

Les entretiens
« La santé d'âge en âge »

Capital santé :
Mécanismes d'acculturation ?
Pistes d'évaluation ?

Grand Amphithéâtre du Muséum d'Histoire Naturelle
Paris, le 29 Novembre 2007



Ensemble, œuvrons pour un monde en meilleure santé

Sommaire

ANIMATION DES DEBATS

Ruth ELKRIEF, journaliste

INTRODUCTION DES ENTRETIENS PFIZER DE LA SANTE D'AGE EN AGE..... 3

Louis COUILLARD, Président Directeur général de Pfizer France

CAPITAL SANTE : QUELS MECANISMES D'ACCULTURATION ?..... 4

Luc FERRY, Philosophe, Ancien Ministre de l'Education nationale

Philippe LAMOUREUX, Directeur Général de l'INPES

Pr Guy VALLANCIEN, Urologue, Faculté de Médecine René Descartes - Paris V

Gilles LIPOVETSKY, Philosophe, Professeur à l'Université de Grenoble

Jérôme BEDIER, Président de la Fédération du Commerce et de la Distribution

VERS UN INDICATEUR DE LA GESTION DYNAMIQUE DE SON CAPITAL SANTE ?..... 17

Dr Marc SALOMON, Directeur C.R.M. Santé

Robert ROCHEFORT, Directeur Général du CREDOC

Didier TABUTEAU, Directeur de la Chaire Santé à Sciences Po - Paris

Gérard SALEM, Géographe de la Santé - Université Paris X

Alain TRANNOYE, Directeur d'Etudes EHESS

Dr Jean-François CAILLARD, Médecin du Travail

Pr Jean-Louis SAN MARCO, Professeur de Santé Publique

Patrick NEGARET, Directeur de la CPAM de la Sarthe

Quels mécanismes d'acculturation ?

Louis COUILLARD, Président Directeur général de Pfizer France

Monsieur le Ministre, Mesdames et Messieurs, j'ai le grand plaisir au nom de Pfizer de vous accueillir pour cette 3^{ème} édition des Entretiens de la *Santé d'âge en âge* Pfizer. Nous avons la chance d'avoir un auditoire très divers ce matin, avec des représentants du monde associatif, du monde institutionnel, des médias, des assurances, des professions médicales et des entrepreneurs. Ces Entretiens ont pour but de renforcer la place de la santé dans le débat public.

Cette manifestation, progressivement, prend d'ailleurs toute sa place dans la réflexion sur le fait de vivre et vieillir en bonne santé. En 2005, nous avons tenté d'appréhender les conséquences sociales, économiques et politiques du vieillissement annoncé, tendance démographique particulièrement marquée en Europe comme on le sait. En 2006, nous avons tenté de préciser les concepts et les composantes du capital santé et débattu de la question de la responsabilité de la gestion de ce capital santé ; est-ce une responsabilité individuelle, collective ou encore un mélange des deux ? Pour cette troisième édition, nous allons essayer d'assimiler ce concept de capital santé. Nous allons donc explorer des pistes, qui nous l'espérons, nous permettront d'identifier un index, des indicateurs qui rendront possible une gestion plus dynamique par chacun de son capital santé.

Comme vous le savez, Pfizer est un fervent partisan de la *Santé d'âge en âge*. Nous sommes fiers dans le cadre de cette 3^{ème} édition de poursuivre la réflexion, en compagnie d'experts multidisciplinaires de premier plan. Pfizer est un leader en termes d'innovation thérapeutique. Mais au-delà de la mission de créer, de développer et de commercialiser cette innovation, nous souhaitons jouer un rôle d'acteur social.

Dans ce cadre, l'innovation pharmaceutique et la prévention sont deux aspects indissociables de la médecine. En termes d'innovation pharmaceutique, au cours des 18 derniers mois, Pfizer a mis à disposition de la communauté médicale et des patients français 8 molécules dans divers domaines thérapeutiques. Je pense aux traitements en oncologie, aux traitements des facteurs de risque cardiovasculaire, à la dégénérescence maculaire liée à l'âge, au sevrage tabagique... Pfizer est parallèlement engagé dans la prévention, en collaboration avec des partenaires du monde de la santé. Nous avons ainsi déployé de grandes campagnes de sensibilisation et d'information sur les facteurs de risques, en particulier dans le domaine cardio-vasculaire. En outre, nous avons récemment mis en œuvre des campagnes sur le glaucome et le sevrage tabagique. Avec ces signes d'engagement, nous espérons pouvoir démontrer que la philosophie de Pfizer dépasse le simple fait de mettre à disposition du corps médical l'innovation pharmaceutique.

Nous entendons travailler avec les différents intervenants du monde de la santé pour promouvoir la prévention. Le médicament n'est pas une panacée. Ainsi nous croyons, par exemple, fermement que ce n'est pas un médicament anti-obésité qui résoudra les problèmes de l'épidémie qu'on nous annonce. Ce domaine comme d'autres réclame l'engagement personnel des individus et renvoie donc à une responsabilisation clairement individuelle. Pfizer entend être le partenaire des autres acteurs de santé pour favoriser cette prise de conscience et renforcer les bons choix, individuels et collectifs.

Nous accueillons un panel d'experts prestigieux pour débattre de ces sujets. Nous espérons que la réflexion nourrira le débat de nos partenaires dans le domaine de la santé afin de nous diriger, pourquoi pas ? vers un Grenelle de la santé ou un pacte pour la *Santé d'âge en âge*.

Ruth ELKRIEF

Je suis heureuse d'être parmi vous ce matin pour animer cette 3^{ème} édition des Entretiens de la *Santé d'âge en âge*. Ce thème m'intéresse à trois titres. Je suis journaliste et la problématique de la *Santé d'âge en âge* intéresse le grand public. Je suis une femme ; les femmes me semblent être sensibilisées dès le plus jeune âge à ces questions de santé. Enfin, je suis une mère et j'ai le sentiment d'avoir à assurer ce capital santé familial au quotidien en quelque sorte.

Ce matin, nous allons parler de capital santé. La matinée se déroulera en deux temps. Notre première table ronde sera consacrée à l'appropriation de ce capital santé et à la notion de prévention pour savoir comment faire en sorte que tous prennent mieux en charge leur santé, dès le plus jeune âge. Notre deuxième table ronde sera consacrée à l'analyse des composantes du capital santé. Cet indicateur est en formation, en réflexion ; il convient de l'affiner pour savoir comment perfectionner l'outil qui permettra au grand public de mieux prendre en charge sa santé.

Capital santé : mécanismes d'acculturation, pistes d'évaluation ? Tel est le titre de notre première table ronde. L'acculturation est un processus par lequel un groupe humain assimile tout ou partie des valeurs culturelles d'un autre groupe humain. Pour la santé, cela renvoie au fait d'initier des changements de comportements à défaut d'assimiler les valeurs culturelles d'autres groupes humains. Comment se situer avant l'intervention médicale d'urgence, comment prendre en charge sa santé ? Je me tourne en premier lieu vers Luc FERRY, philosophe, ancien Ministre de l'Education Nationale et auteur d'un ouvrage intitulé *Apprendre à vivre*. L'école peut-elle être le premier acteur de la prise en charge de la santé et de la prévention ?

Luc FERRY

Oui, l'école peut être extrêmement utile dans ces domaines. Je voudrais ce matin répondre à deux questions que l'on m'a souvent posées lorsque j'étais Ministre de l'Education : que peut faire l'école en matière d'éducation à la santé avec la question incidente de la possible création d'une nouvelle discipline, l'éducation à la santé ; comment faire passer le message auprès des jeunes, les jeunes étant souvent convaincus que la mort n'existe pas ?

1. Le rôle de l'école

Je recommande vivement d'éviter l'erreur qui consiste à se battre pour la création d'une nouvelle discipline. Deux raisons jouent en ce sens. Premièrement, les élèves, notamment les lycéens, dépassent les 35 heures, et de loin. Deuxièmement, si on ouvre cette porte, cela sera peu efficace car d'autres disciplines demandent qu'on leur accorde une place officielle dans les programmes : la sécurité routière, les nouvelles technologies de l'information, l'écologie, l'éducation au secourisme...

Il convient plutôt d'accrocher l'éducation à la santé à l'intérieur des programmes de biologie et d'instruction civique. Il semblerait que Xavier DARCOS mène actuellement une réforme des programmes du primaire. C'est le moment d'en profiter pour lui soumettre idées et propositions et lui proposer de bonnes accroches, au bon endroit.

2. Comment faire passer les messages ?

Les jeunes ne croient pas vraiment à la mort. Comment donc les toucher et évoquer des problématiques touchant à la protection du capital santé ? En 1986, j'étais professeur à l'Université de Lyon. C'était l'époque de la première campagne de prévention contre le sida. Le slogan était « il ne passera pas par moi », avec un éclair qui se brisait sur un corps. Arrivant dans un amphithéâtre un matin, j'ai vu un tas de prospectus, des centaines véritablement, laissés là par les étudiants qui ne les avaient pas lus. Le

dépliant disait que le sida ne s'attrape pas dans les actes de la vie quotidienne. Les jeunes en avaient conclu que les vieux et les responsables politiques ne faisaient jamais l'amour car cela ne faisait pas partie des actes de la vie quotidienne pour eux ! Cette campagne, menée alors que Michèle BARZACH était Ministre de la santé, avait donc eu une utilité proche de zéro du fait de ce malentendu.

