parce qu'il faut que je me dépêche, mais ce qui est assez intéressant dans ce tableau est que l'on a la ligne du diabète qui est la ligne 8 : diabète de type 1 et diabète de type 2, qui représentent 1 379 516 personnes, soit un peu plus de 8 millions d'euros, soit encore environ 6 000 euros de prise en charge annuelle de ces patients. Pour les maladies cardiovasculaires, il faudrait sommer les différentes lignes puisqu'évidemment, il y en a de nombreuses. Aujourd'hui, l'une d'entre elles a disparu : l'hypertension artérielle sévère, qui est susceptible de rentrer à nouveau dans les ALD brèves. On a une estimation qui est disponible sur le site de l'assurance maladie, du coût de la prise en charge des patients atteints de maladie chronique, sachant que ce coût représentera normalement en 2015 environ 70 % des dépenses de santé, avec un grand nombre de personnes concernées (12 millions de personnes prévues en 2015).

Je vais vous dire pourquoi il est intéressant d'aller consulter ce deuxième tableau, qui est encore moins lisible, sur le site de l'assurance maladie : pour le diabète par exemple, nous avons le découpage de ces 6 000 euros en moyenne de dépenses engagées par patient, en fonction des types de soins fournis, en particulier de l'hospitalisation ou du médicament. Pour moi, c'est important en tant qu'économiste parce que quand on souhaite

évaluer et montrer l'intérêt des programmes d'éducation thérapeutiques de prises en charge de ces malades chroniques, on peut véritablement partir de ces données pour montrer que l'on peut économiser des coûts grâce à une nouvelle prise en charge qui va être engagée.

Évidemment, la politique de prévention connaît un regain d'intérêt aujourd'hui, en France, et cela existe depuis de nombreuses années. On voit bien que de nombreux rapports ont été publiés sur le sujet, en particulier des rapports qui ont été mentionnés tout à l'heure par Monsieur Cornet, du CESE, Conseil Economique Social et Environnemental, mais aussi de la Cour des Comptes, ou encore du conseil d'analyse stratégique : tous ces rapports sont très intéressants parce qu'ils sont assez complémentaires. J'ai retenu ce qui se rapportait à des considérations économiques, mais il est vrai que le rapport de conseil d'analyse stratégique va se focaliser sur les nouveaux modes de prise en charge et l'apport des sciences cognitives pour améliorer les signaux délivrés aux personnes. La Cour des Comptes va évoquer la difficulté de pouvoir évaluer le coût de la prévention et surtout des politiques mises en œuvre, assez disséminées. Le CESE a fait aussi une synthèse de ces éléments en faisant notamment des recommandations qui portaient par exemple sur le développement nécessaire d'une culture de la prévention, mais aussi de la formation des professionnels de santé etc. Je ne reviens pas là-dessus parce que ces rapports sont faciles à télécharger et l'on peut se documenter assez facilement avec ces rapports. Il est intéressant de voir qu'ils convergent tous vers le fait de dire qu'il y a un gros défaut d'évaluation médico-économique, qu'il convient de combler de manière à promouvoir encore plus facilement ces actions de prévention.

C'est ce que l'on va essayer de voir avec l'évaluation médico-économique qui consiste à mettre en regard, d'un côté, le coût engagé d'un dispositif de prise en charge et de l'autre côté, le résultat que l'on va évaluer en qualité de vie des patients ou bien en efficacité : peut-on mener et développer toutes ces évaluations susceptibles de promouvoir des modèles organisationnels de politique de prévention ?

Dans la littérature, quels sont ces modèles ? Ils sont assez connus. J'aurai bien voulu apporter des modèles très novateurs, mais ce sont des modèles qui se consolident, que l'on connaît parfois depuis très longtemps, et qui sont très développés Outre-Manche et Outre-Atlantique. Les principaux modèles que je vais développer dans la diapo suivante, permettent d'essayer de remédier au principal défaut des systèmes de santé des pays développés, à savoir un défaut de coordination entre secteurs médico-social, hospitalier et encore les transitions de soins. En particulier, quand un patient passe d'un secteur à l'autre, il peut y avoir une inefficacité liée à la désorganisation, à l'absence de lien de coordination entre les deux secteurs, mais aussi une prise en charge plus globale de ces patients. Donc on va chercher à remédier à ce défaut de coordination, réduire le nombre d'intervenants afin d'assurer une plus grande continuité des soins, réduire les pertes de chances pour le patient qui devrait se traduire par une amélioration des résultats et donc de l'efficacité, de l'efficience, et enfin, réduire les pertes de ressources pour le système, c'est-à-dire en termes de coût évité. Et c'est ainsi que l'on va essayer de prouver l'efficience des programmes de santé, c'est-à-dire toujours ce rapport entre résultats et coût.

Les principaux modèles que l'on repère dans la littérature s'emboîtent d'une manière générale. Ce sont les suivants :

- Tout d'abord le *case management* : c'est un modèle qui consiste à prendre en charge des personnes qui font face à des problèmes complexes de santé. Cette prise en charge se fait grâce à un *case manager*, qui est en général un infirmier spécialisé, qui a une compétence professionnelle dédiée et qui va coordonner l'ensemble des personnes intervenant autour du patient. Ce modèle-là ne concerne par exemple aux Etats-Unis que 5 % de l'ensemble des malades chroniques, parce que ce sont vraiment ceux qui sont les plus complexes et donc les plus coûteux. Il y a une vraie incitation économique à mettre en place un support de manière de

manière à pouvoir éviter les hospitalisations indues, ou bien des examens dupliqués, etc.

- Le *disease management* : on le connaît depuis vingt à trente ans environ. Il consiste évidemment à prendre en charge les patients atteints de maladie chronique, en améliorant la coordination des soins entre professionnels de santé ; en introduisant des recommandations de bonnes pratiques ; en développant les systèmes d'information de manière à partager les données cliniques et à suivre la consommation de soins du patient, et son état de santé ; enfin, en mettant en place des programmes d'éducation thérapeutique du patient, c'est vraiment là le socle de la prise en charge des patients atteints de maladie chronique et de la prévention.
- Le *chronic care model* : c'est le modèle qui précède et que tout le monde connaît, le *disease management*, mais il a l'avantage de vouloir pérenniser le modèle du *disease management*. Pourquoi ? Parce que ce modèle est parfois difficile à pérenniser à cause des problèmes organisationnels auxquels il va être confronté et il s'agit d'essayer de vraiment mettre en place les ingrédients pour que ce modèle puisse perdurer et des indicateurs de qualité des soins qui vont motiver en principe, les professionnels de santé inclus dans ce modèle.
- Enfin, le *population management* : il intègre les précédents modèles, couvre une pathologie donnée mais pour un territoire donné, en général de l'ordre de la région. C'est d'autant plus intéressant aujourd'hui avec la régionalisation par exemple du système de santé. On voit que cela a un impact très important sur le développement des politiques de prévention territoriale.

Tous ces modèles se consolident au fil du temps dans la plupart des pays développés, mais il est difficile d'en tirer vraiment des enseignements généraux. Je suis un peu désolée de cette conclusion à laquelle je vais arriver rapidement : il est très difficile de pouvoir transposer un modèle existant, efficace, dans un autre pays. Pourquoi ? Parce que l'on manque de travaux d'évaluation médico-économique qui permettent de généraliser les données que l'on peut avoir localement. Ensuite, il y a un lien très fort entre le contexte épidémiologique local et les résultats des évaluations économiques menées. Aux Etats-Unis, le fait que les patients sont peut-être encore plus susceptibles d'être malades ou d'avoir des problèmes d'obésité, et que les programmes qui les accompagnent soient efficaces, est peut-être lié au fait qu'ils sont plus malades ou l'inverse. On a vraiment cette difficulté de transposition. Les biais de recrutement des patients limitent un peu la portée des analyses dans le sens où l'on peut avoir des analyses qui vont porter uniquement sur le volontariat et donc des patients qui sont déjà assez investis dans la prise en charge de leur propre santé. Enfin, les délais rétrospectifs d'évaluation médico-économique sont parfois trop courts pour pouvoir en tirer des éléments assez généraux. Globalement, on a des évaluations, notamment pour le diabète, qui sont assez indiscutables, qui montrent aux Etats-Unis, au Royaume-Uni, mais aussi en France depuis peu, qu'il y a des gains d'efficience, qui viennent surtout de l'amélioration des résultats. L'efficience est le rapport entre les résultats et les coûts.

En fait, on ne va pas vraiment faire diminuer les coûts. En réalité, il y a une compensation des coûts qui se fait entre les hospitalisations évitées, grâce à un programme de prise en charge, mais il y aura évidemment une infirmière dédiée sur un poste d'accompagnement thérapeutique qui va coûter. En général, l'un va compenser l'autre donc on n'a pas de surcoût avec la mise en œuvre des programmes. En revanche, on a de meilleurs résultats en termes de qualité. Et c'est observé aussi bien en termes de qualité, c'est-à-dire d'indicateurs cliniques, que de processus, c'est-à-dire le nombre d'examens suivis par an par rapport aux recommandations des agences. Donc globalement, des évaluations qui sont relativement complexes à généraliser, mais qui permettent quand même d'asseoir une amélioration des résultats et ceci, à condition que l'on combine des « innovations organisationnelles » – que j'ai mises entre guillemets parce que ce ne sont pas vraiment des innovations – que l'on consolide ces « innovations organisationnelles » et que l'on introduise des incitations financières et non financières.

On a de nombreux dispositifs très intéressants qui ont été expérimentés qui peuvent être déployés aussi :

- des ateliers thérapeutiques allemands qui vont reposer sur l'éducation thérapeutique délivrée par des assistants de soins, qui ont vraiment un métier dédié à cela ;
- des *serious games* néerlandais qui consistent vraiment à offrir une interface interactive aux internautes, qui vont pouvoir apprendre et se documenter tout en ayant un aspect assez ludique ;
- des dispositifs de télémédecine américains qui sont vraiment des modèles d'efficacité, notamment pour le modèle des vétérans, qui combine l'ensemble de ces qualités ;
- le paiement à la performance, le *p for p*, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis, conduit également à promouvoir la qualité de la prise en charge au long cours et les politiques de prévention, etc.

On peut combiner un ensemble de dispositifs. Mais ce qui va surtout compter, sur la diapo suivante, est de satisfaire des prérequis à géométrie variable en fonction des contextes locaux, qui sont de mettre en place :

- des dispositifs d'éducation thérapeutique, qui commencent à avoir une efficacité relativement prouvée, au moins en tout cas pour le diabète, les maladies cardio-vasculaires ;
- des dispositifs adaptés, des systèmes d'information qui permettent d'envisager non seulement le suivi des patients inclus dans les programmes, mais éventuellement, la mise à disposition de ce suivi aussi au domicile des patients ;
- le renforcement du rôle des soins primaires, comme c'est le cas à l'heure actuelle avec les ARS comme je l'ai dit tout à l'heure et notamment la territorialisation, l'accessibilité des soins dans la plupart des territoires, qui permettent de renforcer le rôle des soins primaires, du généraliste et de l'ensemble des autres intervenants paramédicaux ;
- et avant dernière diapo, de promouvoir ces politiques de prévention grâce à des incitations non financières qui sont des incitations intellectuelles par exemple pour les médecins, consistant en des référentiels de bonnes pratiques, mais aussi en des comparaisons, des concurrences par comparaison, c'est-à-dire permettant aux médecins de se situer par rapport aux autres médecins, de proposer des rappels quand c'est nécessaire par rapport au suivi de ces patients, de mettre un ensemble de dispositifs permettant de mettre en place ce suivi au long cours ;
- enfin des incitations financières, dont on sait qu'elles sont vraiment très efficaces, même si elles comportent parfois des effets pervers, en particulier, ce que l'on observe aux Etats-Unis et même au Royaume-Uni, est qu'elles vont généralement amener les médecins à privilégier les actes récompensés financièrement au détriment des autres. Cela suppose toujours d'avoir beaucoup d'analyses des conséquences des dispositifs introduits.

Voilà vraiment rapidement un panorama de ce que l'on peut dire sur les comparaisons internationales des politiques de prévention, qui consolident des systèmes de prise en charge qui sont actuellement développés en France, notamment pour le diabète, avec le programme Sophia de la CNAM, le dispositif ASALE A1 qui est l'Action de Santé Libérale En Equipe. Je n'ai pas trop le temps de vous en parler mais si vous me posez la question, je pourrai vous en parler éventuellement. Des dispositifs que l'on met en place et que l'on développe au fur et à mesure en France, notamment promu par cette recomposition des soins primaires au niveau régional. Je pense que l'on peut être très optimiste pour les politiques de prévention à venir. Merci.

(applaudissements)

Dr Jean-Michel LECERF

Merci beaucoup. Cela nous donne une vue de la complexité de l'analyse économique des politiques de prévention. Je ne sais pas qui veut intervenir ? Peut-être pour le néophyte que je suis en matière d'économie, on a l'impression que derrière la prévention, ce sont des choses qui sont assez diverses entre la prévention primaire, la prévention secondaire, la prévention tertiaire, qui sont des notions un peu dépassées, mais qui existent quand même en réalité. Primaire, les gens n'ont rien ; secondaire, ils ont déjà des facteurs de risques ; tertiaire, ils ont une pathologie et on ne veut pas que cela se complique. Est-ce qu'il n'y a pas finalement à distinguer un peu mieux les différentes approches pour mieux les analyser ?

Laurence HARTMANN

Oui, il est vrai que c'est essentiellement la prévention secondaire qui est concernée par exemple par les modèles de prise en charge des patients qui sont déjà atteints de maladie chronique. C'est là-dessus que nous allons nous pencher, en général, pour faire de l'évaluation médico-économique. En effet, pour ce qui concerne la prévention primaire, là, on va renvoyer plutôt au rôle de l'éducation, aux recommandations de votre rapport, Monsieur Cornet, sur la mise en place véritablement d'une politique de prévention à tous les âges de la vie, que ce soit vraiment à la fois en éducation scolaire, mais aussi, au sein de l'entreprise, dans tous les milieux susceptibles de pouvoir toujours diffuser cette information, à la soutenir complètement. Il est difficile pour nous après d'évaluer véritablement un tel programme. Cela semble vraiment absolument nécessaire et prioritaire. On ne va pas forcément faire une évaluation médico-économique sur la prévention primaire.

Dr Jean-Michel LECERF

Merci beaucoup. On va donner la parole à Monsieur Antero Kiviniemi. J'espère ne pas abîmer votre nom. Il va nous faire part de l'expérience finlandaise. On sait que la Finlande est un pays qui a été exemplaire comme beaucoup de pays scandinaves, en termes de prévention. Ils ont une organisation qui nous fait pâlir, nous Français. Merci.

Antero KIVINIEMI

Merci à vous. Mesdames, Messieurs, bonjour à tous et à toutes. C'est un véritable plaisir pour moi d'être ici aujourd'hui avec vous, d'entendre des expériences et des réflexions françaises sur la prévention. Et de partager avec vous aussi quelques expériences et résultats plutôt positifs et encourageants que nous avons pu avoir en Finlande. Je tiens donc à remercier chaleureusement les organisateurs de ce colloque, pour m'avoir donné cette opportunité plus qu'intéressante. Je tiens aussi à m'excuser pour mon français, pour ses limites et pour mon accent *(applaudissements)* qui ne facilite pas forcément le suivi de ma présentation mais je ferai de mon mieux pour être clair.

Je vais donc vous parler de la réussite finlandaise dans le domaine de la prévention. Effectivement, il s'agit d'abord et en premier lieu du projet Carélie du Nord qui a ouvert le chemin pour nos politiques nationales de la prévention plus globalement, et qui est devenu aussi une référence internationale bien connue. Mais pourquoi y a-t-il cet intérêt international pour un projet qui, au début, ne concernait qu'une région de moins de 200 000 habitants, quelque part, loin, dans une périphérie lointaine, dans l'Est de la Finlande, dans un pays qui lui-même ne présentait pas plus d'intérêt que cela ? Au niveau mondial, le projet Carélie du Nord est le premier qui a cherché et qui a aussi réussi à changer radicalement les mauvais modes de vie de toute une population. Le projet fut lancé déjà en 1972, en collaboration étroite avec les communautés américaine et finlandaise, des médecins et des spécialistes des comportements humains, et aussi avec l'Organisation Mondiale de la Santé, dont les deux programmes majeurs sur la prévention les très fameux sandei et le CCCCP se sont inspirés largement par la suite.

En fait, la Finlande et notamment la région de la Carélie du nord, avait le taux de mortalité dû aux maladies cardio-vasculaires le plus élevé du monde, à la fin des années 60. Effectivement, la situation était catastrophique, il y avait de quoi s'inquiéter. On s'en est inquiété aussi. Grâce à ce projet et grâce notamment aux changements comportementaux, cette mortalité et notamment celle due à la maladie coronarienne a diminué de 85 % dans la région, en trente ans, et respectivement l'espérance de vie moyenne s'est prolongée de dix ans. Qu'a-t-on fait pour obtenir ces résultats presque incroyables ? On a attaqué systématiquement les modes de vie et les comportements qui sont la cause principale des maladies cardio-vasculaires, à savoir premièrement le taux de cholestérol élevé, et deuxièmement la haute pression sanguine qui résulte en premier lieu des mauvaises habitudes nutritives, du tabagisme, du manque d'activité physique, de l'alcool et du stress. Effectivement, ces mêmes causes exposent à beaucoup d'autres maladies aussi. Ces attaques systématiques ont marché. On a réussi à assainir les mauvaises habitudes, au moins en partie. Premièrement, le taux de cholestérol moyen a baissé de plus de 20 % dans la région ; deuxièmement, si plus de la moitié des hommes fumaient encore au début des années 70, aujourd'hui, ils sont moins d'un tiers ; troisièmement, la consommation de graisses saturées a diminué : avant, 80 % de la population en utilisait de manière régulière, aujourd'hui, seulement 5 % en utilisent. Globalement, on consomme 38 % de moins de graisses qu'avant. Les fruits et les légumes ont fait leur apparition dans la nourriture régionale. Avant, ils n'y étaient presque pas. La consommation de sel a diminué. Les activités sportives sont devenues une routine.

Comment les Finlandais y sont-ils concrètement arrivés ? Par quelle sorte d'intervention miraculeuse ? me demandez-vous peut-être. La réponse : par des centaines, par des milliers d'actions déterminées et bien planifiées. Ces actions ont été organisées autour de cinq volets, dont la cible était la communauté tout entière, c'est-à-dire les comportements en groupe, et donc pas seulement les individus plus fragiles ni les plus disposés aux risques de santé. On a cherché un soutien de groupe, une action par groupe.

Les cinq volets étaient :

- On a coopéré étroitement avec les professionnels de la santé, c'est-à-dire médecins, infirmières, qui sont très nombreux ici aujourd'hui. On les a écoutés et entendus. On a profité de leurs connaissances. Et surtout, on a intégré les mesures préventives de manière systématique dans leurs pratiques et routine quotidiennes. Par exemple, ils ont commencé à mesurer la pression sanguine de leurs patients de manière systématique, ils ont discuté sur les modes de vie de leurs patients, ils les ont conseillés et dirigés vers des modes de vie plus sains. Bien entendu, pour y arriver, il a fallu former ces médecins et ces infirmières de manière systématique aussi. En Finlande, c'est probablement plus faisable que dans certains autres pays car les professionnels de la santé sont fonctionnaires municipaux et travaillent principalement dans les centres publics de la santé. Les circulaires et les instructions des autorités publiques sont suivies et respectées avec le plus grand sérieux en Finlande. C'était important d'utiliser les infrastructures existantes au lieu de réorganiser les services. Cela a permis d'ailleurs aussi de maîtriser le coût de ce projet et de cette nouvelle politique réformatrice.
- Deuxième volet, on a distribué largement aux citoyens de l'information sur les risques liés aux mauvais modes de vie. On a organisé des séminaires, des formations aussi bien pour les citoyens que pour les journalistes. On a publié des centaines d'articles par des experts et aussi par des journalistes spécialisés. Les autorisés ont rédigé des brochures. Il y a eu des émissions de télé. Il y a eu effectivement une véritable prise de conscience sur ces modes de vie. Cela a été facilité par le fait que les Finlandais sont ceux qui lisent le plus dans le monde et croient aussi dans ce que les autorités leur racontent. *(rires)* Donc le projet a très vite été connu : il est devenu un projet commun de la population. Aussi un projet complètement transparent pour le citoyen. On a suivi très activement son progrès, son avancement, dans les médias.

- Troisième volet, on est allé concrètement à la rencontre des gens. Il y a eu des centaines de rencontres, de campagnes, là où les gens passent vraiment leur temps, aux centres commerciaux, aux événements sportifs, au cinéma. Et l'on a aussi visité les lieux de travail de manière systématique.
- Quatrième volet, on a travaillé en partenariat avec l'industrie agroalimentaire et les marchands, pour la production et la vente de nourriture plus saine. Il n'y avait pas d'agressivité ni d'accusation de la part des autorités ni des médecins, il y avait une coopération importante. On s'est compris mutuellement. On a créé de nouveaux produits, plus sains, qui ont été subventionnés notamment dans les années 70 et 80. On ne faisait pas partie du marché commun, c'était encore possible. On a créé de nouveaux profits par ces nouveaux produits pour l'industrie.
- Cinquième volet, et très important, dont on a parlé aujourd'hui, on a bien préparé l'action avant d'agir concrètement. On a pris connaissance du terrain, des faits, des comportements humains là-bas, des modes de vie et on a fusionné ces connaissances avec les théories que l'on avait à l'époque dans les domaines de la médecine et des comportements humains. Il n'y a pas eu d'improvisation. Par contre, il y avait beaucoup de flexibilité parce que l'on savait à l'avance que tout ne pourrait pas marcher comme prévu. On a réorienté le projet en fonction des résultats. Il y a toujours des surprises.

Dès le début, ce projet fut également détaché de toute logique politique partisane. Ce fut un projet commun dans l'intérêt de tous. Et il se basait solidement sur l'expertise scientifique.

Mesdames, messieurs, les résultats obtenus très vite par ce projet ont prouvé que cette sorte d'intervention marche bien, même s'il est vrai que l'apparition de nouveaux traitements et soins cardio-vasculaires expliquent aussi, au moins en partie, la baisse de la mortalité cardio-vasculaire très importante, notamment au début des années 80. Ces méthodes du projet ont été très vite suivies dans d'autres régions finlandaises et le mode de fonctionnement de ce projet a été intégré dans nos lois sur la santé. Comme je l'ai déjà dit, l'OMS a pris ce projet pour modèle clé en la matière. Plusieurs pays l'ont suivi depuis.

Pour finir, aujourd'hui, la Finlande est effectivement l'un de ces pays où la politique de la santé se base essentiellement sur la prévention. La prévention représente 7 % des dépenses de la santé alors que la moyenne de l'OCDE est de 3 %. En Finlande, la prévention est effectivement considérée comme un véritable investissement, aussi bien pour notre économie que pour notre bien-être. Le résultat de la prévention est moins de besoins de soins, moins de besoins de médicaments, l'augmentation de la productivité, moins d'absence au travail, moins d'invalidité, etc.

J'ai écouté les conversations pendant la séance précédente. On parlait du plaisir. Sur la base de notre expérience, on peut toujours jouer là où les gens s'en fichent un peu alors on ment ici ou là, ce n'est pas important, mais quand il s'agit de plaisir, quand les gens cherchent le contenu pour leur vie, le tabac pour les femmes, l'alcool pour certains, etc., c'est nettement plus difficile et là, on n'a pas avancé aussi facilement. Il reste des défis à surmonter mais la lutte continue. Merci.

(applaudissements)

Dr Jean-Michel LECERF

Merci beaucoup Monsieur Kiviniemi. C'est extrêmement intéressant et pour nous Français, assez fascinant. J'ai envie de vous poser une question qui est peut-être un peu perturbante ou qui fâche – je ne sais pas – mais vous qui connaissez la France maintenant et les Finlandais, n'y a-t-il pas une différence de mentalité, et le Français est-il suffisamment discipliné et pas trop Gaulois pour accepter ? N'y a-t-il pas une différence ? C'est peut-être une excuse mais j'aimerais bien que vous nous disiez ce que vous en pensez, vous, en tant que francophone et Finlandais.