Dès lors, sur quelles passions s'appuyer pour parler aux jeunes ? Michèle BARZACH avait voulu éviter la réponse par la peur et je crois qu'elle avait eu raison sur ce point. Globalement, il y a trois possibilités pour toucher telle ou telle population : on peut s'appuyer sur la peur, la raison ou la vérité et enfin sur le plaisir et le ludique.

Je ne suis pas partisan de trop s'appuyer sur la peur. Je rejoins ici la plupart des analyses sur le sujet. Cette stratégie est sursaturée car nous vivons dans une société de la peur. Nous avons peur de tout, du sexe, de l'alcool, de la cigarette, de la vitesse, de la globalisation, de la Turquie, de la cote de bœuf, du poulet, des OGM, des nouvelles technologies.... Ce n'est pas nouveau, Astérix avait déjà peur que le ciel ne lui tombe sur la tête. Mais un fait est nouveau ; depuis une vingtaine d'année, sous l'effet des mouvements pacifistes et écologistes, en Europe du Nord et en Allemagne notamment, on a déculpabilisé la peur. C'est le fait majeur sur le plan de ce que Tocqueville appelait les passions démocratiques. Dans le domaine de l'écologie par exemple, dans *Le Principe de Responsabilité*, grand livre d'Hans Jonas, on trouve un chapitre intitulé heuristique de la peur (*heuriskêin* en grec, découvrir). La peur nous aide à trouver les menaces qui pèsent sur l'environnement. C'est donc une passion positive pour Jonas. Quand j'étais jeune, on nous apprenait que la peur est une passion honteuse. Grandir, c'est surmonter les peurs. C'est peut-être un peu rustique mais c'était le principe fondamental de l'instruction civique. Aujourd'hui, la peur est déculpabilisée parce qu'elle est perçue comme un vecteur de sagesse et de prudence. C'est au nom de cette passion qu'on a inscrit le principe de précaution dans la Constitution française, à mon grand regret.

Il vaut mieux s'appuyer sur la vérité. Les jeunes sont parfaitement accessibles à la vérité. Dire la vérité sans fard est une bonne stratégie. Les jeunes sont intelligents, ils aiment qu'on leur parle franchement, sans langue de bois. On peut y ajouter quelque chose qui relève de la logique du plaisir.

Dans une émission diffusée récemment sur LCI, j'ai eu une phrase malheureuse à propos des campagnes en cours sur la dépression. Cette campagne me rend malade. Mon épouse m'a reproché mon attitude en soulignant que la dépression est une maladie et qu'il fallait que chacun en prenne conscience. En tout état de cause, j'ai été troublé par un phénomène que je trouve inquiétant dans la société contemporaine, la tendance à la médicalisation des difficultés normales de la vie. Il n'y a rien de plus difficile que la vie. C'est une succession d'épreuves, dont certaines sont fatales. Cela se termine toujours mal. Il ne faut pas idéaliser la vie. Si on médicalise toutes les difficultés, comment les affronter indépendamment de la psychologie ou de la médecine ?

Je suis exaspéré de voir qu'on met en place des « cellules psychologiques » à chaque fois qu'un lycée connaît un pépin. *Idem* quand un avion s'écrase. Mais la mort n'est pas un problème de psychologie ! C'est la condition humaine. C'est un problème religieux, métaphysique, pas un problème de psychologues ! Ne laissons pas penser aux enfants que les difficultés de la vie sont forcément liées à des pathologies. Elles sont normales, il faut les affronter. Certaines difficultés sont certes anormales et les troubles psychiques existent. La dépression est une maladie. Mais ne faisons pas de la vie une maladie.

Ruth ELKRIEF

Je me tourne vers Philippe LAMOUREUX, qui dirige l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé. L'INPES met en musique les campagnes d'information dont nous parlions à l'instant. Ces campagnes sont nombreuses, « manger bouger », les campagnes sur le tabac, celle sur la dépression...

Ces actions jouent-elles sur la peur du grand public ? L'Etat est-il le mieux placé pour sensibiliser les populations à ce type de situations ?

Philippe LAMOUREUX

La discussion a été lancée. Pour la dépression, les choses sont très simples. Quand vous regardez les données de l'OMS sur les principales causes de morbidité, la dépression est *l'item* qui arrive en premier. La dépression est donc un vrai problème de santé publique. Il aurait été facile d'aborder ces questions sur un mode stigmatisant ou anxiogène. Nous avons le sentiment que notre approche se base sur la vérité. La dépression est une maladie. Il existe des moyens de s'en sortir et l'on ne se sort pas de la dépression tout seul. La réalisation du guide que nous avons édité a pris deux ans de travail, avec l'ensemble des professions concernées. L'axe majeur dans cet ouvrage est la distinction entre déprime et dépression. Nous connaissons tous des passages à vide, des moments difficiles qui font partie de l'existence. Il faut distinguer ces moments de la dépression qui doit être prise en charge sur le plan thérapeutique.

En ce qui concerne la peur, je rejoins Luc FERRY. La peur n'est pas une fin en soi. L'INPES communique assez peu en utilisant la peur comme vecteur. La peur peut être un outil créatif pour permettre une matérialisation du risque. S'agissant des jeunes, nous connaissons les axes de communication qui fonctionnent le mieux. La vérité fonctionne. D'ailleurs, si vous considérez notre campagne automnale, vous verrez que le thème retenu est la manipulation par l'industrie du tabac. Quand on dit aux jeunes, sur un mode plutôt décalé, qu'ils sont manipulés par cette industrie, on leur dit la vérité. Leur dire que fumer ou boire provoquera un cancer dans 40 ans n'a strictement aucun impact. A 12 ou 14 ans en effet, on est immortel. En revanche, tenter de matérialiser le risque de façon plus directe en mettant l'accent sur la perte de sex appeal ou les problèmes immédiats de pouvoir d'achat est davantage parlant.

Au-delà des campagnes, je voudrais revenir sur quelques concepts de base, certains étant issus de l'univers anglo-saxon.

1. Concepts de base

En France, nous n'avons pas un système de santé mais un système de soins. Le système est donc pensé par référence à la maladie et à la pathologie. C'est sans doute un héritage de la médecine pasteurienne et des succès de la biomédecine depuis 100 ans. La médecine guérit tout, la médecine peut tout. Quand on parle de santé, on pense surtout absence de maladie. La santé n'est donc pas pensée en elle-même, elle est pensée en creux par référence à la maladie. Nous sommes le pays à la plus grande espérance de vie à 65 ans mais nous ne sommes pas n°1 en termes d'espérance de vie. Cela signifie que nous avons nombre de facteurs de mortalité évitables avant 65 ans. On connaît ces facteurs, tabac, alcool, problèmes nutritionnels, suicides, accidents de la route...

Cette énumération montre que ce n'est pas le curatif qui pourra apporter des réponses. La prévention et l'éducation à la santé le pourront. Cela nous amène à nous interroger sur le paradigme qui fonde notre système de soins. L'objectif est-il d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé ou d'avoir un bon système de prise en charge des personnes ? Si on raisonne sur ces bases et pour revenir sur le thème de l'acculturation, quatre axes me paraissent possibles.

2. Quatre modes d'intervention

L'INPES est une entreprise de communication et mène des campagnes de santé publique. Certes. Mais nous ne faisons pas que cela. Nous réalisons énormément d'études de comportement, d'attitudes et de représentation. Nous produisons des outils et travaillons dans le soutien aux acteurs de proximité et aux

réseaux. Si l'on souhaite travailler sur la préservation du capital santé et l'acculturation, nous disposons de quatre modes d'intervention :

- *L'approche par les risques*

C'est le mode d'intervention que vous connaissez et qui est le plus développé. Il consiste à délivrer une information sur les principaux facteurs de risque. Tout part donc d'une campagne de communication, que nous appuyons avec une mobilisation de professionnels relais, souvent les professionnels de santé, parfois les professionnels de l'éducation. A cet égard, les nouvelles technologies ont énormément apporté à la communication santé. On voit se développer des modes de coaching par SMS par exemple. S'y ajoutent des guides, des référentiels, des outils pédagogiques ainsi que des actions de terrain avec les partenaires associatifs. La plupart des programmes de prévention sont construits sur ce modèle.

L'approche est relativement efficace car elle est accessible et impliquante. Elle a une vraie logique et une vraie visibilité. Mais elle a aussi des limites dans la mesure où son efficacité pèse exclusivement ou presque sur les comportements individuels. Je rejoins là encore les propos de Luc FERRY. Nous avons fait une étude très intéressante, le baromètre Cancer. Nous avons interrogé 10 000 personnes en leur demandant si elles pensaient que tel facteur de risque était cancérigène. 12 facteurs figuraient dans l'enquête, la moitié ayant un lien direct avec le cancer, l'autre moitié n'en ayant strictement aucun. Quel que soit le critère soumis aux personnes, il est cancérigène pour plus de 40 % du panel ! Avoir des contrariétés dans sa vie professionnelle, ne pas arriver à exprimer ses émotions est cancérigène.... Pourquoi donc arrêter de fumer si sortir dans la rue est cancérigène ?

Nous tendons à privilégier cette approche car c'est la plus simple. Nous avons des données épidémiologiques, nous avons un système de soins, nous disposons d'une administration organisée en tuyaux d'orgue avec des Ministères qui ont parfois du mal à se coordonner. Il est donc plus simple de travailler à l'échelle d'un département ministériel que de conduire une politique interministérielle. Or dans le domaine de la prévention, tout le sujet est là !

- *L'approche par les milieux*

Elle consiste à dire que la responsabilité individuelle n'est pas seule en cause. Pour améliorer l'état de santé de la population, il faut créer des conditions favorables à la santé. Nous sommes donc amenés à travailler sur les milieux de vie. Je prendrai seulement trois exemples, la famille, l'école et l'entreprise.

Travailler sur la famille revient à travailler sur la parentalité. Nous venons de faire une revue de la littérature sur les inégalités de santé. Le facteur qui est le plus prédictif d'un mauvais état de santé à l'âge adulte est un mauvais état de santé pendant l'enfance. Des pays l'ont compris bien avant nous ; des pays comme les Etats-Unis, l'Australie, les pays scandinaves ont mis en place des programmes de soutien à la parentalité dès le plus jeune âge.

Les interventions sont faites par des éducateurs et des infirmiers (surtout pas des médecins !). Ces interventions fonctionnent assez bien et permettent de briser le cercle intergénérationnel des inégalités de santé.

L'école est un lieu d'apprentissage. C'est donc un lieu essentiel pour la santé. J'ai dit plusieurs fois que je regrettais que l'INPES ne soit pas sous la double tutelle, du Ministère de la Santé et de l'Education Nationale. C'est probablement un vice de conception de l'Institut. L'école a fait d'énormes progrès. Les textes applicables au milieu scolaire sont excellents. Un décret du 11 juillet 2006 inscrit par exemple dans le socle commun des connaissances l'éducation à la santé. Mais nous sommes face à diverses difficultés. Je suis d'accord pour dire que transformer cette éducation en discipline serait compliqué et peu utile car on demande déjà aux enseignants de faire passer un tas de messages à la fois. C'est à mes yeux un projet

qui relève du projet d'établissement et de l'ensemble de la communauté éducative, pas de telle ou telle discipline. Par ailleurs, il ne faut pas en milieu scolaire travailler selon une approche par risque. Il vaut mieux travailler sur le développement des aptitudes transversales, aptitudes que pourront mobiliser les jeunes quel que soit le sujet. Par exemple l'estime de soi, le rapport au corps, les besoins physiologiques, les compétences sociales et la gestion des conflits, la confiance dans son propre jugement... Si nous arrivons à développer cela dans le cadre du socle de connaissances, souvent au plus jeune âge, on aura sans doute répondu en partie au problème. Nous travaillons dans ce sens avec la Direction de l'enseignement scolaire.

Si vous interrogez un chef d'entreprise sur la prévention, il vous parlera d'accidents du travail et de maladies professionnelles. En réalité, les entreprises sont bien loin d'avoir compris que la prévention est aussi un investissement. Une entreprise mettant en œuvre une véritable politique nutritionnelle sera une entreprise où l'absentéisme sera inférieur à celui des autres. La prévention devrait être un sujet de négociation collective dans les entreprises. Les groupes pharmaceutiques l'ont compris depuis fort longtemps mais cette prise de conscience n'est pas générale.

Cette idée d'action par les environnements progresse dans l'esprit du grand public. L'interdiction de fumer dans les lieux publics revient à créer un environnement favorable à la diminution de la consommation de tabac. Le retrait de distributeurs de produits gras et sucrés dans les écoles embête les établissements, qui ne touchent plus les quotes-parts des distributeurs, mais crée un environnement plus favorable et cela limite les grignotages.

- *L'approche par les populations*

Il s'agit de travailler sur la personne dans sa globalité, et pas seulement de travailler sur la pathologie. On travaille donc sur des populations et pas uniquement sur des maladies. C'est assez compliqué. Une personne malade en face d'un médecin et qui veut un traitement n'a pas du tout envie d'être interrogée sur sa consommation de tabac, d'alcool, sur ses habitudes alimentaires...

Ruth ELKRIEF

Nous reviendrons avec le Professeur VALLANCIEN sur le rapport patient/médecin.

Philippe LAMOUREUX

De plus, cela ne s'apprend pas. Le meilleur médecin du monde qui réalise le meilleur diagnostic du monde avec la meilleure prescription du monde fait 5 % du travail si le patient n'est pas observant.

- *L'approche par les territoires*

En la matière, nous avons beaucoup à apprendre de l'offre de soins. Nous avons la loi de santé publique de 2004, les programmes régionaux et les groupements régionaux de santé publique mais, la notion de territoire de santé n'est pas du tout développée dans le champ de la prévention.

Ces propos ont été soulignés par l'OMS dans la charte d'Ottawa de 1986 et la charte de Bangkok de 2005. Ce sont donc des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé. Pour engager le débat à mon tour, je vois arriver les questions sur l'impact des politiques de prévention sur la maîtrise des dépenses de santé. Si on veut absolument maîtriser les dépenses de santé, il faut rendre obligatoire le tabac pour tout le monde à 14 ans. On paiera des taxes toute sa vie et on mourra vers 65 ans d'une pathologie certes coûteuse mais relativement courte qui évitera d'avoir à payer des retraites excessives. Ne nous fixons donc pas comme objectif premier la maîtrise des dépenses de santé quand on parle d'éducation à la santé. L'objectif est l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé.

Ruth ELKRIEF

Nous parlions de vérité et de santé, en évoquant rapidement le rôle du médecin. Passons la parole à Guy VALLANCIEN, Professeur de médecine, Urologue à la Faculté René Descartes. Les médecins sont-ils les moins bien placés pour permettre aux individus d'être des acteurs de leur santé ?

Guy VALLANCIEN

La médecine a un dieu, Asclépios. Celui-ci avait deux filles nommées Hygié, déesse de la prévention et de la propreté, et Panacée, déesse de la cure et du traitement. Nous avons dû pendant des siècles nous occuper du traitement, même si nous n'avions pas oublié Hygié.

Nous sommes passés de l'ère du salut, au temps des monothéismes triomphants qui reportaient au Paradis ce que nous ne pouvions avoir de notre vivant, à l'ère de la naissance de la clinique avec BICHAT, LAENNEC et d'autres. On a commencé à comprendre ce qui se passait dans le corps, avec Claude BERNARD et l'école française de l'époque. On a investi le champ de la santé en passant du salut à la santé, en commençant à traiter et à guérir parfois. Depuis 5 à 10 décennies, nous avons franchi une nouvelle étape, celle du bien-être. On dépasse donc la seule santé.

1. La place du médecin

Elle est très particulière. Globalement, nous ne pesons pas énormément dans l'état de santé d'une population mais nous sommes tout de même déterminants. L'essentiel aujourd'hui est que la connaissance médicale est désormais partagée, grâce à internet. C'est une évolution considérable. Le malade, l'utilisateur, la personne saine a le même accès à la connaissance que moi. Reste un rôle essentiel, celui de l'expert.

Pour redevenir l'homme d'expérience qu'il doit être, le médecin doit abandonner les tâches annexes qui aujourd'hui l'encombrent. Cela nous renvoie au rôle essentiel des autres métiers de la santé et de métiers émergents. Quand j'opère, j'utilise un télémanipulateur et j'ai pu demander un jour à l'instrumentiste, l'infirmière qui m'aide à manipuler cette machine faussement appelée robot, de prendre les manettes. A l'époque des premières voitures construites à la main, il fallait des chauffeurs parce que les volants, les freins étaient très durs. Avec les phares à acétylène, on voyait à 3 mètres et les pneus crevaient tous les 100 kilomètres. En 2007, les voitures sont fiables. Une personne handicapée peut même conduire. Le développement des technologies nous amène à nous détacher ce qui faisait le cœur de notre métier et qui n'est pas le nôtre. Un médecin n'a pas à prendre la tension artérielle.

En socialisant la médecine, on a lentement dégradé toute la chaîne de soins. C'est l'infirmière qui change les draps, mais c'est le rôle de l'aide-soignante. C'est le généraliste qui prend la tension, c'est le rôle de l'infirmière. C'est le spécialiste qui établit le diagnostic, c'est le rôle du généraliste... Tout cela pour 21 euros de la consultation.

Il faut donc entièrement revoir la chaîne et l'organisation de la prise en charge sanitaire et mettre le médecin dans son rôle d'expert. A cette condition, si le médecin demeure cet expert, nous retrouverons une relation saine entre soignants et soignés.

2. La formation

Ces métiers devront être intégrés dans des cursus universitaires différents. Je suis navré qu'on ne rentre pas dans le format licence/master/doctorat alors qu'on pourrait former les médecins en 8 ans et non en 14. L'université est faite pour créer du savoir, pour le transmettre mais pas pour apprendre le savoir-faire. Or la médecine c'est du savoir faire. Durant les trois premières années de licence, les étudiants en

santé pourraient être dans un schéma commun avant de diverger vers différentes filières, plus ou moins médicalisées.

Je voudrais évoquer un dernier point, celui de la responsabilité. La délégation ne transfère pas la responsabilité. Je ne crains donc pas à la perte d'un soi-disant pouvoir médical. Nous allons devoir développer un tas de métiers, notamment à l'école. Je ne crois pas que cela soit aux professeurs d'aller former les jeunes. Des infirmières formées à cette tâche pourraient aller dans les établissements pour apporter la bonne parole. Elle le feront d'autant mieux qu'elles seront jeunes et donc plus proches des enfants.

Ruth ELKRIEF

Luc FERRY me faisait remarquer que l'on compte 55 000 écoles en France. La tâche est donc lourde pour ces métiers intermédiaires. Par ailleurs, en vous écoutant, j'avais l'impression d'avoir un patient idéal sous les yeux. Jusqu'à aujourd'hui, le patient face au médecin attend une prise en charge globale et pas la seule expertise.