Antero KIVINIEMI

Merci beaucoup. J'essaie souvent d'éviter d'intervenir dans le domaine politique en France parce que c'est trop compliqué *(rires)*. Nous, on a en Finlande une population qui, comme je l'ai dit, croit ce qu'on leur raconte, la première réaction n'est pas contestataire. On suit, on regarde les faits, etc. Tandis que vous avez tout à fait une autre culture : vous voulez en même temps la réforme, mais vous ne la voulez pas. *(rires)* C'était ma réponse.

(applaudissements)

Dr Jean-Michel LECERF

On s'attendait à la réponse, mais il fallait poser la question. Un pays difficile à gouverner, n'est-ce pas messieurs les députés et autres responsables politiques ? Une question, prenez le micro s'il vous plaît monsieur.

De la salle

Je disais simplement une remarque sur le delta en partant des conditions de santé des années 70 en Finlande, que l'on a toujours cité comme le mauvais élève. C'est vrai que les interventions ont eu immédiatement des effets, alors que nous ici, les mêmes interventions auraient certainement un delta nettement moins visible.

Dr Jean-Michel LECERF

C'est effectivement une très bonne remarque. Sur le plan des lipides par exemple, les Finlandais consommaient 24 % de leurs apports énergétiques sous forme de graisses saturées, c'était absolument colossal. Et actuellement, on est bien sûr à des niveaux beaucoup plus bas. On recommande 12 %. La France est encore à peu près au niveau de 15 %. C'est tout à fait important et aujourd'hui, l'amélioration ne serait pas la même. D'ailleurs, les maladies cardio-vasculaires ont régressé en France – cela a été dit tout à l'heure par Thibaut de Saint-Pôl – mais dans toute l'Europe, il y a une diminution de 40 % dans les dix dernières années. Mais pas pour tout le monde, c'est cela le problème. Je crois que c'est le gros enjeu. Madame.

De la salle

Je suis très contente qu'on ait souligné le rôle de l'agroalimentaire, parce que si on ne joue pas au niveau beaucoup plus haut de la société et même de l'écologie, la prévention en nutrition, c'est presque de l'écologie non politique.

Dr Jean-Michel LECERF

Très bien.

Antero KIVINIEMI

Effectivement, je suis au sein de l'OCDE actuellement. Disons qu'une grande difficulté pour avancer dans la matière, est qu'aujourd'hui, il y a des chercheurs, des universitaires qui sont très agressifs par rapport à l'industrie agroalimentaire. Et on crée immédiatement certains conflits, des malentendus, parce que ce n'est pas la raison d'être des entreprises de créer de la nourriture saine, il faut les diriger mais il faut le faire en partenariat sinon c'est impossible d'avancer. C'est très important. Et dès le début dans le projet finlandais, c'était notre point de départ. Merci.

Dr Jean-Michel LECERF

Merci beaucoup pour cette remarque extrêmement pertinente. *(applaudissements)*

On va devoir avancer vite. Je suis désolé. Merci encore une fois, Monsieur Kiviniemi : votre contribution est pour nous assez fascinante. Madame Amandine Garde, professeur à

l'université de Liverpool donc petit tour européen, rapporteur pour l'OMS sur l'obésité. Merci de votre contribution.

Amandine GARDE

Merci à vous surtout pour votre invitation. Je n'ai pas souvent l'occasion d'intervenir en France. Ne m'applaudissez pas, je n'ai aucun mérite à parler français, je suis de nationalité française, mais je vous demanderai toutefois votre indulgence car je travaille exclusivement en anglais, donc je ferai de mon mieux pour faire aussi bien que mon collègue finlandais.

Après une approche assez générale sur la prévention, je vous propose de parler d'une question plus particulière qui est celle du marketing alimentaire. Nous avons évoqué l'industrie agro-alimentaire, nous avons évoqué les partenariats. Je souhaiterais parler en particulier de la charte alimentaire qui a été signée entre le conseil supérieur de l'audiovisuel, l'ANIA, certains annonceurs en France ainsi que cinq ministères. Je vous propose d'évaluer dans le temps qui m'est imparti, cette charte au regard de l'expérience internationale et notamment, je vous donnerai deux exemples : la réglementation britannique en matière de publicité alimentaire aux enfants et l'exemple québécois qui interdit la publicité aux enfants, pas seulement pour les produits alimentaires peu sains, d'ailleurs.

Cette charte est assez récente : c'est la deuxième de cette nature. Elle a été signée le 21 novembre dernier, et va entrer en vigueur en janvier 2014. Son objectif est de promouvoir une alimentation et une activité physique favorable à la santé. Cet objectif est divisé en deux volets principaux. D'une part il y a un but de cette charte d'éducation à la santé : ce n'est pas là-dessus que je vais centrer ma présentation car Thanh Le Luong de l'INPES en parlera cet après-midi et ma collègue, Madame Werle en a parlé avant moi ce matin. Par contre, le deuxième volet de la charte est de renforcer la démarche responsable de la publicité concernant le contenu des publicités alimentaires. L'idée ici est bien sûr que le marketing alimentaire a une influence sur les choix de consommation, notamment des enfants, les consommateurs les plus jeunes, et qu'il est bon de limiter l'exposition de ces enfants à des publicités pour des produits alimentaires peu sains.

Avant de discuter de cette charte aux yeux de l'expérience internationale, quelques mots pour vous dire que la comparaison entre la première charte 2009-2014 et la deuxième qui va entrer en vigueur, est que nous avons un nombre accru de signataires, notamment deux ministères supplémentaires qui se sont associés à cette charte : le ministère des Outre-Mer, en raison de l'extension du champ de la charte à l'Outre-Mer, et le ministère des sports et de la jeunesse. Vous avez également le ministère de l'agriculture, le ministère de la santé et le ministère de la communication.

C'est très important pour l'efficacité éventuelle de cette charte, il y a également un élargissement du champ de la charte à certains nouveaux modes de diffusion. La première charte ne s'appliquait qu'à la télévision dite linéaire ; désormais, la deuxième charte s'appliquera non seulement à la télévision linéaire, mais également aux programmes internet et à la télévision de rattrapage. C'est donc une volonté de reconnaître que le paysage audiovisuel change et qu'il est bon de prendre ces changements en compte dans la réglementation. Il est très important de noter qu'il s'agit d'une démarche volontaire des signataires, donc on est dans une logique de partenariat entre les annonceurs, l'industrie agroalimentaire à travers l'ANIA et les ministères, comme nous le disions tout à l'heure. C'est une réglementation largement par l'industrie pour l'industrie, qui passe par une recommandation notamment de l'Autorité de Régulation Professionnelle de la Publicité, l'ARPP, qui, dans son ensemble – et je vais en parler – est très peu contraignante – et je regrette de le dire – très peu novatrice. On nous dit notamment qu'il faut manger équilibré, qu'il faut que les annonceurs fassent la promotion de régime équilibré : c'est une évidence. Il ne faut pas favoriser le gaspillage ni l'abondance, mais en termes d'engagement concret,

il y en a très peu et je comparerai ces engagements aux recommandations de l'OMS, en matière de publicité alimentaire et vous verrez que là, il s'agit vraiment d'un fossé.

Voyons ce que le CSA pense de cette charte et ce à quoi les annonceurs et les autres signataires de la charte s'engagent. Ils s'engagent à renforcer la démarche responsable de la publicité, donc on reconnaît que peut-être cette recommandation, qui date pourtant de 2010, il n'y a pas si longtemps, est déjà un peu insuffisante. On va renforcer la recommandation et l'ARPP va avoir le mandat de renforcer sa recommandation de 2010 dans les six mois. Vous voyez que l'on peut attendre quelque chose d'un peu plus robuste – espérons-le. Toutefois, enthousiasme assez limité, puisque les thèmes identifiés pour renforcer cette recommandation, sont très peu, en nombre, et leur contenu laisse entendre qu'il y aura encore des trous énormes qui vont subsister entre les recommandations internationales notamment de l'OMS et les recommandations de l'ARPP. Donc on va parler du contexte de consommation. On va dire qu'il faut éviter le gaspillage, comportement contraire au développement durable et chose assez intéressante, on va se poser la question du traitement des personnages imaginaires : je vais y revenir, mais c'est notamment *Tony the tiger*, *Cocopops*, etc., les personnages de Disney qui peuvent éventuellement être vendus avec des menus *McDonald's Happy meals.* Je vais y revenir dans une minute.

Avant cela, voyons pourquoi finalement le CSA est si clairement opposé à la réglementation et voyons comment cette opposition se place dans un contexte plus international. La première chose que le CSA fait valoir est qu'une interdiction de la publicité alimentaire aux enfants, qui a pourtant été proposée en 2004 et en 2009, et de nombreuses fois par des propositions de loi quand même assez isolées, et qu'une réglementation, porteraient atteinte au modèle économique audiovisuel français, voire même à la pérennité de nombreuses chaînes de télévision. Peut-être, je suis sceptique et de toute façon, je trouve que cette analyse est insuffisante. Première remarque, et là tout de suite une comparaison avec l'Angleterre : quand vous cherchez à savoir d'où le CSA, Conseil Supérieur de l'Audiovisuel, tire ses conclusions, il est extrêmement difficile d'avoir accès à des analyses d'impact dignes de ce nom ou à toute autre donnée. Cela tombe du ciel et le thème gaulois revient avec Astérix, cela tombe du ciel et on ne sait absolument pas d'où le CSA tire sa conclusion. Par contre, on voit l'absence de deux éléments. Premier élément : l'absence de discussion sur l'environnement plus généralement et notamment, les coûts de l'obésité et du surpoids à la caisse de sécurité sociale et à la société plus générale. Je lisais le livre récent de Fabrice Etilé qui faisait référence à différentes études, qui les chiffrait entre 4 et 15 milliards d'euros. Donc quand on met les différents éléments en balance de façon un peu plus large, on se dit qu'il y a peut-être d'autres enjeux que simplement cette pérennité. D'autre part, deuxième absent : l'intérêt de l'enfant. Or, un des mandats premiers du CSA est tout de même de protéger l'enfant de certaines influences qui peuvent être néfastes à sa santé et à son bien-être moral. Ce sont les deux absents.

En ce qui concerne la pérennité bien sûr, c'est une considération importante, les considérations économiques le sont ; toutefois, on pourrait imaginer que d'autres annonceurs pourraient prendre la place des publicités qui sont pour l'instant faites pour des produits peu sains et même l'industrie agro-alimentaire elle-même, pourrait faire valoir les qualités nutritionnelles d'autres produits qui sont pourtant bien moins souvent mis en avant dans la publicité. On verra peut-être pourquoi, si nous avons le temps.

Une analyse à mon sens qui n'est pas digne de ce nom. Je vais également parler de la deuxième raison qui fait que le CSA est contre une interdiction de la publicité. Il s'agit justement des exemples – je cite – « qui ne sont pas totalement probants » dans des pays qui auraient interdit cette publicité. Evidemment, comme toute à l'heure, aucune analyse de quels pays on parle. Quand on regarde les documents du CNA, Conseil National de l'Alimentation, on arrive à avoir quelques indications, mais c'est très faible. Ce qui m'inquiète vraiment et me laisse perplexe, est la suite de la phrase : au sujet des exemples

qui ne sont pas probants « sachant que surpoids et obésité ont des causes multifactorielles ». Oui, ça c'est la *matrix* anglaise pour vous montrer l'étude *foresight* de 2007 qui vous montre à quel point l'obésité est complexe. Je crois que l'on peut être d'accord avec le CSA : effectivement que l'obésité est un problème complexe et on le savait avant 2013. Mais est-ce que parce que le problème est complexe, on peut en conclure que des pays qui souffrent d'obésité et qui auraient réglementé la publicité, ont pour autant échoué en réglementant la publicité ? Cela reviendrait à dire que les Anglais sont gros et ils sont plus gros que chez nous, c'est vrai quand on regarde les statistiques, ils ont réglementé la publicité. Or, ils sont toujours gros, donc réglementer la publicité est inutile. C'est exactement comme moi je le lis, sachant que je lis essentiellement en anglais, mais tout de même, ce que le CSA essaie de nous faire dire. Et là encore, en absence totale d'analyse.

En dépit de cette faiblesse ou de l'inexistence de l'analyse, nous avons un CSA qui est particulièrement content de lui-même. La lecture de cette charte la semaine dernière m'a déprimée. *(rires)* Le CSA est extrêmement satisfait de lui. Il est notamment satisfait d'avoir contribué à avoir renforcé le rôle sociétal des annonceurs et indirectement bien sûr aussi de l'ANIA qui est signataire de cette charte. Alors peut-on se réjouir comme le CSA est en train de le faire ? Je vais regarder des exemples qui ne seraient soi-disant pas probants du tout et les analyser en espérant offrir quelques éléments d'analyse allant au-delà des éléments d'analyse du CSA, malgré le temps qui m'est imparti, d'encore une dizaine de minutes.

Le premier exemple est l'exemple britannique : en 2007, les Anglais ont adopté des règles qui sont des règles ayant une force légale, c'est-à-dire que c'est obligatoire pour tous les membres de l'industrie agro-alimentaire, à la différence d'une charte qui est signée par certains annonceurs mais pas tous. Et qui a ensuite des sanctions : si jamais un des annonceurs ne suit pas les règles qui sont posées dans le droit britannique, il aura des sanctions avec des poursuites, des amendes, etc. Cela va beaucoup plus loin qu'un système d'autorégulation. Il y a deux volets dans les interdictions posées par la législation britannique. Le premier est l'exposition des enfants : combien de publicités les enfants voient-ils ? Dans ce premier volet, il y a une interdiction de la publicité pour les produits alimentaires peu sains. Le modèle pour déterminer si des produits alimentaires sont sains ou pas sains, a été développé de façon indépendante de l'industrie par la *Food Standard Agency*, une autorité gouvernementale. Il y a une interdiction de telle publicité pendant les programmes pour enfants et aussi pendant les programmes qui sont vus par un nombre disproportionné d'enfants. Il est possible que le programme ne soit pas vu à des heures d'enfants, mais autour de Noël, vous allez avoir des dessins animés etc. qui vont faire qu'il y aura énormément d'enfants devant ces programmes qui tombent aussi sous le coup de l'interdiction. Choses intéressante : l'interdiction s'applique sur des enfants de zéro à seize ans, donc c'est quand même un âge assez élevé. Le deuxième volet, ce n'est pas de s'attaquer à la quantité de publicité que les enfants voient pour ces produits alimentaires peu sains, mais c'est de s'attaquer aux techniques particulièrement efficaces pour convaincre les enfants : l'utilisation de célébrités comme David Beckham qui va vendre du Pepsi ou du *Coca-Cola* – il a fait les deux – ou Mickaël Phelps qui va vendre du *Mac Donald* ou du *Kellogg's* ou Beyoncé qui va vendre du *Pepsi-Cola*. D'autres techniques comme les personnages de dessins animés, le placement de produit, les allégations nutritionnelles, etc. : il y a une interdiction de ces techniques dans les programmes pour les enfants de quatre à neuf ans.

Chose importante, cette réglementation se fonde sur plusieurs études indépendantes qui ont été faites essentiellement par des universitaires et qui ont été demandées par la *Food Standard Agency* en particulier et *Ofcom*, l'équivalent du CSA. Une très large consultation publique par *Ofcom* et vous pouvez voir toutes les contributions de cette consultation publique en ligne – grande différence avec le CSA. Ensuite, une analyse d'impact détaillée avec le pour, le contre, les différents éléments qui rentrent dans l'équation.

Que peut-on faire de ces règles ? Quelle est l'évaluation ? Sont-elles si peu probantes que le CSA veut bien nous le dire ? à supposer que l'Angleterre était l'un des pays visés, mais je soupçonne qu'il l'était. Les règles remplissent en partie leur objectif. Un rapport d'évaluation a été rendu le 26 juillet 2010 par *Ofcom,* qui voulait évaluer l'efficacité des règles un an après leur entrée en vigueur complète, parce que l'entrée en vigueur des règles a été échelonnée entre 2007 et 2009. Donc en 2010, nous avons ce rapport qui nous dit que les enfants sont moins exposés à la publicité pendant les programmes visés. Les chiffres sont de -37 % d'exposition à la publicité pour les produits alimentaires peu sains, -52 % pour les quatre à neuf ans, -22 % pour les dix à quinze ans. Cela montre que quand on réglemente, il y a effectivement mois d'exposition à la publicité alimentaire. Mais les enfants voient encore de nombreuses publicités pour des produits alimentaires peu sains, et c'est là que l'exemple pourrait être davantage probant. Pourquoi ? En raison de la définition des règles car comme je le disais, ces règles s'appliquent pendant les programmes pour enfants, ou lorsqu'il y a un nombre disproportionné d'enfants. Cela ne considère pas le nombre absolu d'enfants que vous aurez devant l'écran. Je prends un exemple : si en France, vous regardez Fort Boyard – cela montre à quel point cela fait longtemps que je suis partie – vous allez avoir beaucoup plus d'enfants sans doute en nombre absolu que si vous regardez Scoubidou, qui sera un programme d'enfants et donc qui tombera sous l'interdiction. Ainsi 67 % des programmes que les enfants voient ne sont pas des programmes pour enfants et donc, il n'y a pas d'interdiction de promouvoir le marketing alimentaire lors de ces programmes.

Donc quand on revient aux conclusions un peu hâtives du CSA, la question n'est pas seulement de savoir si ce n'est pas probant parce que l'on a réglementé, la question est davantage de savoir si ce n'est pas probant parce que la réglementation n'a pas été finalement suffisante. Les sociétés savantes de médecins, toutes les sociétés savantes de médecins de toute l'Angleterre, c'est-à-dire l'*Academy of Medical Colleges,* a demandé un rapport en janvier et février de cette année, pour demander qu'il y ait dans tous les programmes une interdiction pour les produits peu sains, jusqu'à 21 heures sur les écrans. Et là, on évite justement ces problèmes de définition. Il y a d'autres lacunes, dans les règles anglaises et sur lesquelles je vais passer très vite. Une première lacune évidente est que les règles ne s'appliquent qu'à la télévision. Or, de plus en plus, des preuves s'accumulent que l'internet, mais aussi le marketing mobile par les téléphones, le marketing à l'école dans certains pays (pas forcément la France, je ne sais pas) ou à la sortie de l'école, avec de grands panneaux, sont aussi des techniques utilisées très fréquemment pour atteindre les enfants. L'autre limite du système anglais est qu'il interdit l'utilisation de personnages de dessins animés, *licenced characters*, qui sont soumis à des accords de licence, mais il n'interdit pas à l'industrie agro-alimentaire d'utiliser ses propres personnages, c'est-à-dire que si vous avez *Tony the tiger* ou *Ronald McDonald*, *McDonald's* pourra tout à fait le faire. Je n'ai malheureusement pas le temps de parler des événements sportifs en détail. Toutefois, là aussi, la question de pose de savoir s'il est vraiment acceptable de *Coca-Cola* et *McDonald's* soient des partenaires olympiques au niveau mondial *(applaudissements)*. Sur le rôle sociétal des entreprises, là aussi, il faudrait une analyse beaucoup plus fine. Je dirai simplement que le parrainage n'est absolument pas une activité philanthropique, et là aussi, j'ai écrit là-dessus et donc je suis tout à fait disposée à en parler davantage.

Je vais passer très rapidement sur le deuxième exemple, qui n'est pas probant d'après le CSA. Moi, je pense qu'il l'est bien davantage que le CSA veut bien le laisser entendre. C'est l'exemple québécois. Le Québec interdit la publicité télévisée aux enfants de moins de treize ans. C'est sur tous produits. C'est une question de commercialisation de l'enfance, cela va au-delà de la question de l'obésité. Les industriels en général et notamment l'industrie de la publicité ont cherché faire annuler devant les tribunaux québécois cette législation et l'affaire est remontée – il y a une erreur sur ma diapo et je vous prie de m'en excuser – devant la Cour suprême du Canada, c'est allé jusque-là. Le débat est très intéressant, pour voir un peu des débats que l'on retrouve dans tous les pays et notamment en France, l'argument principal que les industriels font valoir est la

protection de la liberté commerciale. L'idée est qu'ils ont des produits qu'ils ont mis librement sur le marché. Ces produits ne sont pas dangereux au sens de la législation et donc ils devraient pouvoir les commercialiser. Le contre-argument est la protection de l'enfant et l'intérêt supérieur de l'enfant, que nous retrouvons dans la convention de New York sur les droits de l'enfant. Et la question que les juristes adorent, est la question de la proportionnalité. Il y a des façons de mettre en balance différents éléments, des tests qui sont développés par les tribunaux ; ce que la cour du Canada nous dit est que la mesure est proportionnée, une interdiction était justifiée.

En ce qui concerne l'évaluation, nous avons une évaluation récente. Il y en avait une autre en 2007, par des collègues, Kate Bayliss notamment, qui ont évalué que l'interdiction au Québec par rapport au reste du Canada, avait permis une réduction de 11 % dans la probabilité d'acheter des produits *fast food* et une réduction de 88 millions de dollars par an de la consommation des produits *fast food*. Là aussi, est-ce que l'exemple n'est pas probant ? On peut en parler mais une diminution de 11 % n'est quand même pas négligeable, me semble-t-il.

En conclusion, quel est l'environnement qui est encore plus international ? Que nous dit l'OMS ? Je reviens de six mois à l'OMS où j'ai beaucoup travaillé. Je suis notamment co-auteur de ce deuxième document. L'OMS a développé des recommandations sur le marketing alimentaire aux enfants. Ces recommandations ont été adoptées à l'unanimité des pays, 193 pays en mai 2010. Ce qui me choque dans ce débat français est que l'on ne parle absolument pas des recommandations de l'OMS. Je suis désolée de dire que je pense que c'est le cocorico français. On peut s'en douter quand on est dans le pays mais quand on voit les choses de l'extérieur, il y a une autosuffisance française de toute façon qui fait qu'il faut regarder un peu ce qui se passe ailleurs, parce que l'on n'a qu'à y gagner. Je ne parle pas seulement de cet élément, je parle aussi des universités et de bien d'autres choses. Parenthèse fermée. L'objectif de ces recommandations est de diminuer la pression commerciale qui pèse sur les enfants, et le faire de deux façons. Réduire l'exposition dont je vous parlais tout à l'heure : combien les enfants voient-ils de publicités, par jour, par semaine, etc. Et la force des messages commerciaux et ceci, dans tous les médias. On ne parle même plus que de la télévision, de l'internet et de la télévision de rattrapage, on parle de beaucoup plus de médias. Il est important de voir que l'OMS insiste – et cela c'est du *evidence based* comme on le disait, c'est fondé sur des données factuelles et des études qui ont été faites pendant des années – sur le fait que les gouvernements doivent adopter des définitions claires et les gouvernements doivent agir en protégeant l'intérêt public et en évitant les conflits d'intérêt. L'approche de la charte est-elle suffisante ? La charte est insuffisante dans son contenu, elle ne couvre pas suffisamment de médias, elle ne couvre pas tous les annonceurs, elle ne couvre pas certaines techniques de persuasion qui ont pourtant prouvé leurs effets et surtout, elle ne prend absolument pas en compte les conflits d'intérêt.

Pour revenir, et cela sera une forme de conclusion, au débat qu'il y avait tout à l'heure sur la façon d'agir en partenariat avec l'industrie, peut-être que pour la reformulation et que dans beaucoup de domaines, il faut qu'il y ait un partenariat avec l'industrie, je ferai valoir que quand il s'agit de la réglementation de la publicité, l'industrie peut reformuler ses produits de façon à faire valoir des produits sains. Là, c'est le rôle de l'industrie. Si vraiment ils veulent faire de la pub pour leur nourriture, qu'ils le fassent mais à ce moment-là, il faut se conformer à ce qui devrait être à mon sens un cadre législatif. Et finalement une absence que j'ai notée tout à l'heure dans les débats du CSA et dans le débat français en général, est que l'on parle très peu de toutes les études qui ont pu être faites dans le monde sur le lien entre publicité et obésité. Il y en a quelques-unes qui ont été faites en France, notamment par Marie-Laure Frelut, mais il y en a dans l'ensemble assez peu. Et si l'on veut vraiment convaincre, il faut faire en sorte qu'il y en ait davantage. Finalement, c'est aussi l'absence dans le débat des droits fondamentaux, et là, j'ai mis une citation d'Olivier De Schutter, qui est le rapporteur spécial aux Nations Unies sur le droit à l'alimentation, qui dit : « Il est établi que le marketing alimentaire influence fortement les

enfants et il doit être réglementé. » Pas d'autorégulation ici, on parle de réglementer de manière stricte afin d'éviter les mauvaises habitudes alimentaires dans les premières années de la vie. En 2011, il était l'un des premiers à vraiment avoir associé le droit à l'alimentation adéquate et les droits fondamentaux. Nous avons maintenant de plus en plus d'instances des Nations Unies qui prennent cette voie-là : le comité sur les droits de l'enfant en 2013 et le Haut-commissariat aux droits de l'Homme des Nations Unies, aussi en 2013.