Guy VALLANCIEN

Je ne nie pas ce rôle du médecin. Mais il faut détacher ces professionnels des tâches annexes. Le médecin doit être le premier, c'est lui qui voit, qui reçoit car l'écoute est capitale. Nous n'avons plus besoin de la clinique, hormis dans certains domaines particuliers comme la dermatologie. Le chiffre de l'examen biologique et le pixel de l'image sont les éléments objectifs qui permettent de se prononcer. Je ne sais pas s'il y a des radiologues dans cette salle. Je ne voudrais pas être méchant, mais un scanner en 3D permet à un enfant de 13 ans de voir la boule dans le rein. Il y a des cabinets de radiologie qui fonctionnent à des milliers de kilomètres du lieu de l'examen. La science et la technique nous libèrent de ces contingences qui encombrant le discours vrai et la véritable relation humaine que l'on peut avoir avec le malade.

Ruth ELKRIEF

Gilles LIPOVETSKY est Philosophe et Professeur à l'université de Grenoble. *Le bonheur paradoxal* ou *L'empire de l'éphémère* sont des ouvrages reconnus. Vous avez souvent insisté sur la nécessité d'incarner une cause et d'avoir un porte-parole. Comment appliquer ces concepts à la problématique du capital santé ?

Gilles LIPOVETSKY

Les campagnes d'éducation à la santé peuvent passer par des campagnes nationales de prévention, l'école, par l'action des entreprises, des marques et de la publicité. On voit s'affirmer de plus l'exigence que les marques et les distributeurs, la publicité, se responsabilisent et responsabilisent les consommateurs en particuliers en matière de santé, de nutrition et d'hygiène alimentaire.

1. Education et consommation

En réalité ce n'est pas la première fois que se pose la question du lien entre éducation et consommation. Cette problématique de l'acculturation est déjà en place dès les années 20 aux Etats-Unis. C'est à cette époque que l'on commence à comprendre le rôle essentiel de la publicité dans la formation du consommateur moderne. Mais cette éducation est pensée alors comme une visée de modernisation des modes de vie, de la société et des hommes. Il s'agit pour l'essentiel d'acculturer les masses à la société de consommation naissante en les détournant des anciennes traditions nationales ou traditionalistes, en effaçant les styles de vie ruraux considérés comme archaïques. Il s'agit d'inculquer l'ethos consumériste

lui-même, d'homogénéiser les mentalités, les pratiques, de rationaliser les goûts en déculpabilisant l'acte d'achat par le biais de la consommation marchande. La consommation et la publicité sont alors pensées comme ce qui peut arracher les hommes aux anciennes traditions.

Nous n'en sommes plus là. Il n'y a plus de normes et de mentalités qui s'opposent frontalement au consumérisme. Tous les remparts archaïques ont été liquidés. Plus aucune norme traditionnelle n'est à abolir. Tout le monde est nourri d'emblée à la consommation marchande. Cette dernière n'a plus vraiment de résistance culturelle devant elle. La publicité et la consommation ont gagné le défi lancé dans les années 20. Il y a de moins en moins de traditions, de coutumes anciennes qui règlent les comportements individuels. Il reste le marché et l'individu, les marques et le consommateur.

Cette dissolution des normes ne va pas sans poser de gros problèmes. Aux Etats-Unis, deux Californiens sur 3 ne parviennent pas à se faire une idée claire de ce que doit être leur alimentation. En France, nous nous en approchons quand on constate le nombre toujours croissant de personnes obèses ou en surpoids. Le triomphe du consumérisme total est plus de contrôle sur les éléments de sa propre vie, mais aussi davantage d'anomies alimentaires, d'addictions, de dépossession de soi et d'anarchies alimentaires.

D'où les critiques à l'encontre de la société de consommation et les appels à la responsabilisation des marques sur des enjeux de santé publique. On les dénonce car on considère que ces industries mettent sur le marché des produits trop riches en sucre et en graisse.

2. Que faire ?

Depuis des années, de grandes campagnes couvrent la lutte contre la consommation d'alcool. C'est le fameux « à consommer avec modération ». Plus récemment, de grandes marques de restauration rapide ont lancé des films centrés sur le sport et d'éducation physique afin de revaloriser la bonne hygiène de vie et se protéger contre les attaques liées à la malbouffe et aux régimes trop riches en graisse. Cette éducation à la santé par l'intermédiaire du sport mérite d'être poursuivie quand on sait que 10 % des Français déclarent être totalement sédentaires et que plus de 50 % d'entre eux ont un niveau d'activité physique inférieur à l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour.

Mais actuellement, l'ambition d'éduquer le consommateur se fait de plus en plus précise. De nombreux produits mettent en avant (publicités, emballages...) la nouvelle recommandation de santé publique, « pour votre santé, mangez au moins 5 fruits et légumes par jour ».

Cet effort d'éducation à la santé est positif car il permet une réflexivité utile sur ce qu'il faut manger. Mais on peut aussi s'interroger sur les effets réels de ces campagnes éducatives et sur les nouvelles voies d'action possible. Ce type de message suscite un consensus, mais il n'est pas certain que son impact soit entièrement positif. On ne s'adresse en effet qu'aux sujets raisonnables, rationnels et isolés du contexte réel. Ces campagnes peuvent être utiles à certains mais elles posent des problèmes. Comme Luc FERRY le notait, elles médicalisent trop le rapport à l'alimentation. Du coup, ce genre de slogan crée de l'anxiété et de la culpabilité, pas forcément une meilleure alimentation. Il ne suffit pas de savoir pour bien faire. Pour prendre cet exemple, on fait tout pour convaincre qu'il faut maigrir. Pourtant, il n'y a jamais eu autant de personnes en surpoids...

Avec ce type de slogan, que se passe-t-il si je ne mange pas mes 5 fruits et légumes ? Qu'est-ce qui m'arrive si je n'ai pas les moyens de les acheter ? Tout cela crée selon moi une réflexivité excessive du mangeur. De surcroît, cela crée de faux espoirs car si manger 5 fruits et légumes par jour suffisait pour éviter le surpoids, tout le monde le saurait. On peut manger ces 5 fruits et légumes et grignoter n'importe quoi toute la journée ! Ce type de campagnes laisse de côté le fait que l'alimentation est un phénomène social total, comme le disait Mauss. C'est un phénomène qui implique le rapport au plaisir, au temps, à l'autre.... Il n'y a pas que les minéraux, les vitamines et les fibres qu'il faut prendre en compte. On ne

retient que la santé au détriment du plaisir du mangeur. A trop médicaliser l'alimentation, on élimine le plaisir et la sociabilité. Cela ramène le manger à une simple ingestion d'aliments. A trop médicaliser et chasser le plaisir, il se venge.

On prépare la montée de nouvelles transgressions, l'alcoolisme des jeunes, les addictions en tous genres... On a jamais fait autant de campagnes et on a jamais eu autant d'obèses et de malades cardiovasculaires. Cela devrait nous inviter à chercher d'autres voies que les seules campagnes nutritionnistes, rationalistes, technocratiques que l'on connaît actuellement. Peut-être faudrait-il aller dans une toute autre direction, en investissant la dimension du plaisir de manger, de préparer les plats, de les déguster avec les autres. Soit une valorisation concrète de l'équilibre, du style de vie, de l'art de vivre, de la diversité. Nous aurions plus intérêt à nous inscrire dans le sillon de *slow food* qui revalorise les produits de qualité, le sens de manger et de l'art de vivre. Il faut moins stigmatiser que revaloriser le goût des aliments, la diversité des plats et des saveurs. Pour prolonger les propos de Luc FERRY, on pourrait imaginer une éducation à la santé à l'école qui intègre des cours de cuisine. Préparer les plats, choisir les aliments, sentir les odeurs, bref il s'agit d'une éducation au plaisir gastronomique et pas seulement à la santé. Nous serions plus efficaces en insistant sur le plaisir de manger qu'en soulignant médicalement la nécessité de manger 5 fruits et légumes. Une vraie éducation à la santé chez le consommateur devrait passer par une éducation aux saveurs, une valorisation de la diversité et de l'équilibre. Il n'y a pas à diaboliser les graisses et les plats riches. C'est leur excès qui est mauvais. Les enseignes de la grande distribution pourraient sponsoriser des cours de socialisation au goût et à la cuisine.

Nous pourrions aussi développer d'autres voies, insuffisamment mises à contribution. Je vous renvoie au grand succès des documentaires qui touchent à l'environnement et à la malbouffe. Avec *Une vérité qui dérange*, Al Gore a fait plus pour sensibiliser les populations au réchauffement de la planète que lorsqu'il était Vice-Président des Etats-Unis. L'école a un rôle majeur à jouer mais nous pourrions l'aider en mobilisant la puissance de l'image et du cinéma, du *star system* ? Nous pourrions utilement nous adresser aux vedettes pour des campagnes d'éducation à la santé stimulant plus le plaisir que la culpabilisation hygiéniste. Ce n'est pas le *star system* qui va régler les problèmes d'éducation à la santé, bien évidemment. Mais j'évoque ce point pour souligner que s'adresser au seul sujet rationnel et culpabiliser les consommateurs ne suffira pas et aura des effets pervers. Diffuser la bonne parole et administrer des leçons du dehors n'est pas suffisant pour changer les habitudes alimentaires.

Ce sont ces autres voies que nous devons chercher et promouvoir.