Que conclure ? Je ne peux me réjouir de l'adoption de cette deuxième charte alimentaire et j'appelle de tous les vœux la renaissance du débat sur la réglementation de la publicité alimentaire aux enfants. Ce que je souhaiterais tout particulièrement voir de mon île britannique, c'est que les sociétés savantes, les associations de consommateurs, les autres acteurs de la société civile et bien sûr les parlementaires, reprennent un peu le débat en main. Il y avait vraiment un vrai débat quand l'UFGC Que Choisir et les sociétés savantes s'étaient mobilisées en 2008 et l'UFC Que Choisir avait commencé même bien avant avec les débats autour de la loi de santé publique de 2004. La charte n'est pas une finalité. Il ne faut surtout pas la voir comme cela. Rien n'empêche qu'une loi, et pourquoi pas une loi de santé publique de 2014, la rende caduque et la remplace par des dispositions qui seront beaucoup plus en phase avec ce que nous connaissons du lien entre publicité et obésité. Le plan d'action de l'OMS sur les maladies non transmissibles de 2013-2020, qui est lui aussi complètement absent de tout document du CSA ou de tout document relatif à cette charte, fait des appels répétés au moins à cinq reprises, pour que les états membres signataires du plan mettent en œuvre les recommandations de l'OMS. Je vous remercie.

(applaudissements)

Dr Jean-Michel LECERF

Merci beaucoup Madame, pour cet exposé passionné, passionnant aussi. Une question à gauche et l'on n'aura pas beaucoup de temps malheureusement. Allez-y.

Anne-Sophie JOLY

Bonjour, je suis Anne-Sophie JOLY. Je suis la présidente de 40 associations en France, Collectif national des associations d'obèses. Je voulais juste ajouter que j'étais cosignataire de cette charte au CSA, que nous y avons travaillé pendant six mois, que les discussions étaient très âpres. Effectivement, le problème sur ce qu'il fallait mettre dedans ou ne pas mettre dedans a été plutôt stoppé par le ministère de la santé, que par autre chose. Et là effectivement, le plan obésité qui s'est terminé et qui était une volonté de Monsieur SARKOZY, dont l'association avait été nommée – j'ai fait partie de la commission Anne de Danne – qui a donné lieu à ce plan, et il est terminé depuis juin. Nous attendons la suite du plan obésité. Nous n'avons pas de réponse de Madame Touraine, comme nous n'avons pas de réponse de Monsieur HOLLANDE. Si effectivement, on veut travailler tous ensemble et être productif, cette charte qui a vos yeux est *peanuts*, je suis désolée : aux yeux des associations, chose que vous n'avez pas dite, c'est qu'en 2009, les chaînes télé, c'était effectivement un *marchandising* entre les publicités et plus de 470 heures de diffusion d'émissions à thématique, à orientation et à développement sur le grand public. A ce jour, on en est toujours à des négociations entre la publicité et plus de 950 heures par chaîne par an. Ça, vous ne l'avez pas dit.

Ce que vous ne dites pas non plus, c'est que l'on travaille sur la non discrimination, on travaille sur la production, sur le plaisir : ce sont des choses dont le grand public a besoin. Et tout à l'heure, on le disait très clairement : on ne pourra passer que par le plaisir, même si à vos yeux, ce n'est pas grand-chose et ça, je l'entends. Aux yeux du grand public, on avance parce que les associations travaillent sans aucun paiement. On travaille gracieusement et on travaille parce qu'effectivement, on est là présent aujourd'hui, on est là présent sur des réunions, on est là présent parce qu'il y a des gens qui essaient de nous

écouter. Cette réunion, qui était faite le 21, je l'ai relayée auprès de MOS TV et du CNAO.TV, auprès de tous les professionnels de santé. On ne pourra travailler qu'en connaissant les autres, qu'en connaissant leur problématique et qu'en acceptant de faire tomber les *egos* de chacun, dans un seul et unique intérêt du grand public.

(applaudissements)

Dr Jean-Michel LECERF

Je crois que c'est Madame qui doit répondre d'abord. Après vous donnerez une petite réponse. Le débat est passionnant, mais on a encore Denis JACQUAT qui est député, qui doit intervenir, donc je pense que cela sera difficile.

De la salle

Cette notion de plaisir, on peut l'avoir aussi en mangeant sainement. c'est justement cette éducation qu'il faut donner.

Dr Jean-Michel LECERF

Bien sûr. Madame Garde.

Amandine GARDE

Enormément de choses à ce que vous venez de dire. Merci. Je vais essayer de prendre quelques points qui me paraissent particulièrement importants et auxquels j'aurai une réponse à donner.

Oui, votre association est signataire, j'aurai dû le signaler. C'est d'ailleurs l'une des rares associations signataires de cette charte. Toutefois, cela ne change pas l'argument que nous n'avons pas le même engouement pour ces questions dans le débat public et que quand la première charte a été signée pour 2009-2014, elle a énormément mis en sourdine tous ces débats. Ça, je le regrette. La charte a peut-être fait de bonnes choses, notamment en matière de prévention. La question n'est pas seulement de savoir si elle a fait de bonnes choses, peut-être. J'ai dit dès le début que je ne parlais pas du volet prévention, que je ne parlais que du volet publicité et réglementation des techniques marketing qui sont susceptibles et qui nuisent aux enfants. Ce sont deux choses différentes. Je n'en ai pas parlé, cela ne veut pas dire que je n'ai pas de point de vue là-dessus non plus.

La charte n'est pas forcément *peanuts*, mais la charte, dans son volet publicité, est très faible. Il suffit de lire n'importe quelle recommandation de l'OMS ou autre pour le savoir. Le débat est polarisé, on le sait très bien et d'ailleurs, notre échange le montre. Mais cela ne veut pas dire que d'une part, il n'y aurait pas de plaisir si jamais on réglementait la publicité. Nous ne parlons pas d'interdiction d'aliment. Les aliments seront toujours sur le marché. Nous parlons de supprimer l'incitation que les enfants ont à consommer de tels produits et cette incitation est établie. Donc ce sont deux choses différentes. Je ne suis certainement pas contre l'idée du plaisir gustatif. Je pense que la réglementation n'empêchera en rien ce plaisir. Peut-être justement que l'on retrouvera certains plaisirs en aidant à régler certains disfonctionnements alimentaires qui ont été identifiés dans la société française et dans bien d'autres pays.

C'est l'essentiel de ce que j'ai à dire.

Dr Jean-Michel LECERF

Merci. Je crois que l'on pourrait poursuivre le débat longtemps et on le fera sans doute autour d'un repas partagé.

Je donne la parole à Denis Jacquat qui est député UMP de Moselle, co-auteur d'un rapport parlementaire sur l'évaluation des politiques publiques, de lutte contre le tabagisme et qui va nous dire son expérience et son point de vue. Merci Monsieur Jacquat.

Denis JACQUAT

Merci Monsieur le Président. Comme on vient de me demander de terminer pour 13 heures, cela va être un peu difficile donc je vais être extrêmement…

Dr Jean-Michel LECERF

Vous avez le temps qui vous était imparti.

Denis JACQUAT

Je me méfie quand même, je suis ORL de profession et je sais que ventre affamé n'a pas d'oreille. Je ferai quand même très attention. Simplement pour vous dire que j'ai trouvé excellent le titre qui était proposé pour cette table ronde, qui était « des exemples de politique de santé internationale, innovante et efficiente dont la France pourrait s'inspirer ». M'occupant de santé publique, intéressé par ces sujets depuis de très nombreuses années, auteur avec le Professeur Touraine d'un rapport sur le tabac, je dirai que la première chose à faire dans notre pays, c'est d'abord d'appliquer les lois qui existent. On a eu deux excellentes lois : d'une part, celle de Claude Evin en son temps, à laquelle j'ai participé et d'autre part, les textes et décrets de la réglementation de Xavier Bertrand sur le tabagisme passif, il n'y a pas très longtemps. Et quand je vais à la gare de l'est, que je rentre en Moselle, je vois sur le quai de la gare tout le monde qui fume : il y a des affiches et des annonces sont faites, ça fume. Et s'il y a un arrêt du train en cours de route, il y a des gens qui descendent pour fumer. Il y a des agents SNCF à côté qui ne disent rien. Et le pire – et je l'ai déjà dit x fois à la SNCF – ce sont des agents en tenue de la SNCF qui fument sur les quais ou dans la gare.

On le disait tout à l'heure, l'intervenant finlandais l'a dit avec beaucoup de tact : à ce sujet-là, en tant que fonctionnaire international. Mais en France, c'est terrible, on a de bonnes lois : il faut les appliquer. La loi Evin était une bonne loi, il y avait de la prévention. Il faut à tout prix que l'on applique ces lois. Il en est de même concernant les textes de Xavier Bertrand en son temps, sur le tabagisme passif. C'était quelque chose de très bien. Ce n'est pas mal appliqué, d'une façon générale, mais rien n'est pire, et vous le voyez plus particulièrement à Paris, ces terrasses qui sont totalement fermées – je dis bien totalement fermées – dans lesquelles les gens fument tranquillement. Quand de temps en temps vous faites la remarque polie, parce qu'il faut être correct dans la vie, en disant : « La loi est appliquée. », vous avez une réponse totalement indifférente. Ce qui est grave, c'est que devant cette indifférence, je constate que vous avez de plus en plus de terrasses fermées, où l'on voit des gens qui fument. Il y en avait moins il y a un certain temps. Je dirai qu'avant de s'inspirer de l'étranger, appliquons nos excellents textes, nos excellentes lois dans notre pays, cela ne coûte pas cher et c'est bon pour tout le monde.

Pour la France tout d'abord, on aspire depuis des années à une grande loi de santé publique. Il y en a eu mais une vraie loi de santé publique. Aux gouvernements de gauche comme gouvernements de droite – je suis UMP – je rouspète depuis des années. Et dans le cadre de la sécurité sociale, des commissions, je demande une grande loi de santé publique qui nous était promise pour 2013, qui doit venir pour 2014. Je crois que là, on sent que cela va arriver. Cette loi, je crois que je vais l'appeler désirée depuis le temps qu'on la souhaite. Je souhaite ardemment que l'on mette fin dans notre pays et ici même dans cette maison, à cette politique de santé publique que l'on a et que je trouve totalement aberrante. En fait, la santé publique est une machine à taxation : on a besoin d'argent et l'on se dit que l'on va se donner bonne conscience, on va taxer un peu le tabac, on va taxer l'alcool. Maintenant, il y a la mode sur les produits agro-alimentaires. On est parti sur les boissons énergisantes. Gérard vient de partir à l'instant, ce que je dis là, je l'ai déjà dit en séance publique. Et cela, je ne le supporte pas, parce que même un amendement est présenté, comme celui sur les boissons énergisantes. Puis on va vous dire qu'il y a trop de caféine et de taurine, un jour, et puis le lendemain, il faut modifier l'amendement parce qu'on n'a plus besoin de la taurine, on n'en parle plus, il n'y a plus que la caféine. Sur la bière, c'est encore pire : c'est en fonction du tonnage produit par la

brasserie. Ça change d'une discussion à l'autre, des navettes entre nous, députés, mais surtout des navettes du rapporteur avec le ministère des finances ou le ministère de la santé. Et ceci est insupportable car si l'on veut une véritable politique de santé avec un volet prévention, il faut que l'on soit constant, il faut de la lisibilité, il faut de la visibilité. Et l'on ne peut pas faire du ponctuel sans arrêt où l'on revient en arrière. Quand vous ajoutez cela à ce que je vous ai dit précédemment, il faut appliquer les lois existantes, on a un progrès énorme à effectuer.

Ce progrès, vous le sentez quand même dans notre pays avant de parler un tout petit peu de l'étranger, concernant l'éducation thérapeutique du patient. Moi-même, j'ai fait un rapport il y a deux ans sur l'éducation thérapeutique du patient : d'une façon générale, c'était du chinois ou de l'hébreu pour les gens qui ne savaient pas ce que cela voulait dire. Il y avait des expériences suisses ou belges qui étaient excellentes à ce sujet-là et on a pu préciser, suite à la loi de Madame Bachelot, l'efficacité de l'éducation thérapeutique du patient, dire que cela marchait sans résonner ce problème économique parce qu'il y a des conséquences positives du point de vue économique. Mais c'était admettre le principe que pour des patients présentant des pathologies chroniques, il y avait moins de poussées aigües donc c'était bon pour les patients et indirectement, c'était bon pour la sécurité sociale en général.

Pour en revenir à ce que vous m'indiquiez, je vais vous parler un peu plus particulièrement du tabac. Vous m'avez demandé de dire quels sont les éléments de comparaison internationale disponibles. C'était sur deux diapositives. On peut dire que les grandes synthèses sont l'augmentation des prix, l'interdiction de fumer dans les lieux publics et l'interdiction de publicité, prix et fiscalité et prévalence. Je vais être très bref pour rester dans le temps.

Augmentation des prix : tout le monde l'a fait. Tous les pays l'ont fait. Vous pouvez donner la liste des pays, c'est celle d'après. Vous avez la liste des pays, européens d'une part et d'autre part, d'autres pays qui ont une politique de laquelle on peut s'inspirer. Augmentation des prix, tout le monde l'a fait et le *recordman* est l'Irlande, d'une façon générale, et d'autre part, vous avez aussi des pays comme le Luxembourg où le tabac n'est pas cher d'une façon générale, qui a augmenté ses prix. Mais on ne peut pas inclure le Luxembourg dans toutes les études car beaucoup d'achats de cigarettes au Luxembourg sont faits par des gens vivant en France, en Allemagne ou en Belgique. Dans ces pays, il y a *grosso modo* une consommation mensuelle de dix cartouches d'une façon générale, mais en fait, ceux qui achètent sont peu ou pas consommateurs, ils achètent pour leurs voisins ou leurs amis.

Concernant l'interdiction de fumer dans les lieux publics, tous les pays d'une façon générale interdisent de plus en plus de fumer dans les lieux publics. On peut noter que certains pays – je ne vais pas entrer dans le détail de chaque pays – par exemple aux Pays-Bas, ne veulent plus que l'on fume dans des lieux publics qui ont été financés par de l'argent public. C'set une façon d'aborder le problème. Concernant les lieux publics, il y a de plus en plus des endroits réservés pour les gens qui souhaitent encore fumer. Je suis déjà allé voir – je ne suis pas fumeur de nature – mais je dis toujours que ce sont quand même de véritable chambre à gaz, quand vous allez à l'intérieur, même si les extracteurs fonctionnent très bien. Sur cette interdiction, elle est bien entendu mieux appliquée et il y a plus de discipline dans les pays étrangers que dans notre pays.

Concernant l'interdiction de publicité, c'est exactement la même chose. Dans tous les pays, il y a une réduction extrêmement importante de la publicité. Le grand débat est la publicité sur le conscient des personnes et en particulier des jeunes : on dit que la publicité en France, dans un bureau de tabac qui très souvent fait 20 mètres carrés, induit l'acheteur, je me pose beaucoup de questions. Y a-t-il beaucoup d'acheteurs qui rentrent dans un bureau de tabac, qui veulent acheter pour la première fois des cigarettes et qui sont influencés par la publicité qu'ils rencontrent ? Tous les matins, je vais acheter mes journaux. En Moselle, on n'a pas des cafés-tabacs, ce ne sont que des tabacs presse. J'avoue que je n'arrive pas, et même en rythme, le temps d'acheter dans un bureau de

tabac, entre les journaux ou les produits de la Française des jeux, les gens restent très peu de temps et je n'en ai jamais vu qui regardaient les différentes publicités. En France, il y a beaucoup de gens qui insistent sur ce problème de la publicité. J'avoue que personnellement, j'ai quelques doutes. Mais cela a été dit tout à l'heure par notre collègue finlandais, je crois qu'il faut éviter de dire : « Ça, c'est bon ; ça, ce n'est pas bon. » parce que je ne crois pas du tout à la prohibition. Par contre, c'est en partenariat, en discutant que l'on peut arriver à des résultats. Je ferai une comparaison : il y a quelques années, j'ai fait ici-même une étude sur les problèmes de l'alcoolisme du samedi soir chez les jeunes, nous avons abouti à d'importants progrès en discutant avec l'union des brasseurs de France, en particulier sur le problème des bières fortes. Elles viennent de l'étranger, il y a de l'importation, il y a la libre circulation, mais au niveau national, on a eu un résultat extrêmement positif sur ce point.

Concernant le prix et la fiscalité, on a parlé de l'augmentation des prix tout à l'heure. C'est valable dans tous les pays, on l'a noté en France : s'il y a une augmentation importante en une seule fois, il y a une diminution des consommations. C'est évident. Si c'est échelonné, cela ne sert à rien du tout. Il faut bien se mettre cela dans la tête. Mais une augmentation de prix seule n'aboutit pas, il faut parallèlement, en appuyant sur les différents paramètres dont je vous ai parlé tout à l'heure, agir en même temps. Parce que si l'on ne fait que des actions, ce n'est pas efficace. Concernant les prix et la fiscalité, il y a toujours le problème d'une part de la contrebande existante ou des achats à l'étranger. On parlait du Luxembourg, mais c'est valable pour la Belgique, l'Allemagne plus particulièrement. Il y a aussi tout ce qui est achat de contrebande, avec parfois des produits illicites à l'intérieur. Un jour, j'ai dit dans un colloque : « Vous vous rendez compte qu'ils peuvent fumer du foin. » et quelqu'un m'a répondu : « Mieux vaut du foin que du tabac. » J'ai bien compris tout de suite. Je siège au Conseil de l'Europe et dans des études que j'ai vues, que dans certains pays on a retrouvé dans ce foin, comme je l'ai appelé de façon générale, de l'arsenic et des produits extrêmement dangereux à l'intérieur. En fait, il y a n'importe quoi.

Faisons tout de même très attention : avec une augmentation de prix d'un côté, il peut y avoir de plus en plus de produits illicites. Quand je suis allé à Barbès ici à paris, pour voir, quand vous voyez la vente au détail, une ou deux cigarettes, dans des conditions extrêmement particulières, avec la police qui passe à côté sans dire un mot, vous vous posez des questions sur la qualité de ce qui est contenu dans la cigarette. Il y a un problème de santé, un problème de prévalence sir les résultats. Ce que l'on peut dire d'une façon générale, même si les politiques sont parfois chaotiques, c'est qu'il y a quand même une diminution extrêmement importante du nombre de fumeurs dans notre pays. Le problème qui existe surtout est celui du tabagisme chez les jeunes. Mais n'oublions pas qu'il y a une espèce de polytoxicomanie parce que cela commence très souvent par du tabac et c'est mélangé avec d'autres produits licites ou non. Il y a là le problème de l'habitude de fumer, d'une façon générale, quel que soit le produit. Il ne faut pas se cacher derrière son petit doigt.

Pour conclure – et j'aurai ainsi terminé pour 13 heures comme vous me l'avez demandé – d'une part, ce qui a été dit par les intervenants précédents était extrêmement intéressant. Madame Hartmann disait bien que les transpositions étaient difficiles : c'est vrai parce que les mentalités sont difficiles, mais je pars toujours du principe – et Bernadette est là, entre autres députés – le problème des députés est d'aller pomper des idées dans les autres pays. Est-ce bon ou pas et est-ce que l'on peut l'appliquer en France ? C'est cela qu'il faut faire. Deuxièmement, le collègue finlandais parlait de l'esprit français : c'est ce qui est le plus terrible parce que l'on nous demande de faire des textes, on vote des textes et après on se fait engueuler. On nous dit : « Ce n'est pas bon, ce n'est pas cela. » ou « Cela ne s'applique pas à telle catégorie de population. » C'est terrible ! J'ai une formation médicale, je ne pensais jamais devenir député, je le suis devenu. Le premier jour, je pensais que j'étais comme Zorro et que j'allais changer la France, en fonction de ce que je savais. Et je me suis aperçu qu'il fallait parfois quatre ou cinq années pour changer une virgule dans un texte. Il faut bien se le dire.

Pour terminer, Madame Garde le disait et là, j'ai quand même une certaine habitude de la commission des affaires sociales : concernant les études, l'OMS, l'OCDE, mais l'OMS plus particulièrement, je vois ici dans la commission des affaires sociales que la compétence sanitaire, on n'en parle jamais. A l'OCDE et au Conseil de l'Europe, il n'y a aucun problème, on en a parlé énormément. A l'OMS, un tout petit peu. Mais ici, en France, à Paris, dans cette maison où vous vous situez, ce n'est pas une référence. Tout ce que dirait, est que c'est le ministère, quel que soit le parti politique, qui envoie de la documentation. On se renseigne auprès d'eux et j'ai été admiratif de voir vos critiques concernant le CSA – je n'ai rien contre le CSA – mais j'ai retrouvé dans la façon dont cela se passe, dans les messages que vous avez passé, il n'y a rien d'étonnant.

(applaudissements)

Dr Jean-Michel LECERF

Merci beaucoup, Monsieur Jacquat. On peut lui poser une question. On lui posera des questions au cours du repas.

Carole AVRIL

Excusez-moi, j'avais juste une petite intervention, pour dire que le diabète, on en a parlé, c'est aussi l'un des thèmes de la journée dans les maladies métaboliques. Je suis carole AVRIL de la fédération française des diabétiques. Je voulais quand même vous signaler que la fédération se mobilise pour que le diabète devienne grande cause nationale en 2014. Il y a une pétition et je vous encourage vraiment à la signer. La ministre a bien signalé le 14 novembre que le diabète était au cœur de la stratégie nationale de santé. On y croit. C'est une pathologie chronique en pleine évolution, qui coûte cher. On en a parlé et je crois que nous avons tous à nous mobiliser. Je vous remercie de signer la pétition sur notre site afd.asso.fr. Merci beaucoup.

Dr Jean-Michel LECERF

Très bien, merci. Petite information, juste avant que vous ne vous leviez : on a un buffet qui nous est offert et j'ai des remerciements à formuler auprès de l'école Ferrandi qui nous offre ce buffet, notamment Bruno de Monte son directeur, mais également celui qui est l'artisan de ce buffet, Eric Robert, meilleur chef ouvrier de France, et la fondation Simply. On va prendre le temps de ce repas. On se retrouvera après une bonne heure à partager ensemble, surtout qu'il y a sept minutes de marche : c'est une application directe de tout ce que l'on a dit depuis ce matin. Vous suivez le plan que vous avez et l'on se retrouve ici un peu après 14 h 30. Merci.

TABLE RONDE N°3 - La future loi de santé publique : l'opportunité d'impulser une nouvelle politique, plus volontariste pour la prévention santé ? Des exemples positifs et concrets pour promouvoir la santé en France

Participaient à cette table ronde :

Gérard BAPT

Dr Dominique BONTE

Yves BUR

Jean-Pierre DOOR

Pr Martine DUCLOS

Dr Thanh LE LUONG

Dr Jean-Michel LECERF

Bienvenue à ceux qui nous rejoignent. Quelques-uns, que je salue, n'étaient pas là ce matin. D'autres ont dû nous quitter malheureusement. Ce sont les meilleurs qui restent, bien entendu.

J'espère que vous avez eu le temps de manger, de marcher, d'échanger. Tout est toujours trop court quand c'est bien. J'espère donc que c'était trop court.