Ruth ELKRIEF

On pourrait se demander qui pourrait incarner ces campagnes d'un nouveau genre, Kate Moss ou Carlos ?

Gilles LIPOVETSKY

Ce n'est pas qu'une affaire de campagne et d'image. C'est aussi une affaire de pratique. On éduque mieux en faisant faire les choses. Les campagnes ne sont pas inutiles, mais elles ne sont pas suffisantes.

Philippe LAMOUREUX

J'ai peur que Gilles LIPOVETSKY ait été lui-même un peu victime de la société de la communication. En effet, à consommer avec modération n'est pas un message de santé publique. C'est un message rajouté par le lobby alcoolier au discours de santé publique. La notion de modération est très subjective. Si vous passez de 3 à 2,5 litres d'alcool par jour, vous vous modérez...

Ruth ELKRIEF

Gilles LIPOVETSKY nous disait que le consumérisme pouvait conduire à l'anarchie alimentaire, notamment chez les jeunes. Nous avons aussi parlé de la possibilité de sponsoriser des leçons de cuisine dans les grands magasins. C'est le moment de passer la parole à Jérôme BEDIER, qui représente la grande distribution.

Jérôme BEDIER

La grande distribution est prête à agir et nous travaillons déjà avec des écoles sur la nutrition. J'y reviendrai car j'estime que la formation est capitale, pour nos personnels comme pour nos clients.

1. Le consumérisme est la grande école de la liberté

Nous voulons que nos clients aient en permanence le maximum de liberté. Pour exercer sa liberté, il faut être informé, j'y reviendrai. Nous ne voulons pas encadrer la consommation d'une manière ou d'une autre. Nous sommes dans une société libre et il faut jouer sur la responsabilité de chacun face à lui-même. Ce point est capital pour nous. C'est d'ailleurs l'idée du libre service. Ce mode a très bien fonctionné car le client a eu et a toujours le sentiment de faire son choix comme il veut.

Je reviens sur l'idée de capital santé. Dans ce contexte, la santé est considérée dans son tout, dans sa globalité avec l'ensemble des facteurs qui la conditionnent. Cela concerne la nutrition mais aussi et d'abord la médecine. On voit que la médecine a du mal à traiter l'homme dans son tout. C'est tout le débat sur le rôle des généralistes. La médecine est très spécialisée, en traitant tel point et pas l'ensemble, sans voir par exemple quel est l'impact d'un stress sur une douleur au ventre. On a un peu oublié le « *mens sana in corpore sano* ». Partir de l'homme et considérer le capital santé comme un tout est une réflexion profonde.

Ruth ELKRIEF

Y a-t-il de nouvelles pistes dans vos métiers pour jouer un rôle dans ces domaines ?

Jérôme BEDIER

Nous avons longuement travaillé sur les questions de nutrition et de sécurité alimentaire. Nous avons fait une constatation qui rejoint les propos de Gilles LIPOVETSKY ; au fur et à mesure de notre investigation des sujets de sécurité alimentaire et de nutrition, avec l'aide d'experts, nous retrouvons finalement toutes les recettes de nos grands-mères et la logique du plaisir. La nutrition est profitable quand elle est variée, équilibrée, structurée et inclut le suivi de règles de bon sens, comme se laver les mains ou laver les aliments, ne pas trop céder à la gourmandise... Il faut remettre sur le devant de la scène ces recettes d'une manière qui soit amusante. Je rejoins donc l'idée de plaisir. Fondamentalement, nous avons toujours dit que nos magasins ne sont pas des écoles bis et ne le seront jamais. Ce sont des lieux de plaisir où il faut attirer le consommateur d'une manière positive. On peut d'une manière ludique faire passer des messages sur les sujets sérieux. Nous essayons de le faire. Nos magasins sont des généralistes de la nutrition. On trouve tous les produits, même si on peut discuter des prix, comme on le fait ces temps-ci. Nous cherchons à promouvoir un contexte dans lequel la nutrition soit un plaisir.

2. Deux éléments essentiels

Dans ce cadre, deux thèmes me paraissent centraux, l'information et l'addiction.

L'information sur le produit, avec les catalogues et autres, est fournie et très imprégnée de nutrition. Pour autant, nous ne sommes pas au bout du sujet. Il y a ainsi de grands débats sur l'étiquetage. Pour nous, l'information doit être la plus neutre possible. Il ne s'agit pas de dire, ceci est mauvais, ceci est bon. Nous voulons avoir, dans les 5 à 10 ans qui viennent, une information la plus neutre et la plus explicite possible au regard de la gestion du capital santé de nos clients.

La question de l'addiction est le deuxième thème important. De nombreux travaux ont été conduits sur ce thème mais ils demeurent peu utilisés. Nous avons du mal à convaincre nos clients d'essayer d'autres produits. Faire acheter des produits nouveaux est une vraie difficulté. Il y a une addiction dans toutes les consommations. Internet est un média intéressant mais c'est aussi un média qui encourage l'addiction car vous avez tendance à composer toujours le même panier quand vous faites vos courses sur le Web. Quand nous mettons en place des offres marketing bien réalisées et qui répondent à la notion de gestion du capital santé, cela fonctionne très bien. Danone est une marque qui joue largement sur cette notion. Dans les magasins, on trouve désormais de nouvelles gammes de jus de fruits pour prendre cet autre exemple ; les jus sont traditionnellement associés à la vitamine C mais de nouvelles gammes mettent en avant des anti-oxydants, du magnésium... Cela marche très bien. C'est une manière de faire bouger les choses même si des médecins pourront discuter de l'effet réel de ces produits sur la santé.

Je voudrais pour conclure aborder brièvement deux questions. Si on veut faire de la communication de masse, il faut communiquer sur des choses simples et durant de longues périodes. On l'a bien vu avec le geste de tri des emballages ménagers, la prise de conscience avec Eco Emballages a pris 5 ou 6 ans. La campagne « 5 fruits et légumes » commence à avoir un impact. Nous ne sommes donc pas partisans de l'abandonner, même si les messages peuvent évoluer. Nous avons besoin d'un très petit nombre de messages structurels sur le long terme.

Je parlais de formation. Nous insistons sur la formation de nos personnels. Nous avons finalisé un module de formation en nutrition qui a donné lieu à la réalisation d'un CD Rom avec le Dr BOURG. L'objectif est que chaque collaborateur ait un minimum d'informations sur la nutrition. Nous pensons que nos collaborateurs sont les premiers ambassadeurs de la nutrition à l'extérieur.

Nous travaillons également avec l'Education nationale qui s'est emparé très vite – à notre grande surprise - du thème de la nutrition. Il se passe beaucoup de choses dans les classes. Bref, le mouvement me paraît lancé.

Je suis assez confiant : le débat sur la nutrition est créateur de valeur, de richesse et de performance. Il renvoie en effet à des comportements nouveaux, à des produits nouveaux, à des mécanismes nouveaux facteurs de croissance.

Ruth ELKRIEF

Les médias ont évidemment un rôle à jouer dans cette éducation à la santé. Comment ne pas déplorer que les grands médias audiovisuels parlent plus des grandes catastrophes sanitaires que de l'éducation à la santé ? L'attente du grand public sur les questions de santé est de plus en plus perceptible. On voit fleurir des émissions de santé plus pédagogiques, plus sérieuses que par le passé. En outre, les émissions de cuisine se multiplient. On retrouve l'idée d'un apprentissage du rapport à la nourriture et à la nutrition qui est un des aspects de la santé.

De la salle

A vous écouter, apparaissent deux lignes de démarcation : approche analytique *versus* approche synthétique d'une part, approche d'experts, mathématique en quelque sorte, *versus* approche humaniste. Je suis médecin, j'ai été formé à la médecine par les mathématiques. Ne croyez-vous pas que nous

devrions instaurer un minimum d'études littéraires et philosophiques pour avoir cette approche de réflexion par rapport à la maladie ?

Guy VALLANCIEN

J'ai une formation littéraire et je suis très heureux de revenir rue Cuvier. Etudiants en première année, nous étions parqués par rapport aux mathématiques ! Il faut effectivement arrêter de sélectionner les médecins à partir des seules mathématiques. C'est la facilité car les sciences dures sont facilement corrigibles. C'est un drame. Pour les chirurgiens, je souhaite que l'on puisse venir des bacs techniques.

De la salle

Une partie importante du débat démarre sur maladie et santé. Tout de suite, apparaît un glissement sémantique ; la dépression est une maladie. Or certains états dépressifs sont des maladies. Passé un certain seuil, des médicaments guérissent ces états. En dessous d'un certain seuil, ces médicaments ne sont pas actifs. En tout état de cause, ils ne font pas de différence avec le placebo. Philippe LAMOUREUX a parlé de la tutelle de l'INPES,. Madame BACHELOT a indiqué dans le cadre de la campagne en cours qu'il n'était pas question de rembourser les psychothérapies car on ne pouvait pas s'intéresser à toute la partie de la souffrance qui précède la maladie. Tant qu'on ne parviendra pas sainement à trouver des repères que la population puisse entendre, on n'avancera pas. La caricature de Gilles LIPOVETSKY sur les 5 fruits et légumes à manger tous les jours est amusante. Mais on sait tous que pour se nourrir il faut un minimum d'argent. Si tout allait bien, nous déjeunerions tous avec nos grands-mères !

Cette campagne sur la dépression en décrivant l'ensemble du continuum tente de faire sentir la différence entre petite souffrance et vraie maladie. Mais dans l'image véhiculée, la dépression devient une maladie épouvantable. Je perçois ce glissement, je ne sais pas l'analyser.