Ce matin, nous avons eu deux temps tout à fait intéressants. Le premier était une mise à plat, avec notamment tout le problème de la diversité des situations et l'importance de la dimension économique et des inégalités sociales. Nous avons également évoqué le problème des messages qui n'étaient pas toujours efficaces dans le sens où on s'y attendait.

Ensuite, nous avons eu un deuxième temps durant lequel nous avons abordé les politiques, avec le regard des économistes, avec le regard des expériences « autres », la Finlande en particulier, et aussi un point de vue sur la publicité, et enfin un point de vue politique avec Monsieur Denis Jacquat.

Cet après-midi, nous allons reprendre sous l'impulsion de tout ce que nous avons évoqué. Quelle opportunité pour de nouvelles politiques plus volontaristes en matière de prévention santé ? Pour cela, nous avons fait appel à des gens qui ont une expertise connue, reconnue, dans le champ de la prévention, afin de nous faire avancer vers des propositions concrètes à partir de ce qui existe, car on ne part jamais de zéro.

Je crois qu'en matière de prévention, nous n'avons pas tellement à rougir de notre situation, même si nous sommes parfois trop contents de nous, de ce qui existe. Nous allons essayer de partir de ce qui existe.

Je vais commencer par donner la parole au Docteur Dominique Bonte, qui est une collègue et amie. Elle est Directrice du centre d'examen de santé et de prévention pour la santé à l'Institut Pasteur de Lille. Elle va nous faire part de sa grande expérience, depuis une trentaine d'années à l'Institut Pasteur de Lille, où elle a vu et fait évoluer les bilans de santé.

Merci, Dominique, de votre témoignage.

Dr Dominique BONTE

Merci, Jean-Michel, de m'avoir invitée. Je suis très contente d'être parmi vous aujourd'hui. Si le cœur affamé n'a pas d'oreilles, en post-prandiale, ce n'est pas terrible non plus.

Je représente ici le Centre de prévention et d'éducation pour la santé de l'Institut Pasteur de Lille. C'est une branche de la santé publique développée à l'Institut Pasteur de Lille, où il y a deux pôles d'activité. Il y a un pôle vaccination, conseil médical aux voyageurs, et un pôle santé. Dans ce pôle santé, deux tiers de l'activité sont réservés pour les activités des centres d'examen de santé des CPAM. Quand on pense examen de santé de CPAM, on pense dépistage, etc., mais cela a énormément évolué depuis des années, vous allez pouvoir vous en rendre compte.

En fin de compte, il y a un titre qui est : créer une dynamique de prévention à partir d'un centre d'examen de santé. Ce matin, nous avons beaucoup parlé de stratégie, de programmes, de définitions, d'actions, de recommandations, de solutions, etc., mais nous avons aussi parlé, un peu, d'individus, de plaisir, de projets, d'éducation, de promotion, etc.

Cet après-midi, nous sommes vraiment au carrefour entre ces deux pôles, d'une part les décideurs, qui doivent faire des lois, des programmes, et d'autre part l'individu. En fait, on voit que d'un côté, comme le disait Paul Ricœur, il est toujours intéressant de s'interroger sur le sens de ce qu'on fait. Peut-on dire qu'une loi change les comportements ? Peut-on dire qu'une action éducative change les comportements ? Peut-on dire que le soignant, là où il est planté, dans son institution, change les comportements d'une personne ? Non, bien sûr. C'est la coordination de tout ça qui fait qu'à un moment donné, on trouve un terrain d'entente, on trouve un terrain commun où on peut s'entendre et progresser.

Ma pratique de trente ans, merci, Jean-Michel, de l'avoir rappelé, a bien montré ça. En fin de compte, c'est de la symbiose que naît l'action, et certainement pas en restant dans son secteur. S'ouvrir aux autres. C'est un peu l'histoire de l'amibe qui se clonait. Quand elle s'est diversifiée, la vie est née. Les êtres qui étaient le plus en capacité de se mettre en symbiose ont résisté. Je pense que pour les structures de prévention, c'est exactement la même chose. J'ai le sentiment que si on veut aller vers une politique de santé publique efficace, il faudrait pouvoir évaluer la capacité de symbiose des structures et l'impact sur la population quand on travaille ensemble.

Qu'est-ce qu'un centre d'examen de santé ? Vous savez qu'il y en a beaucoup en France. C'est un dispositif sur lequel on peut s'appuyer de plus en plus. En 1945, le centre d'examen de santé avait été créé, et tous les cinq ans, tous les assurés sociaux pouvaient bénéficier d'un bilan de santé. A partir de 1992, on a ciblé un peu sur des populations, ceux qui n'ont pas de médecine du travail, ceux qui n'ont pas de médecine scolaire, etc.

Vous allez voir que maintenant, cela a énormément changé, parce qu'on fait vraiment une approche centrée sur l'individu, et c'est quelque chose qui est capital.

Vous savez que les objectifs des centres d'examen de santé sont définis par la convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et l'Assurance maladie. Il y en a une qui va se terminer maintenant, et il y en a une nouvelle qui va arriver. Ca rentre tout à fait dans les objectifs de l'Assurance maladie. Le premier, c'est réduire les inégalités de santé. Ce n'est pas faire un service pour les pauvres, pas du tout, c'est donner accès à tous à un service de droits pour tous. C'est très important.

Le second, c'est d'aider les assurés à être acteurs de leur santé. On est encore dans la politique, dans les mots.

Opérationnellement, qu'est-ce que cela veut dire ? Cela veut dire que pour décliner tout ça, il va falloir cibler un peu les invitations des personnes pour les inviter à venir passer un bilan de santé, ou en tout cas à prendre en charge leur santé. Il va falloir aussi

associer une information sur l'accès aux soins, parce que beaucoup de personnes ignorent, au fond, leurs droits. Même quand ils savent quels sont leurs droits, ils ne savent pas comment y accéder. Il faut lever les peurs, les freins, etc.

Diversifier l'activité en offre de services au médecin traitant, c'est-à-dire faire des approches collectives d'éducation santé et d'éducation thérapeutique. C'est un peu ce qu'on a vu ce matin. Le généraliste a un rôle fondamental en éducation auprès de son patient, mais c'est une approche individuelle. Il est important d'avoir aussi des approches collectives, où les gens peuvent échanger entre eux sur leurs représentations, leurs freins, se situer par rapport aux autres, etc.

C'est aussi l'une des choses très importantes qui se développent dans les centres d'examen de santé.

Et puis, participer à des études nationales. C'est quelque chose qui est assez capital, vous allez le voir ensuite.

Tout ça, à budget constant. Cela veut dire qu'il faut que l'on augmente notre efficience, notre créativité, il faut que nous soyons astucieux. Mais il y a beaucoup d'astuces. Quand on se met ensemble, en général, des solutions que l'on ne pouvait pas imaginer naissent. Je crois qu'il est important de le comprendre.

Je ne sais pas si vous connaissez le score EPICES. C'est l'évaluation du score de la précarité et de l'inégalité de santé dans les centres d'examen de santé. Une étude a été faite. Vous voyez, ce sont des questions qui n'ont pas du tout l'air médicales. Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? Avez-vous une Assurance maladie complémentaire ? Vivez-vous en couple ? L'isolement est une notion très importante par rapport à la santé. Etes-vous propriétaire de votre logement ? Avez-vous fait du sport ? Etes-vous allé au cinéma ? Il y a onze questions qui sont pondérées. On voit que lorsqu'on a plus de trente à ce score, les indicateurs de santé prennent une tangente très importante vers le côté défavorable. C'est-à-dire que les personnes fument plus, ne se sentent pas bien, consomment plus de médicaments, ont plus de diabète, sont plus grosses pour les femmes, pas forcément pour les hommes, etc.

Dans les centres d'examen de santé, nous essayons d'accueillir les personnes les plus sensibles. On voit bien que là, on fait appel à des facteurs psychosociaux, et pas simplement à des facteurs de santé ou de ressources. On peut très bien être vulnérable, même si on a des ressources financières.

Je vais vous donner quelques petites choses de ce qui s'est passé à Lille par rapport à ça. A Lille, nous accueillons environ 15 000 personnes par an pour faire des examens de santé. Pour ouvrir cette prestation à une très large population, nous avons dû entrer en relation avec tout l'écosystème médicosocial sur le territoire, et aussi avec beaucoup de partenaires associatifs. C'est quelque chose qui est extrêmement important. La médecine du travail, par exemple. La médecine du travail exerçait son exercice dans le cadre de la médecine du travail, mais avait besoin de supports sur certaines choses. Nous avons donc pu aller à leurs devants, et surtout orienter des travailleurs dits pauvres vers les examens de santé où maintenant ils peuvent bénéficier d'un diagnostic de prévention santé.

Des structures d'hébergement social, des établissements scolaires et universitaires, on voit qu'on a des partenariats très forts. Mission locale, centre de formation, etc. Cela veut dire que l'on doit tisser, au niveau de la région, une espèce de canevas avec les compétences de chacun, au service de la personne, la personne étant au centre des préoccupations avec ce qu'elle est, et pas forcément ce que nous pensons nous et ce que nous pensons d'elle. Cela paraît assez capital.

Par rapport au score EPICES, en 2008, nous avons accueilli environ 30 % de personnes qui étaient en situation de vulnérabilité. Maintenant, nous sommes environ à 50 % de personnes plus fragiles, et 50 % autres. C'est bien, c'est un service pour tous de droit, où on est tous écouté de la même façon. C'est assez intéressant.

Il y a une observation qui a été faite, qui est parue en 2011. On a vu qu'à six mois, dans les populations en situation de vulnérabilité, 80 % avaient consulté leur médecin, 56 % avaient mis à jour leurs vaccinations, 45 % avaient réalisé des soins dentaires, et en un an, 82 % étaient allés voir leur médecin, si on le leur avait conseillé, bien évidemment.

Forts de ça, que faisons-nous quand nous faisons un bilan de santé ? On voit bien que dans le temps, on faisait du somatique. On faisait une prise de sang pour voir s'il y avait du cholestérol, etc. Ça, on connaît, la glycémie, le cœur, l'électrocardiogramme, etc. On voit bien que maintenant, toute cette approche somatique n'est pas la seule approche qui existe au niveau des centres d'examen de santé. C'est capital.

Il y a aussi un diagnostic d'ordre social, qui n'est pas simplement basé sur les revenus. Il y a un diagnostic d'ordre comportemental, c'est-à-dire que les gens sont interrogés sur leur comportement par rapport à l'alimentation, le tabac, le sport, etc. Ils bénéficient de conseils minimaux. Il y a un diagnostic environnemental également, santé mentale, nous en avons parlé ce matin. Nous voyons que dans toutes les préoccupations de ce matin, nous avons réussi à conjuguer un peu tous ces besoins de la population, parce qu'on ne peut pas prendre en compte un seul facteur, il faut essayer de les prendre tous ensemble. C'est la personne qui priorise. Il faut la mettre en position de prioriser par quel facteur elle veut commencer, et les moyens qu'elle veut se donner, et l'informer là-dessus. Ça, c'est assez important.

Et puis, très important aussi, son état motivationnel. C'est-à-dire : est-ce qu'elle a envie de s'occuper de son tabagisme maintenant ? Non. Pour un soignant, il faut accepter qu'elle dise non. Une femme enceinte qui dit qu'elle ne peut pas s'arrêter de fumer pour l'instant, il faut que l'on puisse entendre qu'elle ne puisse pas, à l'instant T, même si on connaît les effets que cela peut avoir. Le tabac peut être simplement diminué, et à ce moment-là, il faut l'accompagner dans la diminution pour que cela ne soit pas toxique pour son enfant. Je crois que c'est là une approche extrêmement empathique, constructive, où petit à petit le soignant et le soigné mettent une petite pierre à l'édifice. L'objectif, c'est la personne qui le suit avec des informations éclairées.

Aller à la rencontre de la personne. Nous nous sommes posé beaucoup de questions, parce que lorsqu'on invite les personnes qui sont un peu vulnérables, on se rend compte que pas mal d'entre elles ne s'intéressent pas à leur santé. Bien sûr, on peut proposer cela à ceux qui viennent, mais ceux qui ne viennent pas ? Il y a pas mal de personnes qui ne s'intéressent pas à leur santé, d'autres qui envisagent de s'occuper de leur santé, mais qui ne sont pas encore prêtes, d'autres qui décident de s'en occuper. Pour eux, c'est juste le bon moment, donc ils vont y aller. Et puis, il y a ceux qui agissent et qui maintiennent.

Nous nous sommes rendu compte, et tous les responsables politiques au niveau de la région s'en sont rendu compte également, que ceux qui sont prêts vont venir. Pour les autres, que peut-on faire ? Nous avons donc créé des dynamiques auprès des différentes institutions régionales, pour intervenir, par exemple, auprès de structures caritatives, par exemple le Conseil général, la CPAM, qui a ciblé les requêtes, qui s'est arrangé pour qu'il y ait des bilans délocalisés. Il y a des personnes en situation de vulnérabilité qui ont beaucoup de mal à se déplacer. Ce sont des frais auxquels on ne pense pas. Nous avions fait une antenne mobile. Après, nous avons fait des équipes mobiles, qui allaient dans des lieux. Nous avons contacté des élus, qui ont aussi un rôle très important dans la santé qu'ils veulent faire au niveau de leur région, de leur département, de leur ville ou de leur quartier. C'est extrêmement important.

Il y a aussi l'ARS qui va financer une espèce de dépistage à minima. La seule solution n'est pas l'examen de santé. S'ils sont suivis par leur médecin traitant, c'est formidable, ils n'ont pas besoin d'un examen de santé. Pour ceux qui sont loin du système de santé, il peut être intéressant, c'est une première marche vers la prise en charge de la santé. Mais il y a ceux qui n'ont pas accès aux droits, par exemple, que faire dans ce cas ?

L'ARS dit qu'on pourrait faire un petit bilan à minima, avec une structure sociale, pour les amener à se prendre en charge.

C’est vraiment le réseau qui s’installe autour des gens, et non pas les gens qui doivent s’insérer dans des structures en ne sachant pas trop où sonner tout compte fait.

Et puis, bien sûr, il va y avoir aussi des articulations avec des formations de relais santé, etc.

Je vais vous donner quelques chiffres très vite. Environ 50 % de femmes, 50 % d’hommes. Ce sont surtout des 16 – 59 ans. Nous dépistons, dans la population que nous recevons, environ 29 % de fumeurs, 34 % de sédentaires, 45 % de personnes ayant une IMC supérieure à 25, 5 % chez lesquels on découvre une hypertension, et 2 % chez lesquels on découvre un diabète.

Là aussi, c’est la personne qui doit choisir par quoi on va commencer. Tous les spécialistes disent qu’il faut s’occuper du tabac, de l’alimentation. Non, c’est la personne qui choisit, et c’est absolument capital.

Comment orienter les personnes, surtout vers le médecin traitant, une chose très importante ? Maintenant, il y a des dispositifs tremplins mis à la disposition des gens pour démythifier un peu toutes les approches santé. Ce sont des approches collectives. On les dirige soit vers des dispositifs de la ville, soit vers des approches collectives faites dans le centre d’examen de santé. Des accompagnements individuels, mais surtout collectifs, concernant différentes thématiques. L’éducation nutritionnelle, mais ça, Jean-Michel y avait pensé depuis très longtemps, bien avant que cela soit à la mode, il y a trente ans. Nous en faisions déjà un peu. On propose aussi des approches collectives concernant les conduites addictives, cannabis, l’aide à la gestion des boissons alcoolisées pour les non alcoolo-dépendants. Autrement, ce sont des structures spécifiques, bien évidemment, des consultations médico-sportives, et des séances collectives de reprise de l’activité physique.

Ce qui incite les gens à adhérer à ces programmes, c’est parce qu’ils sont en groupe. C’est le lien social. C’est extrêmement important. On l’a vu ce matin dans l’une des présentations. Il ne faut surtout pas déconnecter les aspects santé de tous les autres, c’est ce que nous essayons de faire de plus en plus.

Ça, c’est le nombre de participants aux ateliers, il y en a entre 600 et 700 par an. C’est beaucoup.

Il y a aussi des programmes nationaux. L’approche que nous avons eue au niveau de Lille, un peu en avance, il faut le dire, on l’intègre et on l’articule avec des programmes nationaux, qui se développent dans les centres d’examen de santé, concernant l’éducation santé, l’éducation thérapeutique du diabétique, tout ça en lien avec les relais locaux. Ce n’est pas du tout en concurrence avec les structures qui le font déjà sur le territoire, et c’est extrêmement important.

Nous participons aussi à des études. Une étude Constance a été mise en place au niveau national. Cela va être une corde généraliste de 200 000 personnes où on va pouvoir analyser les facteurs qui font que les personnes prennent en charge ou non leur santé, et les facteurs prédictifs en fonction des comportements.

Tout cela pour vous dire qu’il faut tisser des choses attractives pour que les personnes poussent la porte et se prennent en charge. C’est important. Un tissage attractif, joli, artistique, c’est important. Si on voyait simplement un ruban bleu, ça n’attirerait peut-être personne. Un ruban rouge non plus. Mais si on se met tous ensemble, on peut y arriver.

Ma conclusion, c’est que je crois vraiment que la symbiose sera la solution d’une concrétisation des politiques. Il y a beaucoup de politiques qui s’empilent, et qui sont plutôt en tuyaux d’orgue.

Je vous remercie.

(applaudissements)

Dr Jean-Michel LECERF

Quelle belle motivation ! Je crois qu'on a envie de la suivre, c'est super. Elle fait beaucoup de choses depuis des années. Nous sommes soutenus à la fois par l'Institut Pasteur et les collectivités territoriales, et il est important de le rappeler. Les politiques sont là, donc c'est vraiment dans l'esprit de cette journée.

Il y a de quoi poser quelques questions au Docteur Bonte.

J'ai été surpris par le chiffre de 1,6 % de diabétiques qui l'ignoraient. On dit qu'il y a plus de la moitié des diabètes qui l'ignorent, donc ce sont 1,6 % plus ceux chez qui il y avait déjà un diabète.

Dr Dominique BONTE

Tout à fait. Ce sont des découvertes. En plus, on ne peut pas dire que c'est représentatif d'une population. Ce sont des gens qui viennent faire un examen de santé, donc ils ont déjà une motivation à leur santé. C'est très important.

Dr Jean-Michel LECERF

Quand les gens sont convoqués, combien répondent et combien ne viennent pas ?

Dr Dominique BONTE

Quand ils ont pris un rendez-vous, environ 30 % ne viennent pas. Quand ils sont invités par la CPAM, il y a des milliers d'invitations qui sont envoyées, là, environ 15 % répondent. Cela dépend un peu de la vulnérabilité de la santé des personnes, du milieu, etc. Cela veut dire que nous avons un grand travail de motivation, pour tous les acteurs où que nous soyons. L'examen de santé, c'est un outil parmi tant d'autres.

Un intervenant

Est-ce que cette modification des cibles des populations, et en même temps l'élargissement au psychosocial est généralisée, ou est-elle spécifique à Lille ?

Dr Dominique BONTE

C'est généralisé. Nous avions commencé un peu avant, mais tant mieux, nous avons pu nous mettre dans le moule des décisions nationales. D'ailleurs, nous faisons partie des groupes nationaux qui impulsent ce que sera le centre d'examen de santé de demain. C'était déjà dans la COG 2006/2009, dans la 2009/2013 et dans la prochaine COG, ce sera encore plus le cas.

Un intervenant

Au niveau des comptes rendus que l'on peut avoir des CPAM, je parle en tant que médecin généraliste, on a toujours la même chose, le nombre dents cariées, vu un dentiste récemment. On n'a aucun renseignement.

Dr Dominique BONTE

C'est catastrophique, je suis complètement de votre avis là-dessus. Pour l'instant, il va y avoir une refonte du logiciel des centres. C'est un logiciel qui date de trente ans aussi, dont le but était le dépistage. On peut dire que c'est un bon logiciel, parce qu'il a vécu trente ans. Le compte rendu de ce qu'on fait est totalement obsolète, au niveau de la forme en tout cas. On ne peut même pas rendre compte aux généralistes et aux autres partenaires avec cet outil de liaison. C'est extrêmement important.

Un intervenant

J'ai l'impression d'être un peu bavard, mais je voulais savoir si l'on pouvait espérer des bilans, en particulier biologiques, un peu plus personnalisés et un peu plus préventifs. Dans nos cabinets, pour la plupart des médecins qui sont ici et dans le groupe auquel j'appartiens, sur le plan de la conception de la médecine, je pense par exemple à la CRP ultrasensible, qui est remboursée depuis cette année. Cela fait dix ans que nos patients les font à leurs frais. Actuellement, c'est reconnu par la communauté scientifique en tant que facteur de risques à part entière. Je pense à l'homocystéine, par exemple. Ces éléments vont-ils être intégrés dans le bilan de santé ? Seraient-ils pris en charge par la communauté ? L'homocystéine n'est toujours pas remboursée, alors que c'est un facteur à part entière d'AVC et de maladie d'Alzheimer.

Dr Dominique BONTE

Actuellement, au niveau de la CNAM, il y a un groupe de travail qui s'occupe de la refonte de la nomenclature médicale. C'est-à-dire : que va-t-on mettre comme examens biologiques dans un examen de santé, mais aussi comme coûts cliniques, paracliniques, motivationnels, psychologiques ? Quel va être le contenu de l'examen de santé, en particulier au niveau biologique ? Si quelqu'un a fait une glycémie il y a six mois, doit-il en refaire une alors qu'il revient d'une TSH, par exemple ? C'est très clair.

Il y a donc un groupe de travail, et ce travail devrait être fini mi-2014. Ce groupe travaille là-dessus parce qu'évidemment, les examens pratiqués n'étaient plus en adéquation avec les nouvelles missions des centres, et avec l'offre de services aux médecins traitants que les centres vont développer maintenant, en collaboration avec eux d'ailleurs. Nous travaillons beaucoup avec l'URPS (Union régionale et professionnelle de santé) au niveau de la région Nord-Pas-de-Calais, parce qu'ils savent aussi ce dont ils ont besoin. Le rapport privilégié pour la santé, c'est bien celui entre le médecin traitant et le patient. Les centres d'examen de santé peuvent être intéressants, les médecins traitants peuvent s'appuyer dessus, et d'autres partenaires peuvent catalyser et aider à cette relation.

Dr Jean-Michel LECERF

Votre rôle est plus de repérer des comportements ou des facteurs de risques, pour ensuite faire des programmes d'éducation ou des actions éducatives sur le terrain, que de faire du dépistage tous azimuts, ce qui était assez improductif. Je pense que c'est un peu ça aujourd'hui, non ?

Dr Dominique BONTE

Honnêtement, je pense qu'un examen de santé isolé du partenariat, isolé du médecin traitant, non ciblé, a un intérêt très limité. Je crois.

Dr Jean-Michel LECERF

Très bien. Merci. Y a-t-il d'autres questions ? Non, merci beaucoup, Dominique.

(applaudissements)

Dr Jean-Michel LECERF

Nous avons parlé d'activité physique, nous en avons même fait 14 minutes tout à l'heure. Je ne sais pas si c'est assez, nous allons demander à Martine Duclos si nous avons le quota journalier, puisqu'elle est professeur des universités, PUPH, à Clermont-Ferrand, endocrinologue et physiologiste, chef du service médecine du sport, et elle va nous dire quelles prescriptions d'activité physique pour la prévention, à qui, comment.

Merci beaucoup, Martine.

Martine DUCLOS

Merci beaucoup pour votre invitation.

Comme on vous l'a largement expliqué ce matin, on connaît tous les réglementations. On sait que promouvoir l'activité physique est extrêmement important pour favoriser la santé. Il y a de nombreuses recommandations internationales. Elles ont été adaptées au niveau national. Nous avons eu le plan nutrition santé, nous devons en être au troisième. Il y a eu le plan obésité, le troisième plan cancer est sur les rails. Il y a le plan vieillissement, il y a un nouveau plan qui va sortir, etc. Il y a eu l'expertise INSERM.

Nous avons de nombreuses initiatives françaises. In fine, les recommandations, que l'on soit en prévention primaire ou tertiaire, sont les mêmes. Elles sont faciles à résumer. En théorie, c'est très simple. C'est trente minutes par jour d'intensité modérée, type marche, cinq fois par semaine, ou 20 minutes intenses trois fois par semaine, ou on mélange les deux. On fait du renforcement musculaire 20 minutes deux fois par semaine. C'est facile. Très simple.

Sauf que tout le monde sait ça. Les gens ont bien compris le message, c'est comme le « manger bouger », ils ont bien compris. Sauf que si on fait des mesures pratiques, là c'est la dernière étude INCA qui a été faite en 2006/2007, il s'agit d'un questionnaire validé d'activité physique en cinq questions, qui est le questionnaire IPAQ, pour les hommes, 48 % étaient dans ces quantités d'activité physique, pour les femmes, on était à 41 %. On considère, compte tenu de cette enquête, que moins de la moitié de la population adulte en France atteint un niveau d'activité physique entraînant des bénéfices pour la santé. Premier message. Sous-entendu, c'est un questionnaire. Or on sait que quand on fait un questionnaire d'activité physique, les gens surestiment leur activité physique. A l'inverse, quand on fait un questionnaire nutritionnel, les gens sous-estiment ce qu'ils mangent. C'est toujours une juste balance des choses.

Maintenant que nous allons avoir de plus en plus de capteurs objectifs de mouvements, nous nous rendrons compte que la réalité est bien moindre. Mais retenez que moins de la moitié de la population adulte française suit les recommandations d'activité physique.

Plus grave, quand on mesure l'activité physique chez les enfants, où les recommandations d'activité physique sont à 60 minutes, on a une étude basée sur un capteur de mouvement, qui est un accéléromètre porté sur la taille. Cette étude porte sur les enfants de dix ans en moyenne : 32 minutes chez les garçons, 18 minutes chez les filles. La conclusion de cette étude, c'est que la proportion d'enfants qui ont une activité physique d'intensité modérée à vigoureuse, qui doit donc être de plus de 60 minutes par jour selon les recommandations internationales, correspond à 5 à 9 % des enfants en France. Voilà la vérité. Ca, c'est une mesure objective.

D'un côté, vous avez les recommandations, et je ne parle que d'activité physique, et de l'autre côté, vous avez la vérité.

Le problème que l'on a actuellement, ce n'est pas de savoir si l'activité physique est efficace pour la santé, la réponse est oui. On a suffisamment d'évidences. Ce n'est plus une question d'efficacité, c'est une question pratique. Ce sont des questions pratiques. Comment faire pratiquer l'activité physique et/ou sportive de façon durable ? Derrière tout ça, la question, c'est où peut-on la faire pratiquer et avec qui ?

Le premier problème, c'est peut-être les médecins traitants. Ce n'est pas méchant. Je suis médecin. Je parle des médecins traitants parce qu'effectivement, la politique de santé actuelle, et je trouve cela très bien, met le médecin au centre de tout. On leur en demande peut-être un peu trop. Je vais vous proposer des solutions, parce que je pense que nous avons des solutions. Je ne demande pas de solutions financières. Je vais vous donner un exemple de choses sur lesquelles nous réfléchissons, parce que je suis aussi ici avec ma récente casquette de conseillère auprès de la Ministre des Sports. Nous avons des solutions, et c'est ce que nous avons mis en place dans le service. Ce matin, nous avons

eu la preuve qu'il y a plein de gens qui font plein de choses, sauf qu'on a juste besoin en France de se coordonner, nous sommes un peu trop chacun dans notre petit coin.

La première question est la suivante : n'y aurait-il pas des barrières à la prescription d'activité physique par le médecin ?

Qu'en est-il de la formation des médecins ? La formation à l'activité physique, exactement. Je peux vous le dire, c'est mon cours. Les médecins ont deux heures dans leur cursus, deux heures obligatoires sur la formation à l'activité physique. Qu'est-ce qu'on leur fait dans ces deux heures ? La nutrition du sportif, plutôt de haut niveau. Le certificat de contre-indication à l'activité physique, et les risques de la pratique de l'activité sportive intensive. Voilà ce qui est dans le cursus obligatoire pour ce qui était autrefois l'internat, ce qu'on appelle l'examen, c'est l'item 114. Pauvre médecin.

Elément positif, l'examen de classement national obligatoire, qui est l'internat, va changer en 2016. Fabuleux, de deux heures, on passe à cinq heures. On va donc plus que doubler l'enseignement. C'est bien, mais ce n'est pas encore terrible. Enfin, nous allons y arriver. Par contre, ce qui est positif, c'est que les médecins sont très demandeurs, et dans le cadre du développement professionnel continu, dès qu'on fait des formations sur l'activité physique, on est très sollicité et les médecins suivent complètement. Ils n'ont aucune formation, donc on ne doit pas leur dire que c'est de leur faute. Il n'y a aucune formation là-dessus. Ca va évoluer en 2016, parce qu'ils auront cinq heures de plus dessus, et ils sont très demandeurs quand il y a des formations professionnelles continues, ils y vont et ils répondent à cette formation. Je pense qu'on voit très bien que dans le cadre de la cancérologie, dans le cadre de la diabétologie, dans le cadre de la nutrition, les médecins généralistes viennent aux formations. Je pense qu'ils seront de plus en plus informés sur les effets bénéfiques de l'activité physique dans les années à venir.

Nous allons imaginer un monde parfait. Je pense que nous allons vite arriver sur cet élément. Les médecins vont être motivés, vont connaître les effets bénéfiques de l'activité physique.

Maintenant, le deuxième problème, c'est la durée de la consultation de la prescription d'activité physique. En imaginant que le médecin soit le seul acteur, le gros problème du médecin, c'est la check-list. Il y a un patient, un diabétique de type 2, un obèse, un sujet à risque cardiovasculaire élevé, on lui a dit qu'il fallait qu'il fasse de l'activité physique et de la nutrition. Il a toute une check-list à faire et son angoisse, c'est qu'il lui faut une longue consultation. Comme le disait Jean-Michel, une consultation d'une heure pour 22 euros, alors que 32 patients attendent en salle d'attente à cause d'une épidémie de grippe. Comment faire ?

La check-list est-elle vraiment longue ? D'abord, il faut demander au patient son activité physique habituelle. Bien sûr, il faut se centrer sur le patient. Maintenant, la médecine est centrée sur le patient. Il faut faire un diagnostic éducatif. Y a-t-il des complications en fonction de sa pathologie ? Est-ce qu'il faut adapter son traitement ?

Est-ce que c'est long ? En fait, ce n'est pas si long que ça. Vous allez le voir, parce que la plupart des sociétés savantes ont fait des recommandations par rapport à l'activité physique et par rapport à la pathologie. L'activité physique habituelle, il y a des choses simples. L'activité physique et sportive, il faut demander, un, s'il a une activité physique professionnelle. En gros, quelle profession fait-il ? S'il est derrière un bureau, il est clair qu'il n'a pas d'activité physique professionnelle. S'il est maçon, il en a une. A la maison, c'est une activité physique. S'il fait le ménage, ça compte. J'ai dit « il ». Loisirs, le sport fait partie de l'activité physique, mais ce n'est pas le seul type d'activité physique. S'il fait du bricolage ou du jardinage, c'est de l'activité physique. Autre activité physique très importante : les transports. S'il va au travail en vélo ou en marchant, c'est de l'activité physique. Par contre, s'il va au travail en voiture et qu'il passe tout son temps en voiture, ce n'est pas de l'activité physique.

Autre chose, il y a l'activité physique et la sédentarité. Vous devez absolument compter le temps passé assis. Le temps passé assis, c'est le temps passé assis entre le lever et le

coucher. Dans ce temps passé assis, vous comptez le temps passé assis dans les transports, au travail, et lors des loisirs. C'est aussi un facteur de risque indépendant du niveau d'activité physique. Je n'ai pas le temps d'en parler, mais il y a deux leviers sur lesquels il faut jouer : diminuer son temps passer assis et augmenter sa mobilité. Ce sont deux choses importantes, et il est assez facile de jouer sur les deux messages. D'abord, sur le temps passé assis, puis sur la mobilité.

Ce sont des questions qui prennent deux à trois minutes, en fait, c'est très vite fait.

Deuxièmement, le diagnostic éducatif, c'est évaluer les freins et les facteurs de motivation. Les freins, c'est souvent : je vais faire de l'activité physique, mais je suis déjà fatigué. Souvent, l'activité physique va diminuer la fatigue. J'ai mal partout, l'activité physique va diminuer les douleurs. Chercher un peu ce qui peut constituer des freins, qui sont souvent de fausses croyances.

Les facteurs favorisants : s'il est diabétique, une séance d'activité physique va faire vite baisser la glycémie.

Les facteurs externes : près de chez lui, y a-t-il un parc ? Des pistes cyclables ? Comment sont les trottoirs ? Connaître son environnement. Prendre le sujet dans sa globalité. Son entourage : est-il plutôt favorisant ? Sa femme ou son mari a-t-il envie de marcher ? Le pousse-t-il à aller marcher ou à faire du vélo ? Les enfants ont-ils envie d'aller faire du vélo avec la personne ? Y a-t-il un chien à promener ? Un chien, mine de rien, il faut le sortir. Cela permet de marcher.

Le médecin, c'est très important. Parce qu'un médecin qui pose des questions, qui parle de l'activité physique, c'est très important. A l'inverse, un médecin qui n'en parle pas ou qui en parle négativement, c'est un facteur défavorisant. Ou un médecin qui dit que ce n'est pas important, ou que ce n'est pas pour le patient, ou pas maintenant, c'est aussi un facteur défavorisant.

Et puis, bien sûr, le stade motivationnel, on vous en a parlé tout à l'heure. Si le patient dit que ce n'est pas le moment, qu'il arrête le tabac et qu'il ne peut pas tout faire, effectivement, il faut savoir aussi attendre.

Les complications. Il est diabétique, par exemple, angoisse. Non, la présence de complications chez le diabète de type 2 n'est pas une contre-indication à l'activité physique, au contraire. Un diabétique a un bilan annuel des complications, mais c'est la même chose pour toutes les pathologies. Une fois que les complications sont stables, et que le diabétique a eu son bilan annuel, au contraire, il y a une indication à faire de l'activité physique. Par exemple, pour le diabète, il n'y a qu'une seule complication, c'est la présence d'un mal perforant plantaire. On vient de faire des recommandations à la Cité francophone du diabète. On a établi la liste des contre-indications, il y a une seule contre-indication absolue, c'est le mal perforant.

Pour le cancer, il est bien marqué que si le patient a des métastases, on y va doucement. Si le patient a une atteinte cardiaque du fait du traitement qu'il a eu, on fait un bilan, on commence tout doucement. En bas, vous avez juste les contre-indications absolues à l'activité physique dans le cadre d'un patient qui a un cancer traité. La seule contre-indication, c'est une anémie sévère et la présence d'une chirurgie très précoce et si l'activité physique aggrave l'état du patient. Ce sont les seules contre-indications absolues. Vous voyez qu'il y en a très peu. Seulement, tout ce qui est entre parenthèses, c'est qu'il ne faut pas faire n'importe comment, il faut y aller progressivement et tenir compte du patient. C'est évident, mais vous voyez qu'en fait, il ne faut pas s'angoisser.

Vous voyez qu'enfin, les adaptations thérapeutiques, c'est pareil. Vous suivez les recommandations des spécialistes en fonction de chaque pathologie, et vous vous rendez compte qu'il y a très peu d'adaptations à faire. En fait, il n'y a pas d'angoisses et la consultation n'est pas si longue que ça.

On en arrive aux recommandations, qui sont simples. Lutter contre la sédentarité, il faut demander au patient de se lever un peu plus. C'est pareil, je n'ai pas le temps d'en

parler, mais en gros, toutes les heures, il faut se lever. Ce n'est pas compliqué. Dans la vie courante, c'est un message facile à faire passer.

Modifier notre mode de vie. Par exemple, dans tous les bureaux en Australie, ils peuvent se lever. Les gens travaillent debout. Quand ils en ont marre, ils appuient sur le bouton et ils s'asseyent. Au Canada, c'est la même chose. En France, c'est une chose qui n'existe pas, et ce serait quelque chose d'assez simple.

Augmenter l'activité physique de la vie quotidienne, c'est dire aux gens de marcher un peu plus pour aller au travail, de prendre les escaliers, de commencer par un étage, deux étages, etc.

Enfin, le problème, c'est l'activité physique structurée, celle que l'on voit dans les recommandations, les fameuses 30 minutes cinq fois par semaine. C'est là qu'il y a des problèmes. C'est là que le médecin ne peut pas se permettre de prendre le temps de faire ce type de prescriptions, parce que ce type de prescriptions, il faut y aller progressivement, il faut les individualiser en fonction des goûts du patient, de son entourage, de l'endroit où il y a des parcs, du temps du patient.Ça, le médecin n'a pas le temps.

Ce sont les recommandations de la plupart des sociétés savantes. La société française de médecine du sport, la Cité du diabète, l'association française des soins postcancer, l'institut national du cancer qui est en train de mettre au point ces recommandations.

Exemple typique, il monte un étage, il est essoufflé. Ce n'est pas anormal, si ça fait dix ans que vous n'avez rien fait, vous montez une côte, vous êtes essoufflé. Vous montez un étage aussi. C'est normal. Pas besoin d'avoir un diabète pour ça. Si vous ne faites rien, c'est normal. Si, en plus, vous avez une maladie, quand vous voulez vous remettre à l'exercice, la première partie de remise à l'activité physique doit être faite en présence d'un professionnel de l'activité physique adapté, au moins pour la première partie de démarrage de l'activité physique, pendant au moins trois mois.

Ensuite, il faut avoir un relais dans des clubs, dans des associations sportives, dans des associations de patients qui ont des activités physiques adaptées aux patients, aux malades.

C'est ce que dit aussi l'association en postcancer, c'est ce que dit aussi l'association américaine pour le cancer. La question, c'est ça : où trouve-t-on ces endroits, et en (particulier les gens qui sont formés à s'occuper des malades ? Ce sont les éducateurs médico-sportifs, ce sont les kinésithérapeutes. Les lieux où on trouve ces gens-là, pour les diabétiques, ce sont les réseaux diabète, sinon c'est dans les réseaux de santé, dans les associations de patients, dans certaines fédérations sportives, comme l'athlétisme où il y a l'Athlécoach, le Nagez Forme santé. Il y a d'autres associations, puisque nous travaillons aussi avec le Comité national olympique où beaucoup de fédérations sportives sont en train de s'impliquer dans le sport santé, avec une formation des éducateurs sportifs vers la santé, et non pas vers la compétition. On est en train de mettre ça en place.

Vous pouvez aussi faire ponctuellement appel aux structures de réadaptation cardiovasculaires ou aux soins de suite. Là, les malades sont pris en charge pendant trois mois en hôpital de jour éventuellement, ou ponctuellement. Là, ils sont pris en charge pour les remettre à l'activité physique, pour qu'ils aient en main les outils pour savoir comment adapter leur activité physique. Ensuite, il y a un relais, soit dans les associations de patients, soit dans les clubs de sport, et là, ils pourront continuer l'activité physique. C'est l'exemple de ce que nous faisons dans le service, qui est un service de médecine du sport, où nous prenons en charge des patients ayant des obésités morbides ou des diabètes de type 2 sous insuline, des insuffisances respiratoires, des sujets après cancer ou d'autres maladies chroniques.

Je vais vous donner l'exemple du diabétique de type 2. Les sujets viennent dans le service trois fois par semaine, à raison d'une heure à chaque fois. Ils ont des séances d'activité physique supervisées par un éducateur médicosportif, après évaluation individuelle. C'est très progressif. Ceci pendant trois mois. A l'issue des trois mois, on les

voit tous les six mois pour avoir leur niveau d'activité physique, et voir leur capacité physique. Cela permet de les suivre. Ils veulent vraiment être suivis. Cela permet de les évaluer et de les aider si, éventuellement, ils lâchent l'activité physique.

Vous avez donc l'hémoglobine glycosylée qui vous donne l'équilibre glycémique. Ce n'est pas très lisible. C'est par rapport à un groupe contrôle, que vous avez en bas, qui a le même type de diabète, le même indice de masse corporelle et le même traitement. Ce que l'on voit, c'est M0M4, c'est l'hémoglobine glycosylée. Vous voyez qu'après trois mois de prise en charge, l'hémoglobine glycosylée passe de 7,4 à 7,05 chez nos patients. Elle s'améliore donc. Ensuite, ils sont simplement suivis ponctuellement. On note leur hémoglobine glycosylée, mais on ne s'occupe plus d'eux en termes d'activité physique. On mesure leur activité physique, cela ne va pas plus loin.

Maintenant, nous avons un suivi sur près de quatre ans, et en moyenne, leur hémoglobine glycosylée, qui était à 7 % à la fin de la prise en charge, est maintenant autour de 6,8 %, alors que le groupe contrôle est à 7,7 ou 7,8 %. Dans le groupe contrôle, le traitement a généralement été augmenté, alors que dans notre groupe, il est stable, voire il a diminué. Cela veut dire que dans notre groupe, qui a eu trois mois d'activité physique, ils ont maintenu leur activité physique. Nous sommes maintenant à près de quatre ans après la prise en charge, parce qu'on a une prise en charge supervisée, et qu'elle continue à être maintenue. Pourquoi est-elle maintenue ? Parce qu'après trois mois d'activité physique, nous avons des relais dans des clubs que nous avons identifiés, et nous les envoyons dans des clubs qui sont souvent des associations de patients ou d'autres clubs labellisés. Nous avons labellisé, parce que nous savons que les formateurs sont formés aux patients, et ils peuvent y maintenir leur activité physique.

Nous avons cela pour le diabète, mais aussi pour le cancer. Les sujets maintiennent leur niveau d'activité physique.

En conclusion, dans les relations malade/médecin, en ce qui concerne la prise en charge par l'activité physique chez les malades, le médecin joue un rôle fondamental. Le médecin doit vraiment parler de l'activité physique au patient, mais pour cela, le médecin doit être formé. Une fois qu'il est formé, qu'il a parlé à son patient et qu'il l'a motivé, le médecin n'a pas le temps de prescrire l'activité physique. Il n'a pas le temps de lui dire de commencer par quinze minutes cette semaine, ensuite il va le revoir et passer à vingt minutes. En fonction de chaque patient, il doit modifier sa prescription. Il n'a pas le temps. S'il a le temps d'avoir une consultation d'une heure, c'est très bien. En règle générale, il n'a pas le temps. Et en imaginant qu'il ait le temps, il ne faut pas rêver. Il n'aura jamais une consultation payée une heure pour ça dans le contexte actuel.

Il a donc besoin qu'il y ait des centres de référence identifiés pour qu'une fois qu'il a identifié son patient, qu'il a réglé, qu'il a fait le certificat de non-contre-indication, une fois qu'il est sûr qu'il n'y a pas de contre-indications, qu'il a adapté le traitement, il sache où envoyer son patient pour faire de l'activité physique, de façon à ce que le patient puisse démarrer son activité physique et la continuer. C'est ça qui est important. Le patient doit être motivé et trouver une activité physique qui lui plaise. Ensuite, il faut que ce patient puisse avoir des relais pour continuer l'activité physique.

Là, c'est le rôle des réseaux sport santé qui ont été mis en place conjointement par le Ministère du Sport et de la Santé. Ces réseaux sport santé, je vous rappelle que c'est le double travail des ARS et des directions régionales jeunesse et sports. Ils ont pour rôle d'identifier, au sein de chaque territoire, les actions mises en place pour les actions sport santé. Leur rôle est d'établir un annuaire de ce qui se fait dans chaque région en sport santé, pour que les médecins et les patients puissent savoir ce qu'ils peuvent utiliser pour leur santé et pour mettre leurs patients à l'activité physique.

Il ne faut pas non plus oublier le rôle des collectivités locales, comme cela a été dit, et le rôle de l'entourage, qui joue un rôle extrêmement important. Pour ça, vous avez aussi, au niveau national, le rôle du pôle ressources nationales sport santé bien-être, qui a aussi pour rôle de savoir qui fait quoi, où, comment et avec qui, qui a pour rôle de collectionner

et de coordonner toutes les actions nationales, que ce soit les ligues, les associations, etc. Elles prennent en charge les patients dans le rôle du sport santé et établissent un annuaire national pour avoir une espèce de lisibilité sur ces actions sport santé, pour aider également les gens qui veulent avoir une action sport santé à démarrer un projet.

Je vous remercie.

(applaudissements)

Dr Jean-Michel LECERF

C'est très motivant et très clair. Nous voyons vraiment où il faut aller. Nous avons des généralistes ici, des médecins, des non médecins qui peuvent réagir par rapport à cela. Vos pratiques, qu'est-ce que ça donne ? Avez-vous l'impression que vous êtes déconnectés ? Est-ce que ça vous paraît simple ?

Un intervenant

(Inaudible) Au téléphone, qui va nous répondre au téléphone ? Est-ce qu'il y en a dans toutes les régions ?

Martine DUCLOS

Pour quelle structure ? Si c'est le pôle national sport santé, c'est au ministère des Sports. Il faut demander le pôle ressources nationales sports santé.

Les réseaux sport santé, c'est la Direction régionale. Soit vous téléphonez à l'ARS, soit vous téléphonez à la DRJS (Direction régionale de la jeunesse et des sports).

L'objectif, c'est que par région, on sache exactement ce qui se fait et qu'il y ait un annuaire pour la région décliné au sein du territoire.

C'est en train de se mettre en place. En Auvergne, nous avons créé notre site internet. L'objectif, c'est que les réseaux sport santé fassent pareil. Nous leur avons donné notre site, parce que nous avons créé un site pour tous les départements de l'Auvergne. Les médecins ou les patients se connectent, indiquent leur lieu de résidence. Ils cliquent sur le département et en fonction du département, ils ont toutes les villes où il y a des zones labellisées. L'objectif est d'arriver à cela.

Au niveau du pôle, l'objectif est que le pôle national soit capable de répondre à cela pour tout le territoire.

Un intervenant

Je voulais remercier Martine Duclos d'avoir mis en évidence une problématique dans notre pays qui mérite d'être soulignée, notamment à l'occasion de notre réunion d'aujourd'hui.

La formation des médecins à l'activité physique. Deux heures au cours de tout un cursus médical. Si on sait que les étudiants, très humainement, tout naturellement, ne s'intéressent vraiment à ce qu'on leur apporte dans l'enseignement que dans la mesure où ils savent, comme ils disent, que « ça peut tomber à l'exam' », on mesure que la vieille formule socratique, la science des examens est le BABA de la pertinence pédagogique. S'il est vrai qu'il y a peu d'enseignements en matière de sport et d'activité physique dans la formation des médecins, on peut dire dans ce colloque que c'est encore bien plus dramatique si on étend la remarque de Martine Duclos à la problématique d'ensemble de formation des médecins et prévention.

Au conseil économique et social, dans le cadre d'un rapport sur prévention et santé, nous avons été conduits à recenser non pas seulement les heures de cours qui sont dans le cursus et qui pouvaient avoir quelques relents de prévention dans la formation des médecins, mais nous avons pris par le bout du contrôle des connaissances, les items qui, notamment à l'internat, ressortent fondamentalement de la problématique prévention et

santé. Nous sommes à moins de 0,5 %. C'est vous dire que la formation de nos médecins dans notre pays relève surtout d'une exigence que l'on comprend bien, c'est-à-dire que l'on forme des médecins à soigner des malades, et si possible à les guérir, mais il s'agit de malades. Il s'agit donc d'une médecine curative, dans laquelle notre pays occupe une place de rang élevé, puisque nous sommes parmi les nations les plus performantes dans le domaine curatif. Par contre, quand voit notre classement dans le domaine de la prévention et de la santé, nous ne sommes pas dans la queue du peloton parce qu'il se trouve toujours des gens qui ne font rien, mais nous sommes dans une zone médiane, très en deçà de la performance de la médecine curative. Nous avons donc des progrès à faire, et cela passe naturellement, comme cela a été souligné tout à l'heure, par la problématique de la formation.