Philippe LAMOUREUX

Je ne crois pas qu'il faille distinguer approche médicale et approche humaniste. La raccourci est trop rapide. Communiquer sur la nutrition sans référence à la notion de plaisir est une impasse. S'il n'y avait pas de notion de plaisir, il n'y aurait pas d'addiction. Je vous renvoie à toute la littérature sur le sujet. Il ne s'agit pas de gommer la dimension plaisir et d'opposer des approches. Nous parlions des 5 fruits et légumes. En 2002, 2,5 % des personnes citaient spontanément ce repère de consommation. Nous en sommes à 48 %, cinq ans plus tard. Cette évolution est très rapide. Le sujet n'est plus d'appliquer les repères mais de voir comment passer à l'acte. Les campagnes pèseront sur les représentations, pas sur les comportements. Au cœur du programme national Nutrition Santé, il y a la notion de plaisir. Vouloir opposer les deux relève largement du fantasme.

En ce qui concerne la dépression, ce n'est pas l'INPES qui a décidé de lancer une campagne. C'était prévue par le plan national de Santé Mentale annoncé il y a 3 ans. Le format est de 30 secondes, voire 45 alors même que le sujet est très complexe. Le risque est de traiter le sujet sur un mode stigmatisant, spectaculaire ou hyper-anxiogène. Notre parti-pris fut de faire de la campagne un vecteur pour aller vers le guide. Cet ouvrage de 90 pages reprend l'ensemble des éléments que vous évoquez. Fin 2007, nous aurons 500 000 guides diffusés je pense, ce qui est colossal.

De la salle

Cette expression de capital santé m'intrigue. C'est une métaphore. Le capital a deux volets en économie. Soit on le dilapide, soit on l'augmente. Si on prolonge la métaphore, l'enfant est pauvre en santé, la personne âgée est très riche car elle a « augmenté » son capital et a construit son corps au fil du temps.

Ruth ELKRIEF

Votre question correspond au thème de notre 2^{ème} table ronde.

Jérôme BEDIER

Notre communication est largement centrée sur les jeunes. Nous estimons que cette notion de santé et de nutrition passera par eux. A cet égard, 5 fruits et légumes par jour est d'abord un message pour les jeunes. Les parents savent combien il est difficile de faire manger des légumes à leurs enfants ! Les jeunes ont aussi un pouvoir d'entraînement des familles assez significatif.

De la salle

On a parlé de culture, d'échange et de prévention santé. On a parlé des acteurs, de l'école, du médecin et des entreprises. On a parlé des grandes surfaces. Mais un mot n'a pas été du tout prononcé, le mot « pharmacien ». Rien n'est plus simple que de pousser une porte de pharmacie, d'autant que le maillage du territoire par les officines est élevé en France. Les messages et les brochures de l'INPES doivent être en officine, même si ces actions peuvent avoir lieu aussi ailleurs.

Ruth ELKRIEF

L'industrie du médicament fait aussi partie de ce travail de prévention.

De la salle

Il y a deux ans, j'avais été invité à l'Assemblée Nationale pour parler des problèmes de l'obésité. Lors de cette rencontre, étaient présents le Médecin chef de l'Education Nationale, des pédiatres, etc.

On compte en France actuellement 50 000 morts par an liées à l'obésité et à ses conséquences. A comparer aux 6 000 décès dus aux accidents de la route, ou aux 10 000 décès dus au cancer du sein. Un pédiatre de Trousseau disait qu'il avait en consultation des enfants dès 4 ans...

De la salle

L'éducation pour la santé est aussi un travail de proximité. C'est un travail de lien, qui permet précisément d'intervenir en amont de toute cette souffrance psychologique.

Vers un indicateur de la gestion dynamique de son capital santé ?

Ruth ELKRIEF

Cette deuxième table ronde doit nous permettre de contribuer concrètement à l'acquisition de cette attitude de prévention et de prise en charge de sa propre santé. Depuis plusieurs mois, des experts ont travaillé sur la construction de cet indicateur qui est loin d'être figé. Nous allons donc faire un point sur l'évolution de cet outil.

Marc SALOMON

Je voudrais brièvement vous présenter la synthèse des réflexions de notre groupe de travail, réflexions menées tout au long de l'année 2007.

Nous avons tenté de définir les grands axes d'un indicateur de capital santé. Cette tâche est loin d'être aisée. Nous en sommes aux prémises même si le travail conduit cette année a été fructueux. Nous avons tenté dans un premier temps de nous placer dans le cadre d'une démarche personnelle et responsable de la gestion de santé par chaque individu. Nous avons aussi voulu demeurer dans une dimension positive et constructive. Nous n'avons donc pas voulu construire une échelle de risque ou refaire un indicateur de risque dont l'ambition est de prédire ce qui pourrait vous arriver dans les 20 ans qui viennent. Si le mot indicateur lui-même reste en suspens, nous avons voulu faire en sorte que cet outil soit facile d'accès et utilisable.

Dès lors, de nombreuses questions se sont posées. Quelle est la part de l'acquis, de la génétique, des comportements ? Quelle est donc la part du modifiable ? Quelle est la part des conditions socio-économiques et du niveau d'éducation qui font partie désormais de toute étude épidémiologique ? Devons-nous nous orienter vers un indicateur relatif ? Si tel est le cas, quels sont les points forts de l'indicateur, ses points faibles ? Enfin, comme cela a été dit lors de la première table ronde, quelle part attribuer à la qualité de vie, au plaisir et au ressenti, à la perception de santé qui sont des indicateurs reconnus comme étant de plus en plus efficaces ? En outre, il est impossible de réfléchir à un indicateur de ce type sans faire référence au temps. On parle d'ailleurs de gestion dynamique dans le titre de la table ronde.

Nous nous sommes attachés à définir quatre grands axes qui semblent susciter un certain consensus :

- l'axe médical et physiologique, en faisant en sorte que l'indicateur ne ressemble aucunement à un questionnaire médical ;
- l'axe relatif aux conditions socio-économiques, avec des domaines comme l'isolement, l'autonomie, l'habitat ;
- l'axe sur les comportements ;
- la perception de sa santé.

Nous avons constitué un premier *focus group* en interrogeant des personnes représentatives de la société actuelle. Ce focus nous a donné de nouveaux éléments, quant à la formulation des questions. Enfin, nous nous attachons à faire en sorte que les items retenus soient validés et déjà considérés de manière scientifique.

Ruth ELKRIEF

Nous allons revenir sur ces quatre axes. Robert ROCHEFORT est Directeur Général du CREDOC. Vous travaillez sur le comportement du consommateur, y compris du consommateur de santé. Comment réagissez-vous à la fabrication de cet indicateur ?

Robert ROCHEFORT

Face à un sujet qu'on tente d'approcher progressivement, quand on a trouvé le titre, on a avancé, un peu comme dans la presse avec un article en cours de rédaction. Je voudrais commencer par dire que tous les mots sont importants quand on parle de gestion dynamique de son capital santé.

1. Mon capital santé

Le pronom possessif est utilisé. Il s'agit de *mon* capital santé. Plus on avance dans la faisabilité de cet indicateur, plus on se dirige vers une recherche très fine d'équilibre car deux personnes ne vont pas réagir de la même façon. Comment ne pas en faire trop peu, comment ne pas en faire trop ? Comment faire en sorte que les personnes considèrent l'indicateur comme leur étant propre ? Nous savons bien – je vous renvoie à la première table ronde que les discours normatifs ne sont pas entendus aujourd'hui. Deux raisons jouent en ce sens : la crise des institutions qui portent des discours généraux et l'éloge de la diversité. Nous savons tous que nous ne sommes pas pareils que notre voisin, nous savons que nous ne réagissons pas de la même façon à un même aliment par exemple. Avec ce pronom possessif, nous disons aux personnes qu'elles s'approprient l'outil.

Mais cela reste ambigu car nous ne pouvons pas aboutir à quelque chose qui reviendrait à considérer que votre capital santé serait totalement indépendant de ce que les discours de santé publique ou l'épidémiologie définissent. Nous ne réagissons pas tous de la même façon à la nocivité du tabac mais pour autant nous ne pouvons pas considérer qu'il n'existe pas des règles générales.

2. Le capital santé

Je serai bref car ce sujet a été longuement abordé lors des Entretiens 2006. Le regretté Alain ETCHEGOYEN avait utilisé l'image de la parabole des talents, qui me paraît très juste. Cette parabole a deux aspects. Premièrement, nous n'avons pas tous le même nombre de talents et une grande inégalité entre individus existe. Cela renvoie à la diversité de nos situations propres, à nos chances et malchances éducatives, génétiques... Deuxièmement, qu'est-ce que je fais de ces talents ? Certains font fructifier leurs talents, d'autres les enterrent soigneusement pour ne rien en faire.

Avec cet indicateur, nous devons faire passer ce message : le plus important est ce que l'on en fait et non pas ce qu'il est.

3. La gestion

Le groupe a travaillé longuement sur cette dimension. Quelle est la part dans la gestion du médicalisé et du non médicalisé ? Là encore, nous sommes dans une recherche d'équilibre. On ne peut pas dire qu'on peut se passer du médicalisé et que tout serait dans la mesure du comportement. Et on ne peut pas dire non plus qu'on ne peut intégrer que du médicalisé car le comportemental demeure.

Des critères comme le suivi médical ou dentaire, la connaissance de ses antécédents personnels et familiaux sont des points de base pour savoir si une personne est acteur de la gestion de son capital santé. S'y ajoutent l'alimentation, l'activité sportive et les éléments d'hygiène de vie. Il faut donc trouver le bon équilibre entre ces différents éléments, ni trop de médicalisation, ni trop peu.

4. La gestion dynamique

Nous retrouvons ici l'engagement de Pfizer sur la *Santé d'âge en âge*. Quand on fait de la prospective sur le vieillissement démographique, une des choses qui me frappe le plus est que l'allongement de la durée de la vie en bonne santé est un élément positif à la base de nombre réflexions mais qui débouchera aussi sur un accroissement énorme des inégalités. Inégalités socio-économiques, inégalités de savoir, inégalités de gestion de ce capital santé pour les plus de 65 ans... Nous savons en outre que toute démarche innovante est d'abord prise en compte par des personnes minoritaires.

Cette dimension dynamique recouvre à mes yeux deux dimensions.

- Un indicateur de cette nature n'a pas de sens si c'est un *one shot*. Il faut que les personnes puissent au bout de 6 mois ou un an se dire quelle est la façon dont elles ont évolué. Il faut leur donner rendez-vous.
- La dynamique est aussi une interaction. Comment faisons-nous pour avoir un retour vers la personne qui tente d'aller vers l'utilisation de cet indicateur ? Faut-il un dialogue (de responsabilisation, non de culpabilisation) entre une personne ayant lu le questionnaire et pouvant mettre l'accent sur 2 ou 3 points sensibles ?

Ce matin, nous avons entendu des philosophes mais pas assez de sociologues. Dans tout élément de construction des sociétés, il existe trois moments : la construction d'une information, qui prend du temps, l'élaboration d'une opinion et la transformation des comportements. C'est une illusion de penser que cette transformation des comportements se fait de façon instantanée. Notre société fait souvent fi du temps nécessaire à la transformation des comportements comme s'il suffisait, dans un paradigme scientifique ou informationnel, que l'information circule pour que les comportements se transforment. Les comportements peuvent changer très vite dans le cas d'une catastrophe. Mais en temps normal, il faut du temps.

L'outil dont nous parlons relève donc d'une logique interactive et part de la personne elle-même. Même si ce questionnaire sera facile d'accès, il y a à l'origine un travail sur soi-même quand on réfléchit à sa tension artérielle ou ses habitudes alimentaires. Comment faire en sorte que ce travail de responsabilisation soit tout sauf de la culpabilisation ? Je prendrai une analogie mécanique. Le CREDOC étudie les produits nouveaux qui envahissent notre vie et que nous considérons bien vite comme indispensables. Je pense au GPS. C'est une bonne synthèse entre le fait de partir de là où je suis et le thème d'un référentiel central. On sait à quel endroit précis je suis, on sait où l'on va. Le GPS est un guide proposé, jamais imposé, du moins pour l'instant. C'est un guide interactif : à chaque étape de votre parcours, on vous dit quoi faire. C'est également un guide qui compose en permanence avec la réalité collective ; le GPS peut vous indiquer un chantier, un bouchon, un radar... Surtout, c'est un guide qui n'est pas rancunier ou culpabilisateur. La voix, souvent métallique, du GPS ne se fâche pas si vous tournez à gauche après que le GPS vous ait dit d'aller à droite ! Le message s'adapte en permanence à ce que vous êtes. Nous avons donc une méthodologie responsabilisante, non culpabilisante mais mobilisatrice. C'est ce que nous voulons.

Ruth ELKRIEF

De quelle façon ce « GPS Santé » peut-il être utilisé dans les politiques collectives de santé ? Je me tourne vers Didier TABUTEAU, Directeur de la Chaire Santé à Sciences Po.

Didier TABUTEAU

Je remercie Robert ROCHEFORT de m'avoir fourni cette excellente image pour introduire mon propos ! Le GPS est à titre individuel ce qui permet d'agir en toute liberté. C'est aussi ce qui permet à la collectivité de savoir où vous êtes, quelle est votre vitesse, où vous êtes allé depuis 1 ou 2 ans... Comme la langue d'Esopé, cela peut être la meilleure des choses si on l'utilise à titre individuel ou la pire des choses si elle est utilisée à titre collectif.

Je reprends volontiers à mon compte cette image du GPS car le capital santé et la façon de le suivre est une notion intéressante et potentiellement ambiguë si elle renvoie à la gestion des comportements. Lors de la première table ronde, certains ont estimé que l'éducation à la santé était trop ciblée, trop technocratique, trop réductrice. D'aucuns considèrent qu'il faut élargir le champ. Mais si au-delà de la santé, il faut viser le bonheur, le bien être, le plaisir, j'estime que la collectivité s'occupe de choses dont elle devrait me laisser seul juge. Cette approche globale de la santé est l'approche historique du XIX^{ème} siècle, qui a abouti à un hygiénisme dangereux. Les pires dérives des régimes totalitaires du début du XX^{ème} siècle correspondront à une terrible instrumentalisation de la santé publique. En Allemagne, le terme de santé publique n'est pas utilisé dans la langue du pays, on parle de *public health* !

Le capital santé collectif n'est pas entendu comme l'addition des capitaux santé individuels. Mais si on veut gérer le capital santé de façon collective, on s'expose à de graves risques. Le capital santé collectif est évidemment une nécessité. Réduire les risques, améliorer la qualité de vie de la population sont des objectifs de politique générale. C'est aussi vieux que les politiques de santé. C'est aussi un objectif de politique économique ; améliorer le capital santé de la collectivité est un facteur de croissance et de développement économique. Depuis 5 ans, un élément important qui a contribué à la croissance en France est la réduction de la mortalité sur les routes. Néanmoins, quand on regarde l'utilisation que l'on peut faire d'une gestion plus large du capital santé individuel, différents risques apparaissent.

- La prévention lorsqu'elle est peu ciblée est un facteur d'augmentation des inégalités. Pour écouter le message de prévention, il faut en effet des moyens financiers et un rapport à soi qui est suffisamment riche, sans être obnubilé par la fin du mois, la recherche d'emploi ou la situation familiale. Chaque fois que l'on développera la prévention, à moins de la faire de façon très ciblée (écoles, quartiers difficiles, associations...), on accroîtra les inégalités sociales. On le voit avec la lutte contre le tabagisme depuis 5 ans ; la réduction de consommation a été deux fois moindre dans les CSP défavorisées par rapport aux catégories socioprofessionnelles favorisées, malgré la hausse des prix du tabac.
- Le deuxième sujet a déjà été évoqué lors des Entretiens 2006 et je suis navré de me répéter en partie. Cette démarche d'une utilisation du capital santé individuel à des fins collectives peut être à l'origine de nouvelles discriminations. Si chacun protège son capital santé à titre individuel, si je peux utiliser pour moi cet outil, je peux progresser. Si en revanche, cet indicateur commence à être accessible, à mon employeur, un assureur, cité dans une procédure juridictionnelle, des questions encore embryonnaires apparaissent. Avec les progrès de la médecine préventive et prédictive, on peut passer de la responsabilisation à la subordination de l'individu à ce capital santé. Je rejoins une nouvelle fois Robert ROCHEFORT ; la montée caractéristique des maladies chroniques dans nos sociétés, avec le vieillissement, suppose que tout le suivi thérapeutique des patients va devenir un élément clef. Les bilans de toutes sortes vont donc se multiplier, avec monitoring, *coaching*... Je crains que, confrontés à des tensions difficiles en matière économique, on puisse être amené un jour à se dire que si on n'a pas suivi ces étapes du parcours de santé, on module progressivement la prise en charge, la qualité de l'accompagnement par la collectivité, le remboursement... Il y a quelques années, on parlait du bilan dentaire pour le remboursement du soin dentaire. Quelques pays se sont interrogés sur les soins apportés aux

fumeurs. Mais, avec les transformations démographiques et les nouvelles possibilités offertes par la médecine (marqueurs précoces de pathologies, évolutions, etc), je crains que cette question encore en partie théorique ne devienne pratique et dangereuse.

Autant l'indicateur de potentiel ou capital santé est certainement utile dans un cadre individuel, autant son instrumentalisation dans une utilisation collective me paraît en l'absence de barrières et de garde-fous qui pourraient être imaginés, dangereux.

Ruth ELKRIEF

Gérard SALEM est géographe de la santé à Paris X. L'Atlas de la Santé est publié sous sa direction. Existe-il des inégalités géographiques face à la santé ?

Gérard SALEM

Nous travaillons effectivement sur les inégalités sociales et géographiques de santé. Il me semble que l'on touche au fond du problème après ces deux exposés introductifs. La notion de capital santé est en partie ambiguë, entre l'individuel et le collectif, avec des risques d'instrumentalisation. Il y a deux idées que l'on voudrait opposer mais qui ne sont peut-être pas si contradictoires que cela.

La première idée est la suivante : il y aurait un capital santé individuel. Mais comment défendre cette idée quand on sait que la santé est socialement, géographiquement, économiquement, culturellement déterminée ? Comment invoquer la responsabilité individuelle quand les risques sont professionnels, économiques, environnementaux ? En d'autres termes, comment convoquer la responsabilité individuelle d'une personne alors qu'elle n'a pas la possibilité d'agir sur ces déterminants ? Cette démarche prédictive au niveau collectif que l'on retrouve en épidémiologie est assez déterministe et déresponsabilisante. Notre santé serait sur-déterminée. C'est le discours actuel sur la génétique. On a parlé de l'obésité ce matin. Il existe certainement des facteurs de prédisposition génétique à l'obésité mais les gènes de la population française n'ont pas changé en 10 ans. D'autres facteurs jouent donc. Pour certains, la sur-détermination de la santé rendrait obsolète la notion même de la responsabilité individuelle, ce qui serait contraire à l'idée d'une gestion individuelle et dynamique du capital santé.