De là à dire que la chose à enseigner, cette fameuse prévention, se pose en équation globale très aisée à enseigner, et ne repose pas sur une culture médicale en termes d'anatomie, de physiologie surtout, parfaitement arrêtée, cela éviterait un certain nombre de débats que l'on connaît dans nos consultations hospitalières, et même les autres, au quotidien. Récemment encore, dans une consultation, pour apporter un petit bémol à « bougez-vous et vous resterez en bonne santé », il y a à reconnaître que si l'aspect que vous avez évoqué, Martine, est vrai dans un très grand nombre de cas et de pathologies, il reste qu'il faut quand même bien maîtriser la connaissance médicale pour savoir que si vous conseillez, en tant que médecin, à quelqu'un, en répondant simplement à l'adage de façon immédiate et sans attention soulignée vis-à-vis de la problématique singulière que peut poser le malade, vous pouvez passer à côté de la plaque.

J'illustrerai ça par un retraité que j'ai vu il n'y a pas longtemps en consultation hospitalière, très content d'avoir sa retraite, et qui dit : « j'ai bien lu trente minutes de marche trois fois par semaine, c'est ce qu'il faut faire. Or j'ai eu un métier où je travaillais dans un bureau, maintenant que je suis en retraite, il peut pleuvoir, il peut venter, je fais mes trente minutes à fond la caisse ». Sauf que depuis un an, depuis sa retraite, il avait pris un petit kilo. Puis, lui qui n'avait jamais marché et jamais fait d'activité physique, il se mettait à en faire. Il avait une insuffisance de couverture de sa hanche, il a explosé une coxarthrose en moins d'un an.

C'est pour vous dire que la prévention et la formation des médecins ne s'inventent pas. Cela ne tombe pas sous le coup de principes généraux. Tout est à décliner en fonction de la singularité de chaque individu, même s'il y a des règles générales que Martine a fort bien soulignées.

(applaudissements)

Dr Jean-Michel LECERF

Dernière question courte, s'il vous plaît.

Un intervenant

C'est juste une intervention, parce que je voulais resituer l'activité physique dans le cadre de ce qu'on pourrait appeler une prévention primaire. On a parlé ce matin de la nutrition avec les enfants. Je pense que l'activité physique, on devrait en parler pour les gens malades, comme cela a été dit, mais d'abord pour les bien portants et pour les enfants. C'est aux enfants que l'on apprend à aimer l'activité physique.

Moi, je suis professeur d'éducation physique et ostéopathe, j'ai donc l'aspect thérapeutique et pédagogique. Malheureusement, j'exerce depuis trente ans et j'ai vu se dégrader la pratique physique des enfants et des jeunes, des adolescents, de plus en plus. C'est catastrophique. Je pense que c'est ça le problème.

Nous parlions tout à l'heure des dispenses. Je constate tous les jours des jeunes qui arrivent avec des dispenses d'activité physique pour des motifs très souvent incompréhensibles. On s'aperçoit qu'il y a plus de filles que de garçons qui sont dispensées, qu'il y a plus de dispensés dans les lycées professionnels que dans les lycées

généraux. Pourquoi ? On parlait ce matin des différences au niveau sociétal, des problèmes de précarité, on retrouve cela aussi au niveau de l'activité physique, et je crois que c'est vraiment le problème essentiel. Si on veut des adultes qui soient capables de gérer leur santé et leur activité physique, il faut que les enfants l'apprennent. On a diminué les horaires d'éducation physique dans les établissements scolaires pour faire des économies, et on fait des dépenses de santé supplémentaires.

(applaudissements)

Dr Jean-Michel LECERF

Je crois qu'il n'y a pas tellement de commentaires. Une étude vient de sortir et montre que la performance des enfants dans les milieux occidentaux, du point de vue sportif, a diminué. C'est corrélé au manque d'entraînement et à l'obésité, c'est clair.

Dernière question.

Un intervenant

J'ai une question très courte. Quel est le lien que l'on peut faire entre le message qui peut être porté par le monde pédagogique de l'école et du cursus scolaire par rapport à ça, et le médecin pour que le message soit renforcé ensuite ?

Martine DUCLOS

Le message qui peut être véhiculé par le milieu scolaire est sur plusieurs points. La première chose, c'est que beaucoup d'études montrent que la santé s'acquiert dès l'enfance. L'éducation et la santé s'acquièrent dès l'enfance. La deuxième chose, c'est que pendant l'enfance, on acquiert un capital de santé au niveau de son os. Le capital de son os, on l'acquiert jusqu'à la fin de l'adolescence. Ce n'est pas ce que vous voulez entendre.

Un intervenant

Non, simplement, dans la mise en scène sociale, je suis bien d'accord avec vous. Là, vous êtes en train de faire le programme de formation minimum. Mais le problème ensuite, c'est comment, dans la mise en scène sociale, dans une aire géographique donnée, a-t-on des discours qui vont être redondants et qui vont tirer dans le même sens ? C'est ça qui est important.

On le sait quand on fait de la diabétologie, je suis diabétologue, si on a un discours dissonant entre deux ou trois intervenants, c'est fichu. Tandis que si les discours se renforcent l'un l'autre, ça ira. Il me semble que ce que vous venez de dire, c'est bien. On forme les maîtres, ensuite on fait une promotion, peut-être dans ce que font les Québécois, le développement personnel et social. Ils ont un programme de développement personnel et social qui mériterait aussi que l'on aille chercher des idées parce que depuis longtemps, ils ont fait beaucoup de choses.

Martine DUCLOS

On pourrait lier aussi le développement des maîtres dans leur formation à l'activité physique. Je crois que cela devrait aussi faire partie de la formation des maîtres. Dans le milieu des professeurs, les professeurs de sport ne sont pas les mieux vus. Déjà, il faudrait qu'il y ait une formation à ce niveau. Je crois que même la culture française à ce niveau n'est pas très bonne.

Dr Jean-Michel LECERF

Merci beaucoup, Martine.

(applaudissements)

Dr Jean-Michel LECERF

Je vais donner la parole à Madame Thanh Le Luong qui est Directrice de l'INPES, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, que nous connaissons tous. Elle va nous dire quel est le point de vue de l'INPES en termes de prévention santé et quelles sont les actions menées.

Merci.

Dr Thanh LE LUONG

Bonjour, merci de nous avoir invités. Je suis désolée s'il y a des redondances, mais déjà, avec mes collègues qui viennent de parler, je suis totalement en phase avec ce qui vient d'être dit. Je vais le reformuler de façon différente. Je vais quitter le registre clinique pour adopter un registre de promotion de la santé en amont de la maladie et au niveau populationnel.

L'INPES, vous le connaissez. Ce qui est important à dire, c'est qu'en matière de matière de prévention, il n'y a pas une solution magique. Il n'y a pas une solution efficace seule. C'est important de le dire, parce que souvent, l'INPES est pris à partie en disant : « votre campagne, on a compté le nombre de morts et de maladies après, ça n'a pas changé ». Les choses sont beaucoup plus complexes que ça, et je crois que pour toutes les politiques de santé publique, c'est tout un ensemble de mesures avec des politiques cohérentes et synergiques pour pouvoir avoir du succès.

Si on prend l'exemple des Finlandais ou des Québécois, et si on pense à une future loi de santé publique, il y a une mesure qui existe, qui a été adoptée dans d'autres pays, c'est la santé dans toutes les politiques publiques, c'est le health single policies qui se traduit concrètement au niveau de la loi ou au niveau du processus, c'est-à-dire l'évaluation de l'impact de santé. Concrètement, cela veut dire qu'avant de lancer toute politique publique, qu'elle soit nationale ou locale, on fait, avec la participation citoyenne, l'évaluation de l'impact en santé. Cela veut dire que l'on changerait de paradigme. Cela veut dire que c'est la santé et le bien-être de la population qui passent avant tout. Contrairement à ce qu'on peut penser, c'est totalement compatible avec des contraintes économiques.

L'INPES, comme je vous le disais, si nous prenons l'exemple du tabac, notre situation n'est pas très favorable. Je vais laisser Yves Bur développer ce point. Si l'on prend la nutrition, où la position de la France n'est pas si défavorable que ça, mais qui reste extrêmement fragile, puisqu'on sait qu'en période économique, les inégalités sociales de santé s'accroissent. Je reviendrai sur ce qu'a dit Monsieur en matière d'activité physique, on le retrouve dans tous les autres champs.

Avec le recul, on s'aperçoit que certaines mesures ont trouvé leurs limites, que ce soit des mesures incitatives auprès du secteur économique, ou même l'éducation pour la santé, parce qu'elles n'ont pas été accompagnées d'autres dispositions qui permettraient cette synergie. Il est donc nécessaire de trouver d'autres voies pour accélérer soit l'accès à une offre alimentaire de qualité ou à l'activité physique ou sportive, ou au contraire pour rendre encore plus difficile l'accès à l'alcool ou au tabac.

On sait, scientifiquement, que ce sont des mesures efficaces.

L'Institut, très brièvement, dans ce concert d'acteurs et de mesures, la prévention par l'éducation pour la santé et la promotion de la santé, qui est insuffisamment développée en France, gardent une place majeure. C'est un pilier qui doit s'améliorer et se renforcer.

L'Institut, ce n'est pas un institut d'hygiénisme imbécile, comme parfois on peut le dire. Notre éthique est celle que citait Madame Bonte tout à l'heure, c'est celle de Paul Ricœur. Nous avons des équipes multidisciplinaires, notamment en sciences sociales, en éducation pour la santé, et nos missions sont de mettre en œuvre les programmes nationaux de santé, de mettre de la cohérence et de la synergie dans tous ces programmes, que ce soit le plan cancer, le plan drogues, le plan nutrition, le plan maladies chroniques, le plan national santé environnement et d'autres.

Très rapidement, voilà nos missions. La prévention, c'est travailler sur les facteurs de risques. Nous connaissons les principaux que est le tabac, l'alcool, la nutrition, la sédentarité, qui sont le dénominateur commun, ce qu'on appelle les facteurs de risques fardeaux. Fardeaux en termes de qualité de vie, et fardeaux en termes de PIB pour les pays. Ils sont communs aussi bien au cancer, aux maladies cardiovasculaires, métaboliques, au bien vieillir et même à la santé mentale.

Nous travaillons à promouvoir la santé en travaillant sur les déterminantes de santé, puisqu'il s'agit non seulement de faire de l'éducation pour la santé, donc de l'individuel, mais également de travailler sur les environnements favorables. C'est là que l'on constate le plus d'inégalités. C'est pourquoi on ne peut miser sur la volonté individuelle ou la responsabilité individuelle des personnes.

Les déterminants sociaux de la santé, vous pouvez le voir. Vous avez les facteurs individuels, c'est la famille, c'est l'école, c'est le lieu de vie, c'est le milieu de travail, c'est l'emploi, c'est le logement. C'est sur ces déterminants sociaux, qui participent pour les trois quarts à l'état de santé de la population en dehors du système de santé, et c'est là que l'on retrouve des inégalités.

Les inégalités sociales de santé, contrairement à ce que l'on peut penser, ce n'est pas uniquement l'opposition entre les populations les plus marginales et les autres, mais c'est vraiment sur le gradient qu'il faut travailler. Très schématiquement, chaque catégorie socioprofessionnelle a une mortalité et des maladies à un niveau plus faible par rapport à la catégorie qui est juste en dessous et ça, jusqu'en bas de la pyramide.

Un schéma que vous connaissez sans doute. A droite, vous pouvez voir que plus de 62 % des facteurs influant sur la maladie ou la mortalité prématurée sont liés à l'environnement et à nos habitudes de vie. En regard, vous pouvez voir le pourcentage des moyens affectés à la prévention, souvent de l'ordre de 3 %.

Ceci est d'autant moins cohérent qu'on le sait, c'est démontré notamment aux Etats-Unis ou dans certains pays européens comme en Espagne, la démonstration de l'efficacité n'est plus à faire. Si on additionne l'impact des actions, vous voyez sur la bande verte et la bande jaune, c'est-à-dire sur les facteurs de risques, vous arrivez déjà à 70 % d'impacts pour faire baisser les maladies cardiovasculaires.

Dans ce contexte, les actions de l'INPES, c'est promouvoir des comportements, des habitudes de vie, et aussi des environnements qui soient favorables à la santé. Nous avons une action vis-à-vis du grand public, notamment la communication. Les campagnes sont l'un des outils. Il ne s'agit pas uniquement de délivrer de l'information, mais aussi de donner la capacité à la personne de se dire qu'elle peut se prendre en charge, et lui offrir des services d'accompagnement, comme des lignes téléphoniques, du coaching par internet ou par téléphone. La prévention se fait aussi en face à face, là où vivent les gens. C'est avec les acteurs de terrain, les acteurs de proximité, comme ce que viennent de décrire les intervenantes avant moi.

Pour nous, il existe deux enjeux. C'est d'abord l'efficacité des actions, et avant de lancer toute intervention, il faut d'abord comprendre les perceptions, les pratiques, pourquoi les gens se comportent comme ça, quelles représentations ils ont, dans quel contexte social ils sont. Le deuxième enjeu, ce sont les inégalités sociales de santé et la précocité. On sait qu'en situation de contrainte, notamment économique, le plus coût/efficace est d'intervenir le plus tôt possible.

Encore dernièrement, des chercheurs français du registre des accidents vasculaires cérébraux à Dijon viennent de démontrer que l'on a une survenue des accidents vasculaires cérébraux chez des personnes plus jeunes, de moins de 55 ans. Ils mettent ça en relation avec l'obésité, le diabète, le tabagisme, voire le cannabis. Ils préconisent également une précocité des interventions bien en amont de la maladie.

Pour réduire ces inégalités sociales de santé, nous menons tout un travail sur la littératie en santé. Tout le monde n'a pas les mêmes capacités pour utiliser les services et

le système de soins, et la prévention. On le voit bien sur le dispositif de dépistage du cancer du sein. La littératie en santé, que tous les acteurs de santé publique devraient développer et améliorer, c'est permettre à la personne, quel que soit son bagage cognitif, quel que soit son bagage culturel, de pouvoir savoir où trouver l'information, la comprendre pour qu'elle décide comment faire.

Les facteurs de risques, je n'y reviens pas, c'est le tabagisme. Pour ce qui concerne le tabac et l'alcool, nous avons deux stratégies prioritaires : éviter l'entrée dans l'expérimentation des jeunes et aider au sevrage. Pour la nutrition, que je vais développer un peu plus particulièrement, c'est communiquer vers les élus, parce que les collectivités locales ont des leviers pour améliorer le bien-être de leurs administrés. C'est un travail de plaidoyer que nous faisons avec eux, puisque le lien entre la santé et l'aménagement urbain, le transport, les cantines scolaires, l'animation locale ou associative ou sportive, tout ça n'est plus à démontrer.

Par exemple, nous avons expérimenté, avec quelques villes, par exemple Grenoble, un kit signalétique qui donne la distance non pas en mètres ou en kilomètres mais en temps. Cela permet, à chacun, au quotidien, de faire de façon naturelle son activité physique, sa demi-heure ou plus.

L'autre démarche est la démarche ICAPS. Cela s'adresse à des jeunes, même avant l'adolescence. C'est issu d'un essai contrôlé randomisé qui a été mené en Alsace, qui montrait que dès lors que l'on mobilisait les jeunes enfants entre onze et treize ans pour faire de l'activité physique sans que cela soit une matière, ce n'est pas l'EPS, leur indice de masse corporelle baissait par rapport aux collèges, où n'avait pas eu lieu cette intervention. Cela s'inscrit dans la durée.

Nous déployons donc cette démarche ICAPS, soit avec les collèges, soit avec les collectivités locales, ou toutes structures volontaires, pour inscrire dans la durée cette appétence pour l'activité physique. On sait que c'est effectivement à l'entrée en seconde qu'il y a des décrochages en matière d'activité sportive, notamment chez les jeunes filles.

Toujours sur la nutrition, c'est l'intervention très précoce. Nous faisons une expérimentation également avec les PMI, dès le moment de la grossesse pour promouvoir aussi bien sur le tabagisme, la nutrition, l'allaitement auprès des familles plus vulnérables. En milieu scolaire, bien entendu, puisque nous sommes en train de développer, avec l'éducation nationale, un curriculum. En fait c'est un programme adapté tout au long du cursus scolaire selon les âges pour l'éducation pour la santé, pour qu'elle soit inscrite dans le socle des connaissances, mais délivrée par tous les professeurs et pas uniquement par les professeurs de SVT ou d'EPS. C'est quelque chose que nous allons pouvoir mettre en œuvre, peut-être pour la rentrée 2014 si cela ne pose pas de problème.

Nous menons également des activités en extrascolaire, puisqu'il s'agit également de travailler avec des associations comme l'agence pour l'éducation pour le sport, la fédération française du foot, qui délivre des messages d'éducation pour la santé par le biais d'activités sportives. Actuellement, nous sommes en partenariat avec le forum Educasport.

Il ne s'agit pas uniquement de savoir. Si ces dernières années les campagnes d'information permettent aux gens d'avoir l'information, on sait qu'il y a un gap pour adopter ces comportements. Comment faire pour respecter les repères nutritionnels, par exemple ? C'est pour ça que nous avons mis en place la fabrique à menus, qui est un générateur de menus simple, convivial, avec des menus plaisir, très peu coûteux, puisque nous avons évalué à à peu près 6 euros par jour un menu quotidien. Depuis son lancement, depuis six mois, nous avons un succès considérable, puisque nous avons à peu près reçu 3,6 millions de visiteurs uniques sur ce site. 75 000 personnes se sont inscrites au service menu mail qui permet de recevoir chez soi, chaque semaine, ses menus, avec une liste de courses à faire sur son portable si on le souhaite. 128 000 personnes ont téléchargé. Le site « mangez, bougez » accueille en moyenne 400 000

visiteurs par mois. C'est concrètement, comment je fais pour pouvoir, de façon conviviale, avec plaisir, adopter les repères nutritionnels.

Nous travaillons également avec les professionnels, puisque nous mettons en place des formations pour les bénévoles qui distribuent l'aide alimentaire auprès des populations les plus précaires. Il ne s'agit pas uniquement de distribuer les produits alimentaires, ce sont également des ateliers de cuisine, des ateliers pour réinsérer ces personnes. C'est une formation qui a été développée en région en lien avec les acteurs locaux.

Pour conclure sur la nutrition, s'il faut développer ces deux axes majeurs, pour nous, c'est aider les consommateurs les plus défavorisés à reconnaître la qualité nutritionnelle des aliments pour les aider à arbitrer leurs choix, c'est aussi réduire la pression du marketing en faveur des aliments excessifs en sel, en sucre et en gras, qui cible les populations les plus vulnérables, et les enfants. On sait que les enfants sont prescripteurs d'achats alimentaires pour leurs parents.

Comme vous le voyez, en matière de nutrition, même si l'exemplarité de la France a été citée par l'OMS, c'est un encouragement, mais il ne faut pas en rester là. D'une part, l'éducation nutritionnelle doit devenir plus accessible. C'est ce que je vous expliquais sur où trouver l'information, comprendre l'information et comment faire. D'autre part, les pouvoirs publics aussi doivent agir pour créer des environnements propices.

Nous avons également développé ces outils pour les personnes handicapées sensorielles. Sur le tabac, très brièvement, parce qu'Yves Bur va le développer, c'est un problème particulier parce qu'encore ici, les consommateurs de tabac sont plus fréquents chez les personnes sans emploi. Il faut revisiter notre façon de traiter le sujet avec ces personnes. Contrairement à ce qui se dit, il ne faut pas verser dans la facilité en disant, après tout, il faut les laisser tranquilles parce que c'est leur dernier plaisir. C'est faux, parce que nous savons qu'il y a autant de tentatives d'arrêt chez ces personnes que chez les autres, mais qu'ils échouent plus souvent.

Notre dernière campagne tabac, pour éviter l'entrée dans le tabagisme chez les jeunes, c'est effectivement les mettre en contradiction avec cette notion de liberté qu'ils revendiquent à l'adolescence, et l'entrée dans la dépendance. Parler de risques sanitaires chez les jeunes, ça ne leur parle absolument pas. Un risque d'ici vingt ans, ce n'est vraiment pas un ressort efficace chez eux. Nous avons élaboré également un outil à destination des éducateurs, pour parler justement du tabagisme avec les jeunes.

L'alcool, notre objectif est de faire en sorte que chacun s'interroge sur sa consommation d'alcool, notamment sur notre site alcool.infoservices. Parce que s'il y a un domaine où il y a le plus de dénis et un manque d'identification du buveur régulier excessif, c'est bien celui de l'alcool. L'empowerment, c'est-à-dire la capacité des personnes à se prendre elles-mêmes en charge, c'est vraiment notre ressort. Nous ne sommes plus au stade des campagnes des années 80, « tu t'es vu quand t'as bu », mais plutôt dans la valorisation de la personne qui est en capacité de dire non et d'être responsable.

Le travail des campagnes, c'est beaucoup un travail sur les normes sociales. Ce n'est pas par hasard si l'interdiction de fumer dans les lieux publics a été extrêmement bien acceptée par le grand public. C'est après vingt ans de campagne sur le tabagisme passif.

Pour conclure, les perspectives, la stratégie nationale de santé, nous nous inscrivons totalement. En matière de nutrition, nous devons encore nous améliorer et nous attendons un rapport qui doit sortir prochainement. Notre investissement prioritaire, pour nous, c'est poursuivre nos actions sur les facteurs de risques majeurs, dont on vient de parler, c'est agir le plus précocement possible au niveau de la petite enfance, et c'est améliorer à la fois l'efficacité des actions et les outils à destination des publics les plus défavorisés.

J'espère que je n'ai pas été trop longue, je vous remercie de votre attention.

(applaudissements)

Dr Jean-Michel LECERF

Nous sommes impressionnés par l'immensité des actions que vous menez. Je crois que cela suscite quelques questions.

Un intervenant

Madame Le Luong, merci de votre intervention. Comme vous le savez très bien, la difficulté consiste à toucher les personnes qui en ont vraiment besoin. Souvent, il a été dit que la politique nutritionnelle a touché ceux qui mangeaient déjà bien, ou qui s'activaient bien. Comment faire pour rendre la nutrition plus attractive auprès de ces personnes, pour lesquelles les déterminantes, si on prend l'alimentation, sont le prix, le goût, la praticité, par rapport à leur mode de vie ? C'est vraiment un problème.

J'ai participé à des travaux européens, notamment sur des éléments céréaliers riches en fibres. Je dirai que le Finlandais n'a pas besoin d'expliquer à ses consommateurs l'intérêt des fibres. En France, le mot fibre est clivant, et fait que vous allez dans un marché niche. Il y a vraiment un côté culturel. Comment faire en sorte d'éviter que seuls 10 à 20 % de la population aient un intérêt pour la nutrition ?

Tant que nous n'aurons pas trouvé comment changer ce clivage, cette déterminante, nous ne le rendrons pas attractif et nous ne créerons pas une offre. Pourquoi développer une offre qui ne se vend pas ? Aujourd'hui, le problème est vraiment de rendre attractifs ces messages nutritionnels auprès des personnes qui en ont le plus besoin.

Merci.

Dr Jean-Michel LECERF

Avez-vous un élément de réponse ?

Dr Thanh LE LUONG

Effectivement, encore une fois, il n'y a pas une seule mesure. Il faut travailler au niveau individuel, par l'éducation pour la santé, et il faut la renforcer, la faire le plus tôt possible. Ce sont notamment les actions que nous menons au moment de la petite enfance, dès la grossesse, auprès des parents. Ensuite, c'est l'éducation en milieu scolaire, qui touche le plus grand nombre possible. Ensuite, il faut travailler sur les environnements.

Encore une fois, surtout en matière de nutrition, on ne peut pas compter que sur la volonté des parents. Souvent, on dit : « s'il est gros, c'est qu'il se comporte mal et que les parents achètent mal, et ne se comportent pas très bien ». Mais encore une fois, je pense qu'il faut se mettre à la place d'un enfant qui est matraqué toute la journée par des publicités alimentaires. Il faut rappeler que les chiffres publiés montrent 10 milliards d'investissement de publicités alimentaires pour des produits qui ne sont pas forcément très bons en termes de qualité nutritionnelle. Demander à un petit enfant d'être héroïque pour savoir faire la part entre un bon et un mauvais aliment.

Il y a aussi des responsabilités collectives à avoir pour réduire cette pression du marketing. C'est prouvé également.

Moi, je pense qu'il faut attendre le rapport des experts. Nous n'avons pas la prétention d'avoir toutes les solutions. Un rapport est actuellement en cours avec des recommandations d'experts, et nous nous inscrirons dans ce contexte.

Encore une fois, pour réduire les inégalités sociales de santé, ce n'est pas uniquement de la communication, c'est beaucoup d'actions de proximité.

Dr Jean-Michel LECERF

Encore une ou deux questions courtes, et des réponses courtes, s'il vous plaît.

Un intervenant

Ce matin, nous avons eu une intervention du professeur Carolina Werle. Elle nous a indiqué, avec deux études qu'elle a réalisées elle-même, qu'il y avait des effets inattendus, qu'elle a même appelés contre-productifs, de certains messages sanitaires d'éducation pour la santé. Ce sont les fameux petits messages que l'on voit partout. J'imagine que vous avez vos propres études pour évaluer l'efficacité de ces messages. Pouvez-vous faire le contrepoids ou nous dire si vous trouvez la même inefficacité de ces messages ?

Dr Thanh LE LUONG

Nous avions invité Madame Werle à notre colloque scientifique il y a deux ans. Elle était intervenue sur l'impact de la communication en prévention. Effectivement, elle nous a présenté ses études, qui sont des études de laboratoire, qui ne sont pas dans la vraie vie. Je vous rappelle juste le contexte des messages sanitaires que vous voyez sur les boissons sucrées, les confitures, qui entraînent effectivement une confusion. En effet, en voyant ce produit, on a l'impression que le bandeau sanitaire cautionne cet aliment. Historiquement, il y a quelques années, à la demande des associations de consommateurs et des experts en santé publique, on demandait déjà la suppression des publicités à destination des enfants. Le compromis avait été de mettre ce bandeau. Ce bandeau, placé de façon concomitante à la publicité, est effectivement un problème.

Nous sommes en train de mener une expertise avec l'INSERM, une expertise collective, pour revoir ces messages. Parallèlement, l'ANSES travaille à revoir les repères nutritionnels. Il y a donc tout un travail actuellement. Nous aurons également un rapport d'expert sur l'impact de la publicité sur l'alimentation des enfants notamment.

Martine PELLAE

Je reviens sur l'évaluation. On ne peut pas avoir des indépendants. Là, vous êtes tous entre vous. L'ANSES évalue l'INSES, qui évalue machin, etc. C'est vrai qu'on nous a montré ce matin qu'il y avait 90 % de satisfaction, mais enfin, je peux en avoir aussi. Si j'évalue ma propre pratique, je trouve que je suis très bonne.

Dr Thanh LE LUONG

Ce n'est pas tout à fait comme ça que ça se passe. Déjà, il existe une indépendance scientifique, c'est clair. Nous, nous avons demandé à l'INSERN de réunir un panel d'experts. A priori, ils sont indépendants. Nous leur avons demandé de les réunir pour faire la revue de littérature et voir quel est l'impact de ces messages sanitaires. Il y aura également un travail sur l'impact de la publicité.

Martine PELLAE

C'est la première fois. Jusqu'à maintenant, toutes les études d'évaluation étaient faites maison.

Dr Thanh LE LUONG

Je ne vois pas à quelles études vous faites allusion. Et puis, il y a toute une littérature internationale surtout.

Dr Jean-Michel LECERF

Les messages doivent être revus, et Madame l'a dit, ils vont être revus, et c'est très bien.

Un intervenant

D'abord, j'ai beaucoup apprécié ce que vous avez dit, notamment les outils internet sur les menus, etc., ce sont des outils pratiques et concrets.

Simplement, pour rappeler que publicité n'est pas pédagogie. Nous avons la chance en France, grâce à un certain nombre de personnalités, avec Jean-Michel et d'autres, et grâce à Bernard Kouchner qui a soutenu ça au départ, d'avoir mis en place le PNNS. Aujourd'hui, il nous donne des outils d'*evidence based nutrition.* La régression du syndrome métabolique, avec le score sur les indicateurs des objectifs du PNNS, confirme que ce programme est proche de la diète méditerranéenne et fait régresser les facteurs de risques. Jean-Michel Lecerf nous l'a montré tout à l'heure.

Nous avons besoin d'une appropriation par les médecins de première ligne de ces outils, qui ne sont pas compliqués à mettre en place. Mais nous avons aussi besoin qu'il y ait, derrière les campagnes de publicité qui sont faites, avec peut-être des créativités humoristiques plus importantes, un programme pédagogique qui soit fait à l'intérieur de l'école, pour que dès l'école en passant par le médecin et l'éducateur d'activité physique, il y ait une cohérence qui tire dans le même sens. Si on n'a pas la même culture ou le même socle culturel, et qu'on ne tire pas dans le même sens, on n'aura pas la même chose.

J'avais connu la même chose avec l'alcool il y a vingt ans, quand j'ai lancé le débat « ma santé, le plaisir de vivre » sur le sujet, où le plaisir était important. Je pense qu'il y a une chose qui est importante, à laquelle les jeunes sont attentifs, c'est la notion d'altérité. C'est-à-dire que quand on a une question qui montre qu'on va faire un dégât sur le groupe, là, ils sont sensibilisés. Sur l'alcool, j'ai fait une enquête sur 2 000 personnes en Saône et Loire, et les jeunes sont très sensibilisés quand on parle de ça.

Dr Thanh LE LUONG

Pour le tabac, nous allons implémenter ce qui se fait en Grande Bretagne, et qui a montré son efficacité, c'est l'éducation par les paires. Ils identifient, par le biais de leurs camarades, les leaders d'opinion et c'est quelque chose qui peut être efficace. Encore une fois, les campagnes ne sont qu'un outil. La fabrique à menus, elle, s'adresse au grand public, et elle ne s'adresse pas aux patients qui, eux, doivent continuer à voir leurs nutritionnistes.

Dr Jean-Michel LECERF

Merci beaucoup, Madame Le Luong. Il nous reste deux interventions qui sont attendues, puisque ce sont des interventions qui viennent de politiques ou d'anciens politiques. Je donnerai d'abord la parole à Yves Bur, président de l'alliance contre le tabac, ancien député et ancien rapporteur du PLFSS. Il nous dira la signification de ce sigle pour ceux qui ne le connaissent pas. Puis nous donnerons la parole à Gérard Bapt. Nous allons essayer de tenir le délai, nous allons essayer d'arrêter d'être trop gourmands de temps.

Merci.

Yves BUR

Merci de m'accueillir avec Gérard Bapt qui est mon successeur en tant que rapporteur du budget de la Sécurité sociale. Je vais changer d'option, je suis maintenant président de l'alliance contre le tabac, poursuivant ainsi un combat que j'ai mené pendant de longues années au niveau de l'Assemblée nationale pour imposer pas mal de restrictions.

En introduction, le constat que je peux faire, après 17 ans au parlement, c'est que la santé publique reste le parent pauvre de notre système de santé, qui est d'ailleurs axé essentiellement sur le curatif. Cela a été rappelé par mon collègue sénateur Etienne.

Il a fallu la ténacité de Jean-François Mattei pour qu'on puisse débattre de la première loi de santé publique en 2004. Il ne l'a pas achevé, et c'est son successeur qui l'a reprise à son corps défendant entre désinvolture et indifférence. Ensuite, nous avons attendu la loi de santé publique HPST, où finalement la santé publique elle-même, dans un ensemble très hétéroclite, a servi d'alibi et s'est réduite à quelques articles sans grande envergure, parce qu'il n'y avait pas d'espace pour cela, qui se sont limités à des interdictions qui n'ont d'ailleurs jamais été mises en œuvre et jamais respectées. Je parle, par exemple, de

l'interdiction de vendre des cigarettes aux mineurs, de l'alcool aux mineurs. L'interdiction des open-bars, tout ça, ça fait plaisir à tout le monde, ça fait plaisir aux politiques qui pensent avoir fait quelque chose, et in fine, rien ne se passe sur le terrain parce que l'appareil de l'Etat est totalement indifférent et refuse de faire appliquer les interdictions votées par le parlement.

La difficulté de revenir sur une loi de santé publique, c'est qu'elle heurte de plain-pied l'ensemble des intérêts économiques. Il ne faut pas se leurrer. La santé publique a du mal à passer en France pour différentes raisons culturelles, mais aussi parce que les lobbies économiques sont trop puissants. Le politique écoute davantage l'intérêt économique que la santé de ses électeurs. Ils n'ont pas encore compris. Finalement, un électeur mort, ça ne les dérange pas.

Troisièmement, je regarde ça avec la liberté de ton que me permet le fait d'être à distance, je crois que la santé publique, à défaut de se concrétiser, reste très présente dans la logorrhée politique. Le principe est qu'il faut toujours en parler, parce que c'est valorisant, et n'agir jamais. Comme ça, on a une matière qui reste permanente.

J'attends donc avec beaucoup d'impatience, en tant qu'ancien parlementaire ayant participé concrètement à la discussion sur la première loi de santé publique, qu'on la remette sur l'établi. Nous allons voir, on nous dit qu'elle a réduit d'un taux, et on nous dit ça assez régulièrement, donc nous verrons comment nous ferons.

Je ne vais pas m'étendre davantage sur ce constat lucide sur la santé publique. Je vais passer à la suite de mon exposé pour parler de deux choses.

J'ai une double casquette, je suis président de l'alliance contre le tabac, c'est en partie pour cela qu'on m'a invité, et deuxièmement, je suis aussi maire d'une commune où j'ai essayé de mettre en œuvre un certain nombre d'actions de santé publique de manière très concrète, puisqu'on nous demande des pistes concrètes, je vais proposer un peu le fruit de mon expérience.

En ce qui concerne la lutte contre le tabagisme, l'absence de volonté politique entretient une hécatombe de 73 000 morts par an victimes du tabagisme. La dernière décennie a montré clairement, et je crois que c'est l'une des leçons que l'on tire de l'action politique de la dernière décennie, qu'une succession de mesures ne fait pas une politique de santé publique efficace.

Nous avons augmenté le prix du tabac, 40 % en 2003. Nous avons interdit, à mon initiative, de fumer dans les lieux publics. Ensuite, on a eu les interdictions de vente aux mineurs, et ainsi de suite. De petites mesurettes, qui mises dos à dos, n'ont pas permis, bien au contraire, de réduire le tabagisme. Cela doit nous interpeller.

Les mesures d'interdiction de vente aux mineurs ont pourtant le soutien des Français partout, y compris des fumeurs. Mais d'une manière générale, je l'ai vécu, et Gérard Bapt peut en témoigner, nous avons souvent combattu ensemble, défendu ensemble des propositions qui, finalement, n'étaient pas suffisamment soutenues pour le pouvoir majoritaire auquel j'appartenais à l'époque. Les politiques sont frileux et ont peur d'affronter les intérêts économiques. Là aussi, il y a une véritable analyse à faire. Comment se fait-il que les Français semblent plus aller dans un certain nombre de directions au bénéfice de la santé publique, et que les politiques ont tellement peur ? Les politiques redoutent davantage les buralistes qui râlent, que les Français. Les buralistes, ils n'ont pas compris qu'ils n'étaient pas prescripteurs de votes. Je ne vais pas chez mon buraliste ni chez mon médecin pour savoir ce que je dois voter. Je crois qu'il faut qu'on analyse ce décalage pour remettre le politique en face des véritables attentes des Français, et pas simplement à l'écoute des exigences de certains lobbies économiques.

En ce qui concerne plus précisément l'alliance contre le tabac, j'en suis le président depuis mi-avril, j'ai essayé de réorienter ou de clarifier les orientations. Les associations de lutte contre le tabagisme sont surtout identifiées comme des associations qui ne prônent que des choses désagréables : augmenter le prix, interdire, interdire, augmenter. J'essaie

de faire passer le message, notamment dans le cadre du plan cancer 3, mais aussi dans le cadre de la future loi de santé publique, et je suis inquiet. L'un de mes collègues, le professeur Martinet à Avignon me dit qu'il n'y aura peut-être pas besoin de beaucoup de mesures de lutte contre le tabac dans la loi de santé publique. J'essaierai de me le faire confirmer.

La première des priorités, à notre avis, c'est qu'il faut aider les fumeurs à sortir du tabagisme. Là, on inverse les priorités. Je prétends qu'il faut d'abord une prise en charge simplifiée et intégrale, une prise en charge intégralement prise en compte pour l'accompagnement au sevrage. Dans la complexité du message, on prend en charge les femmes enceintes, les jeunes. Si on veut vraiment lutter contre le tabagisme, il faut prendre en charge l'accompagnement médical, et pas simplement médicamenteux du sevrage tabagique.

Deuxièmement, il faut une politique du prix incitative à l'arrêt du tabac, et qui s'inscrive dans cette démarche, et pas l'inverse. Il ne faut pas en faire la première des priorités. Aujourd'hui, la politique du prix, comme tout gouvernement, ça veut dire qu'il faut remplir les caisses. C'est tout le dilemme. Aujourd'hui, Bercy n'a envie que d'une chose : se garantir les rentrées fiscales. La santé des Français, ils n'en ont rien à cirer à Bercy.

Ensuite, il faut promouvoir et coordonner les axes de prévention au niveau local et au niveau national. Il faut également promouvoir la recherche, parce que je crois que nous avons beaucoup de retard là-dedans. Nous ne connaissons pas suffisamment tous les phénomènes qui empêchent les gens de s'inscrire dans une démarche positive en termes de santé publique. Il faut que nous ayons une politique globale, une approche globale et non pas sectorielle, segmentée. Cela s'inscrit en complémentarité de ce que disait Madame tout à l'heure. Il faut que nous revoyions un peu le modèle.

Une politique active de lutte contre le tabagisme est une politique qui permettra de faire baisser le tabagisme. Il n'y a aucune raison que le tabagisme augmente en France, et baisse de manière significative dans des pays voisins comme la Grande-Bretagne, l'Australie, le Canada, les Etats-Unis. Je pense simplement qu'il faut une politique globale et cohérente.

Ensuite, je crois qu'il faut probablement aider, et deuxièmement protéger les jeunes. C'est la cible essentielle. Nous voyons que là aussi, le tabagisme se développe. Il faut protéger nos enfants. Je pense qu'il faut faire passer un message. On ne fume plus en présence d'enfants. Quels parents peuvent continuer à s'imaginer que l'on peut fumer impunément en présence d'enfants ? D'abord en raison des dégâts du tabagisme passif chez soi, et deuxièmement, en raison de l'image que l'on donne. A partir de là, il faut peut-être essayer de décliner quelques recommandations, que les élus locaux peuvent mettre en œuvre en disant qu'on ne fume plus dans un parc, dans un parc de jeux, à la sortir de l'école, et ainsi de suite. Il y a des principes qu'il faut essayer de faire rentrer comme un certain nombre de messages sanitaires concernant la nutrition.

Deuxièmement, il faut pratiquer une politique de prix dissuasive. Pour les jeunes, c'est certainement l'un des outils majeurs.

Troisièmement, nous faisons la promotion du paquet neutre. Un paquet qui deviendrait essentiellement le vecteur, non plus du marketing des marques, mais un paquet neutre qui deviendrait le vecteur unique des messages sanitaires. L'Australie l'a mis en route début décembre. Les premières études montrent qu'il y a quand même un impact. Il faudra le vérifier. C'est l'arme atomique contre les fabricants de tabac, ils vont se battre comme des lions pour que cela ne se mette pas en œuvre, avec des budgets illimités, nous l'avons vu au Parlement européen.

Quatrièmement, il faut contrôler enfin les interdictions de vente aux mineurs, comme les interdictions de fumer dans les lieux publics. En France, il n'y a eu aucun contrôle, ni pour l'interdiction de fumer dans les lieux publics, qui Dieu merci s'est imposée parce que les Français l'exigeaient et qu'aujourd'hui, plus personne n'imaginerait supporter une cigarette qui s'allumerait dans un restaurant. Même sur des terrasses, il y a parfois

quelques conflits. L'interdiction de vente du tabac, je crois vous avoir montré que 60 % des buralistes vendent des paquets de cigarettes aux mineurs. C'est vrai qu'un enfant de douze ans, aujourd'hui, il est tellement bien nourri qu'on peut le confondre avec un adolescent de 18 ans. Ce sont au moins les buralistes qui les confondent, donc il faudrait leur faire une formation.

Enfin, il faut promouvoir l'arrêt du tabac dès l'adolescence. Il ne faut pas considérer que c'est une période où rien n'est possible. Je pense que c'est extrêmement important.

La deuxième priorité, pour nous, c'est protéger et faire en sorte que les politiques globales soient mises en route.

La troisième priorité, c'est renforcer le contrôle du tabac par tous les moyens. Il faut interdire aux fabricants, aux industriels, qui ont des moyens considérables, toutes les possibilités de marketing qui sont encore accessibles. Il faut interdire, non pas des conflits d'intérêts comme dans le cadre de la santé, mais tout lien d'intérêt avec l'industrie du tabac. Il n'y a pas de lien d'intérêt possible avec l'industrie du tabac. Je crois que c'est extrêmement important.

Quand vous avez vu qu'au printemps, le numéro trois des Douanes était un invité de l'industrie du tabac pour convaincre les parlementaires de ne pas augmenter les tarifs, il y a quelque chose qui ne tourne pas rond dans l'Administration française. Quand le numéro 2 se fait inviter à Roland Garros, par la même industrie de tabac, il y a quelque chose qui ne tourne pas rond. Il est temps qu'il y ait non seulement de l'éthique du côté des politiques, parce que nous restons des cibles faciles, mais aussi de l'éthique dans la haute administration. C'est loin d'être le cas.

Enfin, il faut imposer aux multinationales du tabac une contribution sur leur chiffre d'affaires, qui sera consacrée à la prévention.

J'en viens maintenant, et je saute du coq à l'âne, à ce qui se passe dans ma ville. Lingolsheim est une ville de 17 000 habitants dans la banlieue de Strasbourg. Depuis 2006, nous avons engagé une lutte globale pour promouvoir le bien manger et bouger. Cette politique de sensibilisation vise à promouvoir notamment une alimentation équilibrée, une activité physique. Elle s'adresse à différents publics, les jeunes, les enfants, les séniors, les publics en difficulté. Cela se passe à travers des partenariats, des associations, la faculté du sport de Strasbourg, le STAPS, tout ça à travers différents outils que nous avons mis en place un peu seuls, avec ces partenaires. Néanmoins, ils nous permettent d'engager une réflexion dès la maternelle, où j'ai décidé de dire qu'on ne distribuait plus de goûter, mais des fruits. Toute une sensibilisation aussi aux bonnes pratiques alimentaires.

Nous avons mis au point, pour ce qui est de l'alimentation, avec une association de personnes handicapées, un livre de cuisine tout récemment, qui met en scène des recettes simples. Ce n'est pas par internet, mais il est à destination aussi des analphabètes. On peut faire sa recette sans savoir lire. C'est intéressant. Un tel ouvrage permet aussi, dans notre épicerie sociale, d'aborder les publics en difficulté, où il y a une vraie cohérence dans l'action. Je pense que ce sont des exemples concrets de ce que nous pouvons faire au niveau local.

Dans l'épicerie sociale, nous avons mis en place des jardins d'épisodes où des gens en difficulté peuvent réapprendre à cultiver, à récolter et à manger ce qu'ils produisent. Cela participe d'une sensibilisation, d'une création de lien social. Enfin, au niveau de l'activité physique, je crois que nous essayons de faire tous azimuts un parcours de santé qui a été modernisé avec l'université, des ateliers de fitness que j'essaie de répandre un peu, il y en aura quatre ou cinq dans la commune, donc accessibles facilement aux jeunes comme aux séniors. Les séniors sont très friands de cela. Un parcours chronométré dans le cadre des parcours santé au niveau de la ville, sur le modèle de ce que présente l'INPES. Pour aller d'un lieu à l'autre, il faut tant de minutes. Cela sensibilise les gens.

A partir de là, les professionnels de santé auront des outils pour prescrire des recommandations sportives, d'activité physique. Nous nous inscrivons dans une démarche très pragmatique de ce que les gens peuvent comprendre, accepter, adopter à tous les niveaux de public.

Je voudrais simplement terminer en rappelant que pour la prochaine loi de santé publique, je voulais, à travers ces exemples, dire aussi que les communes sont des acteurs incontournables, parce que nous sommes les véritables acteurs de proximité et que nous avons en charge les enfants dès le plus jeune âge, les publics en difficulté, nous accompagnons les séniors. Il y a donc vraiment un champ d'actions infini pour peu qu'on leur en donne les moyens en termes de connaissance et les moyens en termes d'implication financière.

Je vous remercie.

(applaudissements)

Dr Jean-Michel LECERF

Merci beaucoup, Monsieur Yves Bur, de ce témoignage extrêmement intéressant et très motivé. Si cela ne vous dérange pas, je vous propose de faire une discussion commune avec Monsieur Gérard Bapt qui doit nous quitter à 17 heures. Il est député PS de Haute-Garonne, membre de la Commission des affaires sociales, rapporteur du PLFSS. Il va nous faire part des faiblesses des politiques de prévention en France. Nous aurons peut-être quelques instants pour une discussion commune avant la clôture, et la diffusion du message de Madame Valérie Fourneyron.

Gérard BAPT

Merci, Monsieur le Président. Je ne vais pas vous faire part des faiblesses de la prévention en France, parce que j'ai l'impression que vous l'avez largement exploré ce champ de la faiblesse des politiques de prévention en France. J'ai eu la chance d'écouter une partie des intervenants ce matin, et notamment un Finlandais qui n'était pas là en tant que représentant de la Finlande, mais qui nous a exposé que le premier handicap qu'il y a à toute politique de santé publique ici concerne la crédibilité de la parole publique, de la parole sanitaire des autorités sanitaires. Celui qui a le plus de crédibilité, d'après les sondages que j'ai vu passer, il y en a eu plusieurs, cela n'a jamais été démenti, c'est le médecin de famille et le pharmacien de proximité. Celui qui est en dernier, c'est le ministre ou la ministre. Juste un petit point un peu moins mal, les autorités sanitaires, les agences. C'est un énorme problème.

Voilà pourquoi je m'inscris tout à fait en suivant Yves Bur sur la réalité de l'efficacité de l'action sur le terrain.

Le niveau de l'action. Bon, il se trouve que je ne suis plus tout à fait Maire, je ne suis plus qu'adjoint, parce que j'ai laissé ma place à ma première adjointe, selon la ligue anticumul, mais ma commune avait participé à l'action dite EPODE, expérimentation de la prévention de l'obésité juvénile. Cette commune fait à peine plus de 10 000 habitants, mais les résultats avaient été extraordinaires. Le problème, c'est que maintenant, le PNNS (programme national de nutrition et de santé) se poursuit par une réunion annuelle où on se réunit au siège de l'ARS ou de la DRJS, ou de la cohésion sociale pour quelque sorte de mécaniques administratives qui se déroulent. Si ce n'est pas relayé par des initiatives sur le terrain, cela devient déliquescent.

Ces initiatives sur le terrain sont bien entendu pour l'activité physique. De la même façon, il y a des groupes de marche, des associations. Nous avons regroupé la journée mondiale de l'obésité et la journée mondiale du sport, avec des activités intergénérationnelles ce jour-là, en le doublant par une continuité de ce qu'on appelle l'action EPODE, c'est-à-dire l'accompagnement à l'éducation nutritionnelle. Le centre social offre des lunchs, ou des goûters étiquetés EPODE, c'est-à-dire fruits et légumes bios. Nous avons aussi une action avec INTERFEL fruits et légumes, et tous les trimestres,

une animation sur le marché qui propose des aliments naturels de saison et sains, en essayant d'être bios.

Ce sont des actions sur le terrain, et je pense que c'est ça qui est le plus efficace. J'ai noté sur mon petit calepin l'idée de mettre les distances en temps. Ce sont des choses comme ça qui peuvent passer. Une suggestion que je fais. Aujourd'hui, on va développer, dans le cadre régional, les pactes territoriaux et les plans territorialisés de santé sur les bassins de vie dans le cadre des contrats locaux de santé. Il y aura non seulement les soignants, mais aussi les élus et les associations qui devront s'y mettre. Ce serait bien d'y mettre un volet sport santé, c'est peut-être prévu.

Je vais sortir de l'échelon local après en avoir dit tout le bien, pour en venir à la question que vous me posiez par rapport à l'action législative proprement dite. L'action législative a ses mérites. Moi, je suis à l'initiative de la loi qui a conduit à interdire les biberons au bisphénol. J'espère qu'à partir du 1er janvier 2015, l'ensemble des contenants alimentaires contenant du Bisphénol seront interdits. On sait que c'est un facteur environnemental d'origine chimique qui influe sur un certain nombre de déterminants, notamment de l'obésité et du diabète. Sans doute aussi du cancer.

Je pense aussi qu'en ce qui concerne l'action législative, il y a des initiatives qui sont prises aujourd'hui, concernant par exemple le fait que dans les collectivités locales - il y a une proposition de loi qui vient de passer au Sénat et qui va nous arriver - on tende vers l'utilisation zéro des pesticides. Ce sont aussi des initiatives qui doivent progressivement du terrain et être relayée par l'échelon législatif. Mais l'échelon législatif lui-même se heurte à un énorme obstacle. D'une part, les intérêts économiques, les lobbies, mais il faut aussi, surtout quand on est dans la situation économique de l'emploi dans laquelle nous sommes, savoir composer, savoir passer des compromis, savoir essayer d'avancer en partenariat. Même si je vois bien les limites du partenariat dans ces fameuses chartes. On dit qu'on a fait du progrès sur le sel, le sucre, les corps gras. On s'est contenté de charte. De la même façon que pour l'information.

Je me rappelle quand on discutait la loi de santé publique à laquelle faisait allusion Yves Bur, plutôt que de faire de la réglementation, il vaut mieux que cela naisse des compromis avec les acteurs eux-mêmes. Nous avions donc fait une charte. Là, ça avait été un peu incitatif, le fait que le bandeau « bougez, mangez ». C'était issu d'un donnant donnant, vous échappez à une taxe si vous inscrivez cette insertion sous votre publicité, en bandeau. Nous en voyons maintenant les limites, très certainement.

A l'occasion de la prochaine loi de santé publique, ça va revenir.

Je me demandais ce matin, en vous écoutant, Madame, si le fait qu'une seconde charte, qui paraît-il va être beaucoup mieux que la première, soit en train d'être négociée, ça a un lien avec le fait qu'on annonce en 2014 une nouvelle loi de santé publique. Cela pourrait permettre de s'entendre dire : « on vient de faire une nouvelle charte, attendons un peu avant de réglementer et d'interdire ».

Il faut voir la façon dont les échéances s'inscrivent depuis des années, ou si c'est une opportunité.

Il y a une autre difficulté, c'est l'échelon européen. On a beaucoup de réglementations qui dépendent de l'échelon européen. J'ai été à l'origine de l'interdiction des contenants alimentaires pour toutes les générations, notamment pour l'alimentation de la femme enceinte et de la petite enfance ou de l'adolescence au moment de la puberté. Elle doit prendre effet au 1er janvier 2015, mais je ne me fais pas d'illusion. Si d'ici là, on n'a pas gagné aussi au plan européen, comme ce fut le cas pour les biberons, il va être très difficile au plan national d'interdire le fait que des contenants alimentaires contenant du bisphénol soient arrêtés aux frontières. Si cela ne devient pas, dans un espace communautaire où il y a la libre circulation des marchandises, une contrainte européenne, nous serons dans la situation de devoir reporter, comptant uniquement sur la pression des consommateurs sur le marketing de certains, qui pourront faire leur affichage sans

bisphénol par rapport aux autres et qui pourra entraîner un mouvement de l'ensemble des concurrents.

Cet échelon européen est très important. C'est notamment le cas pour les pesticides. Ce qui s'est passé cet été, où on a suspendu pour deux ans, mais uniquement pour certaines cultures, deux pesticides qui sont maintenant reconnus comme étant des facteurs majeurs de mortalité des abeilles, la proposition française n'a abouti qu'à l'interdiction, notamment du Cruiser, sur certaines cultures, et à certaines saisons, pour deux ans. Alors même que l'on sait que la durée de vie de ces substances dans la nature est plus longue.

L'échelon européen est donc aussi un grand obstacle en ce qui concerne la législation. Parfois, on a des succès. On vient de voter une loi interdisant que dans les territoires d'outre-mer, notamment aux Antilles ou à La Réunion, on commercialise des produits sous le même étiquetage que dans l'hexagone alors qu'ils sont beaucoup plus riches en sucre, sous prétexte que cela répond au goût local, avec des taux d'obésité et de diabète explosifs aux Antilles et à La Réunion.

Là aussi, lorsque la première proposition de loi était arrivée en discussion à l'assemblée, on avait dit qu'on allait plutôt passer par une charte. On sait très bien que quand il y a une véritable urgence de santé publique, comme l'explosion du diabète dans ces territoires, il faut passer par la législation.

Deux mots, concernant d'une part les initiatives citoyennes. Le député est celui qui vote les lois, certes, mais il est aussi médiateur, il est aussi le facteur qui fait remonter les choses. Il peut être aussi parfois lanceur ou au moins transmetteur d'alertes. J'ai essayé de le faire dans l'affaire du Mediator, mais j'essaie de le faire en ce moment en ce qui concerne les pesticides et les perturbateurs endocriniens. Mais les initiatives citoyennes et la pression de la société sont aussi importantes aujourd'hui que l'action que l'on peut avoir en essayant de faire bouger les textes des lois et des règlements. Encore faut-il que lorsque la loi est votée, elle soit traduite dans les règlements dans son esprit, et ensuite qu'elle soit appliquée. Yves Bur citait l'exemple de l'interdiction de vente aux mineurs.

Et puis, il y a une autre chose sur laquelle nous sommes encore, je crois, très en retard, c'est la prise en compte des inégalités environnementales de santé, qui se potentialisent d'ailleurs souvent avec les inégalités sociales de santé. Il y a un géographe, le professeur Vigneron, qui a fait une étude sur la ligne B du RER. Il part de la Courneuve et il arrive à Port-Royal. D'un côté, vous avez la mortalité, la morbidité, le niveau universitaire, le niveau culturel, le livre de revenus. Progressivement, vous allez de La Courneuve à Port-Royal, vous voyez que toutes les courbes s'inversent. Les problèmes de prévention et de réduction des inégalités de santé passent aussi par des actions générales de la société, y compris donc les conditions d'habitat et les conditions de transport et de travail.

Un petit mot enfin pour parler de ce par quoi j'ai commencé tout à l'heure, le médecin généraliste. On veut en faire le pivot de tout. Comment pourra-t-il avoir le temps de faire la consultation alors même qu'il est complètement débordé ? Dans ma commune, on faisait tous les trimestres une soirée d'information vers les parents d'élèves autour de l'action EPODE, prévention de l'obésité juvénile. Nous invitions systématique les médecins, mais ils ne venaient jamais, parce qu'ils sont débordés, ils sont fatigués, ils ne peuvent pas venir. Cela implique aussi cela, une réorganisation de ce qu'on appelle la médecine de premier recours. Libérer du temps médical, qui devient rare dans certains territoires.

Tout ça, ça fait partie de la façon dont on pourrait améliorer à la fois l'égalité et les conditions de préservation de ce qu'on appelle, peut-être improprement, le capital santé.

C'était pour débotter quelques remarques que je souhaitais vous faire, en souhaitant que cette loi santé publique arrive en 2014, au moins en première lecture à l'Assemblée nationale et en souhaitant qu'Yves soit toujours là pour nous apporter son expérience.

Dr Jean-Michel LECERF

Ce qu'il y a d'extraordinaire, c'est que celui de ma droite est de gauche, et celui de ma gauche est de droite. Il est intéressant de remarquer à quel point, il y a des synergies quand on travaille tous ensemble. Le nombre d'idées que vous avez émises, Monsieur Bapt et Monsieur Bur, en quelques instants, dans des domaines aussi variés que les pesticides, l'alimentation, les polluants et le tabac, l'activité des médecins, c'est impressionnant.

Il y a vraiment beaucoup de bonnes volontés et les gens doivent travailler davantage ensemble, cela me semble essentiel.

On peut leur poser une ou deux questions avant qu'ils nous quittent.

Frédéric Tessier, chercheur à LaSalle Beauvais.

Frédéric TESSIER, chercheur à LaSalle Beauvais

Je ne voudrais pas plomber l'optimisme des députés. Bien sûr, les actions de terrain sont importantes, et je participe aussi aux actions de terrain, sur la ville de Beauvais en particulier, qui était aussi une ville pilote EPODE. Mais ce qui manque bien souvent dans vos actions, c'est une évaluation. Bien sûr, je suis peut-être enseignant-chercheur, je suis peut-être trop focalisé sur la recherche, mais vous menez des actions et il y a peu d'évaluation derrière. Ce n'est pas pour cibler les actions qui ne marchent pas, mais au contraire pour faire ressortir celles qui marchent et ne conserver qu'elles.

Vous dites qu'EPODE a donné des résultats formidables. Je ne les ai pas vus. J'ai demandé tous les chiffres et ceux que j'ai vus indiquent au mieux une stabilité de l'obésité infantile, ce qui est déjà pas mal, mais certainement pas une inversion de tendance.

Si la satisfaction, c'est de voir du monde dans vos salles, ou dans nos salles parce que je participe aussi à des actions de terrain, c'est une chose, mais ce n'est pas suffisant, ce n'est pas l'objectif.

Gérard BAPT

Le résultat a été formidable, surtout sur les petites communes. J'étais la plus petite commune. Nous avons éliminé deux tiers de surpoids, et nous avons orienté vers le réseau RéPOP la prise en charge des enfants en obésité. J'avais la chance d'être dans une petite commune, plus facile. J'avais la chance d'avoir des CLAE dans tous les groupes scolaires, avec les animateurs qui mangeaient avec les enfants à chaque table. Ils intervenaient en permanence, avec la formation du personnel. Je sais qu'à Roubaix, il n'y a eu qu'une stabilisation. Ce n'était pas un résultat formidable. Peut-être qu'à Beauvais aussi. Je n'ai parlé que de ma commune.

L'évaluation, on la fait de plus en plus. Au plan parlementaire, aujourd'hui, il y a une procédure qui fait que chacune des lois votées donne matière, l'année suivante, à une réévaluation dans le cadre de la commission compétente. C'est un effort.

Yves BUR

Je voulais le dire, mais dans la précipitation, cela m'a échappé. Je crois que le point faible que nous avons dans l'action de proximité, c'est que nous n'avons pas les outils d'évaluation.

Il faut donc que nous trouvions les moyens de contractualiser, notamment avec l'université, pour essayer de voir quels bénéfices un certain nombre d'actions au long cours, parce que la politique que j'applique dans ma commune est une politique au long cours, depuis 2006, nous progressons, nous la maintenons. Ce ne sont pas simplement des coups, ce sont vraiment des politiques structurantes au niveau de la ville. C'est vrai que nous n'avons pas les outils Là-dessus, il faut à la fois que les ARS et les universités s'impliquent davantage.

Dr Thanh LE LUONG

Je souscris totalement à ce que vous dites. Effectivement, en matière de promotion de la santé, en prévention, en France, nous manquons d'évaluations scientifiques. Nous avons souvent des évaluations de processus et de satisfaction. Nous manquons également d'un système d'information qui nous permettrait d'avoir des évaluations d'impacts.

Nous élaborons un guide d'évaluation des actions locales, mais encore une fois, il manque les systèmes d'information. Nous venons de tenir un colloque de recherches européen en prévention pour essayer de faire dialoguer les acteurs de terrain, qui sont plus dans des actions spontanées, et des équipes universitaires, justement pour évaluer. Nous ne sommes pas tenus de faire le gold standard, analysé, contrôlé, randomisé, mais au moins une évaluation d'impacts de manière indirecte. Evidemment, on ne peut pas toujours avoir un impact direct.

Ce qu'on préconise, nous, c'est une base de données, un registre – ce qui se passe à l'étranger – des interventions efficaces et validées, mises à disposition de l'ensemble des acteurs du champ.

Dr Dominique BONTE

Je pense que quand on parle de prévention santé, dans la représentation des gens en général, c'est médical. De fait, nous l'avons vu cet après-midi, nous voyons bien que, bien sûr, c'est médical, le médecin est au centre du système parce que c'est celui auquel les gens accordent le plus leur confiance quand ils parlent de santé. Cela ne veut pas dire que les acteurs ne sont pas multiples et que toute la prévention repose sur le médecin. Certains médecins vont s'investir beaucoup, d'autres moins. Par contre, il doit être coordonnateur et connaître tout ce qui existe pour ses patients, parce que c'est lui le référent de la population pour l'instant quand on parle de santé.

C'est le sentiment que j'ai à l'issue des discussions de cet après-midi. Je vois plein de généralistes qui s'impliquent très forts, d'autres qui ne peuvent pas, mais avec des conseils minimaux éclairés, on peut tout à fait, avec très peu de temps, orienter vers les structures de proximité qui existent.

Francine de PACHERE, Pharmacien, Professionnel du sport

Je suis pharmacien et professionnel du sport, avec un brevet d'Etat. J'ai mes deux parcours en permanence et je suis actuellement consultante nutrition sport santé.

En fait, on se rend compte que les professionnels de santé, que ce soit les médecins, les pharmaciens, les ostéopathes, ils ont tous leurs pratiques, avec beaucoup de temps à dégager pour leurs pratiques en spécial. Même quand ils ont une deuxième profession à côté, validée par des diplômes ou des pratiques, ils ont beaucoup de mal à associer les deux pour des questions de temps, de budget ou autres.

En fait, quand on est un professionnel qui essaie d'associer les deux pratiques, on n'a pas une place très bien reconnue. Nous ne sommes rien nulle part, à peu près. En santé, tout est bien sectionné, et on n'a pas de place intermédiaire validée.

Ma question est la suivante : dans le futur, y aura-t-il une place pour nous, parce qu'on est nombreux à avoir des double-parcours, ou plusieurs types de compétences, on peut associer le sport santé ? Nous, nous pouvons dégager du temps pour faire du coaching individualisé, du personnalisé pour chaque personne, où nous avons des notions à la fois de santé et d'exercice physique. Y aura-t-il cette possibilité dans l'avenir ?

Dr Dominique BONTE

C'est mon souhait, mais moi je suis humble acteur de terrain. J'essaie de tricoter avec des politiques, avec les gens, avec les politiques locales, les institutions avec lesquelles je suis autour, tout le tissu. Mais je pense que l'on peut avoir une voix qui influe les décisions

politiques. Je pense qu'il faut inventer de nouveaux métiers en tout cas, et de nouvelles positions pour accompagner les gens dans leur santé. J'en suis certaine. Là-dessus, il faut que nous soyons créatifs et que nous fassions des propositions. Je pense vraiment que c'est l'avenir.

Dr Jean-Michel LECERF

Elle a parlé d'avenir, je vais parler de fin. C'est une bonne transition. L'an dernier, nous avons eu un colloque qui a essayé de voir comment le médecin était, non pas le centre, mais l'un des acteurs, et nous nous étions vite rendu compte qu'il y avait beaucoup d'acteurs non médicaux, parce que c'est un peu un sentiment que l'on partage aujourd'hui, il est clair que la prévention concerne la santé, donc les médecins, mais que les déterminants ne sont pas médicaux, ils sont comportementaux, culturels, économiques, sociologiques, etc. Par conséquent, il est évident qu'il faut des approches multidisciplinaires, multiculturelles pour réussir à faire des choses.

Ce qui apparaît aussi, c'est que la prévention, comme je le disais ce matin, tout le monde en veut. Tout le monde le désire, c'est comme le bonheur, mais ce n'est pas aussi simple que cela. Par conséquent, il faut vraiment que l'on se rende compte que c'est une vraie discipline, c'est une vraie spécialité, c'est une vraie compétence. Il faut des experts, des gens qui savent de quoi ils parlent, et nous avons eu aujourd'hui, plusieurs fois, des gens qui nous ont apporté des éléments très forts, techniques, scientifiques, objectifs, qui font que ce n'est pas aussi évident que cela.

Les idées trop simples sont toujours peu utilisables. Je reprendrai la phrase de Paul Valéry, ce qui est simple est inutilisable, ce qui ne l'est pas est faux. Par exemple, dire que l'obésité est une maladie nutritionnelle est une erreur. C'est une maladie multifactorielle, qui n'est pas une maladie nutritionnelle, même si la nutrition joue un rôle dans cette affection.

Essayons d'être à la fois modestes et justes dans nos propos. Ainsi, nous pourrons travailler tous ensemble pour mener des actions qui seront efficaces et sans effets adverses, parce qu'on nous a montré aussi qu'il y avait de temps en temps des effets adverses, et qu'avec beaucoup de bonne volonté, on faisait parfois beaucoup de bêtises. L'enfer est pavé de bonnes intentions, nous disait ce matin l'un d'entre nous.

Merci, Monsieur Bapt.

Pour terminer, nous avons un message de Valérie Fourneyron, ministre des Sports. Je vais vous laisser l'écouter, et je vous donnerai rendez-vous tout à l'heure, avant que l'on se quitte, pour une autre rencontre.

Merci.

Valérie FOURNEYRON

Bonjour à toutes et à tous. D'abord, beaucoup de regrets pour moi aujourd'hui de ne pas pouvoir participer à vos échanges sur un sujet qui m'est cher, depuis de longues années, qui est le sport, la pratique sportive, outil de santé publique.

L'ensemble des études, nationales, internationales, qui ont été publiées toutes ces dernières années, nous montre que la pratique sportive est un outil de prévention primaire, contre la sédentarité bien sûr et toutes les maladies qui y sont liées. Prévention secondaire pour un certain nombre de pathologies parmi les plus fréquentes : l'hypertension artérielle, le diabète. Et de prévention tertiaire, avec l'ensemble des études qui ont pu être menées, par exemple par l'INCA, sur les récidives en matière de cancer, cancer du sein chez la femme, cancer du côlon chez l'homme.

Cela fait des années qu'il y a une multitude d'études qui nous montrent que l'activité sportive peut être tellement intégrée à une politique de santé publique. C'est pour ça que le 10 octobre, il y a presque un an, avec la ministre de la Santé et des Affaires sociales,

Marisol Touraine, nous avions, en Conseil des ministres, présenté une communication commune autour de ce sujet, mais avec deux grands axes de travail.

Le premier, permettre qu'il y ait un accès au sport pour tous. Il y a encore de grandes inégalités d'accès à la pratique sportive. Des inégalités liées aux conditions sociales, à l'accès aux équipements. Des inégalités sur les territoires, à la réalité parfois de différences en fonction des genres.

Nous avons aujourd'hui besoin, à tous les niveaux, de permettre qu'il y ait une pratique sportive qui soit la plus ouverte possible, la plus facile possible. Bien entendu, elle démarre à l'école.

Et puis, il y a un deuxième axe dans cette communication que nous avons voulu porter ensemble. Celle de la prise en charge. L'accompagnement des publics spécifiques, des publics qui ont une pathologie chronique, et qui nécessitent à cette occasion une adaptation de l'ensemble du réseau qui peut les prendre en charge. C'est pour cela que nous avons souhaité qu'il y ait, sur chacune des régions françaises, la mise en place de réseaux sport santé bien-être.

Le travail mené entre les agences régionales de santé, les directions régionales de la jeunesse et des sports, et de la cohésion sociale, pour que sur chaque territoire, nous puissions construire ce réseau. Ce réseau avec les services de l'Etat, avec des partenaires qui sont adaptés à chacun des territoires, les collectivités locales, qui sont toujours au rendez-vous. Le mouvement sportif, le secteur de l'économie sociale et solidaire, mais aussi, bien sûr, la profession médicale, des partenaires mutualistes, des partenaires privés, nous avons, sur chaque territoire, ainsi pu commencer à construire ces réseaux qui permettent à des publics qui ont des pathologies, qui ont des facteurs de risques, qui sont aujourd'hui pris en charge par des services hospitaliers, de trouver le chemin de la pratique sportive qui leur permettra de limiter les effets de leur pathologie, voire de diminuer les risques d'un certain nombre de ces pathologies chroniques.

Nous avons voulu être au rendez-vous aussi sur le plan financier, à la fois sur le FIR dans les agences régionales de santé, sur le CMDS dans mon ministère. Nous avons mis sur la table 1,5 million d'euros sur les deux, donc 3 millions au total pour accompagner la mise en place de ces réseaux sport santé bien-être. J'ai voulu qu'au sein de mon ministère, au sein de cette réorganisation souhaitée, la dimension sport santé soit au rendez-vous, avec un pôle ressources sport santé, qui nous permet de faire remonter, d'évaluer, mais aussi de partager l'ensemble de ces expériences qui sont réalisées sur le terrain, l'ensemble de ces partenariats qui se créent, avec un Conseil scientifique qui est aujourd'hui présidé par le Professeur Martine Duclos, dont on connaît l'expérience sur le CHU de Clermont.

Nous voulions créer l'ensemble de cette dynamique, avec la nécessité d'aller plus loin avec trois axes prioritaires. Le premier, c'est de prendre en compte l'annonce que la Haute autorité de santé disait dès 2011 autour des thérapeutiques non médicamenteuses. L'étude économique montre que quand il y a une pratique sportive régulière, il y a environ 250 euros par an en moins de dépensés, de coûts sociaux, ce qui pourrait faire une économie potentielle de 6 milliards d'euros.

Permettre donc qu'il y ait une prise en compte de thérapeutiques non médicamenteuses, d'aller plus loin, comme l'a fait la ville de Strasbourg autour de la prescription de pratiques sportives. De plus en plus de médecins prescrivent cette activité sportive, la recommandent à leurs patients. Il faut que nous allions plus loin et que nous avancions sur cette prescription non médicamenteuse du sport.

Il faut aussi prendre en compte la nécessaire formation des acteurs qui prennent en charge ces publics spécifiques. Formation des éducateurs sportifs, formation dans le champ de l'économie sociale et solidaire, de nos jeunes en emplois STAPS. Permettre aussi cette passerelle avec la formation des soignants, car dans la formation des médecins, on trouve assez peu de place pour la pratique sportive, si ce n'est dans ses risques traumatologiques, dans ses risques de surentraînement et un peu moins dans ce

qu'elle peut apporter en termes d'outil de santé publique. C'est pour ça que nous avons voulu signer une convention entre l'université, les STAPS et les doyens de faculté de médecine pour que des passerelles existent davantage dans ces dispositifs de formation.

Le troisième axe, sur lequel nous voulons progresser, c'est la prise en compte de la réalité de ce champ en termes d'emploi. Il y a un exemple que j'aime citer, qui est le développement que nous avons mis en place sur le territoire de la Bretagne de l'activité physique et sportive dans les EHPAD, dans les résidences de personnes âgées dépendantes. A cette occasion, 50 emplois ont pu être créés autour de cette pratique sportive adaptée, l'emploi qui est évidemment l'une des priorités du gouvernement aujourd'hui pour les jeunes de notre pays.

Voilà un véritable enjeu. Enjeu de politique publique, enjeu de politique qui doit nous permettre, collectivement, de progresser avec tous les partenaires qui sont aujourd'hui ceux que vous avez souhaité réunir dans votre colloque, sur lequel nous sommes déterminés à avancer dans l'ensemble de la politique publique du gouvernement.

(applaudissements)

Dr Jean-Michel LECERF

C'était le mot de la fin. Je ne vais pas en ajouter beaucoup. Merci à chacun des intervenants. Plusieurs sont déjà partis et avaient d'autres obligations. Merci à tous les participants que vous êtes.

Merci aux organisateurs, l'Institut Pasteur de Lille, qui est coorganisateur avec la Fondation PILEJE. Merci à l'Assemblée nationale de nous avoir accueillis.

Je vous donne peut-être rendez-vous une autre année, peut-être si des opportunités nous permettent de réaliser encore ce genre de manifestations et d'aller, pourquoi pas, plus loin, puisqu'on voit que l'on a ouvert beaucoup de pistes.

Merci.

Document rédigé par la société Ubiqus – Tél : 01.44.14.15.16 – http://www.ubiqus.fr – infofrance@ubiqus.com

Index

Nous vous signalons que nous n'avons pu vérifier l'orthographe des noms et termes suivants :

CCCCP 40
Dr MONTVESAT 16
Monsieur Cornet 37, 40
professeur Martinet..... 78
sandei 40