Nous devons donc nous intéresser aux processus de construction sociale et territoriale de la santé. Notre groupe de travail a pris plusieurs fois cet exemple ; est-il normal socialement de boire un verre de vin blanc pour le petit déjeuner ou de fumer un joint avant d'aller à l'école ? J'insiste sur ce point car le français ne distingue pas comme l'anglais « *disease, illness, sickness* ». « *Disease* » est la maladie au sens biologique et médical du terme. « *Illness* » est la représentation collective que nous en avons. Enfin, « *Sickness* » correspond à la façon dont je me sens. Ce triptyque est primordial car il définit le triptyque des constructions sociales de la santé, de ce qui est normal et anormal dans les comportements, dans la douleur, dans l'accès aux soins...

Il existe en France de fortes inégalités sociales de santé, plus fortes que dans la plupart des pays européens alors que l'accès aux soins est théoriquement libre pour tous. S'y ajoutent de considérables inégalités territoriales.

Je ne prendrai qu'un exemple, celui de la mortalité évitable liée au système de soins. Ce concept renvoie à la mortalité intervenant avant 65 ans et à un ensemble de causes dont on considère qu'elles n'auraient pas lieu d'être si le système de soins préventif et curatif avait bien fonctionné. Il s'agit par exemple des 1100 décès liés au cancer du col de l'utérus. Si le système de soins avait bien fonctionné, ces décès n'auraient pas eu lieu. Nous avons fait une première statistique qui montre que les taux de mortalité évitable liée au système de soins n'étaient pas fonction de la taille de la ville. La mortalité évitable liée au système de soins n'est pas fonction de l'offre de soins. Généralement, les médecins haïssent ce genre

d'informations ! La cartographie de cette mortalité évitable liée au système de soins montre que les taux dépendent avant tout de l'appartenance régionale. Une grande ville du nord de la France, comme Lille, sera proche des petites villes du nord et non de Toulouse, autre grande ville universitaire. Apparaît donc une géographie dans les façons de se soigner et d'être soigné. Cela renvoie à des représentations différentes du corps, à une représentation de la pudeur, à tel ou tel rapport à la douleur...

Dès lors, il ne s'agit pas de donner des réponses biomédicales à des problèmes qui sont fondamentalement sociaux, économiques ou culturels. Pour renvoyer à ce que nous disions ce matin, la médicalisation d'un certain nombre de problèmes de santé mentale comme la dépression est une mauvaise solution.

Deuxième idée : à bien des égards, on pourrait rapprocher les questions de santé et de réussite scolaire. La réussite des enfants est largement sur-déterminée. On sait que la probabilité pour qu'un enfant d'immigré au RMI accède à une grande école est très faible. En géographie et sociologie scolaires, on a développé des analyses multi-niveaux pour tenter de voir quelle est la part, dans la réussite d'un enfant, des facteurs microscopiques (la classe, l'instituteur, les facteurs familiaux, le quartier...) pour voir ce qui se pèse le plus. Statistiquement, à un niveau collectif, la réussite scolaire d'un enfant est largement pré-déterminée. Mais *in fine*, le travail individuel de l'enfant joue un rôle non négligeable. C'est là qu'on retrouve le parallèle avec la santé. Cette dernière est socialement, territorialement déterminée mais la part de responsabilité individuelle joue. C'est la liberté de chacun de gérer un petit peu mieux sa santé. L'individu avec la gestion dynamique de sa santé pourrait disposer d'un curseur, non prédictif de sa santé à venir mais permettant de dire qu'il a progressé dans sa pratique sportive, de perte de poids ou de consommation de tabac. Plutôt que d'être un Père Fouettard, il faut insister sur la dimension plaisir. Je le dis en tant qu'ancien fumeur ! Il est agréable quand on a arrêté de fumer, de voir comment on retrouve le goût par exemple.

La construction de cet outil pragmatique individuel n'est en rien contradictoire avec l'approche collective. Aucune déresponsabilisation n'intervient. Marchons sur nos deux jambes.

Ruth ELKRIEF

Alain TRANNOYE est Directeur d'études à l'EHESS. Etes-vous sceptique sur l'utilisation de cet indicateur au vu des inégalités sociales ?

Alain TRANNOYE

Je voudrais faire état d'une discussion survenue au sein de notre groupe de travail car la recherche est aussi faite de débats et de controverses. Notre démarche est donc une démarche transparente et citoyenne car les controverses se résolvent quand les arguments des uns sont acceptés par les autres. Il est important que vous touchiez du doigt les enjeux qui nous ont occupés ces derniers mois.

1. Un constat

La discussion est partie d'un constat que mes prédécesseurs ont déjà souligné : les comportements en matière de gestion du capital santé présentent des différences marquées lorsqu'on les croise avec des déterminants sociaux (les CSP par exemple), éducatifs (le plus haut niveau diplôme obtenu), économiques (le revenu par exemple), des facteurs de localisation géographique comme Gérard SALEM l'a rappelé... La consommation de tabac est ainsi trois fois plus importante dans les milieux modestes que dans les milieux favorisés. C'est vrai dans tous les pays développés. Cet écart s'est même accru au cours des dernières années, malgré les hausses de prix intervenues. Ce constat se retrouve pour la consommation d'alcool, les pratiques sportives, la consommation de fruits, l'obésité... Par ailleurs, comme nous l'avons dit ce matin, un des grands déterminants de la santé à l'âge adulte est l'état de santé

pendant l'enfance. Il existe une sorte de transmission intergénérationnelle de la gestion de son capital santé. Une récente étude l'IRDES montre l'impact de cette transmission intergénérationnelle à l'âge adulte. L'étude se poursuit pour tenter de cerner sur quels types de comportements se porte ce type de transmission.

2. Une discussion

Une fois le constat dressé, la question est apparue : que faire de cette corrélation dans la construction d'un indicateur de gestion de son capital santé ? Si on retient le cadre d'un indicateur individuel du capital santé, nous savons qu'en moyenne les individus des catégories sociales supérieures apparaîtront plutôt dans le haut du tableau. Il existe donc une détermination sociale du comportement de prévention et d'information. C'est important car nous voulons expliquer et isoler les causes et les déterminants du comportement.

Mais si l'on prend le point de vue de l'individu, l'utilisateur du questionnaire de l'état de santé, l'indicateur que nous ambitionnons de construire doit d'abord servir de révélateur pour cet individu et avoir une valeur réflexive, quelles que soient les raisons qui l'amènent à utiliser l'outil. Du point de vue de l'individu, l'analyse des causes n'est pas pertinente. Cela nous amène à retenir une approche individualiste de l'indicateur.

Pour construire un indicateur social de gestion du capital santé, il faut passer par une étape préalable incontournable. Cette étape consiste à essayer de construire des groupes d'individus en fonction de variables objectives. Cette étape est nécessaire car nous voulons comparer l'individu aux individus les plus semblables possibles et qui subissent les mêmes influences (sociales, géographiques). Nous voulons introduire ces catégories car nous voulons répondre à la question suivante : dans la catégorie qui est la vôtre, où vous situez-vous dans votre effort de gestion de votre capital santé ? Nous entendons donc offrir à l'individu un positionnement dans le groupe constitué. Ce type d'indicateur de capital santé offre une information pertinente et utile voire originale.

Mais elle repose sur une étape délicate ; quels sont les indicateurs pertinents qui vont servir à la catégorisation des individus ? Ces indicateurs sont-ils clairement exogènes ? Où va la relation de causalité ? Va-t-elle des phénomènes sociaux vers l'état de santé et la gestion du capital ? Ou est-ce l'inverse ? Existe-t-il une causalité inverse ? Les études, en particulier dans les pays scandinaves, indiquent qu'il peut y avoir une causalité inverse, donc des facteurs sociaux vers l'état de santé même si elle est sans doute d'une intensité plus faible que la causalité première. En tout état de cause, la construction d'un indicateur social de santé demeure difficile compte tenu des connaissances actuelles.

L'appropriation par l'individu du questionnaire et la thématique de la fragilité de la classification et de la catégorisation concourent toutes deux à privilégier l'approche individualiste de l'indicateur social de santé.

Ruth ELKRIEF

Abordons le thème des conditions de travail, avec Jean-François CAILLARD, médecin du travail. Comment faire entrer dans cet indicateur la dimension de la vie en entreprise ?

Jean-François CAILLARD

La médecine du travail en tant qu'institution est sujette à critique mais notre champ disciplinaire représente une des formes les plus accomplies de la médecine de prévention. Nous menons normalement une action équilibrée et mixte entre facteurs individuels et facteurs environnementaux. Notre but est de préserver le capital santé des jeunes gens arrivant dans le monde du travail. On pourrait croire qu'il

suffit de prévenir les grands risques chimiques, biologiques, les charges lourdes ou les horaires altérés... Mais ce n'est pas si simple.

1. Les facteurs environnementaux

Un certain nombre de ces facteurs ont été contrôlés au fil des ans mais on insiste désormais sur les facteurs psychosociaux et organisationnels du travail. Le travail est assimilé à une occasion de souffrance particulière, à tort ou à raison, à raison en partie. Vous connaissez le succès de la littérature et de toute intervention publique sur la question du harcèlement au travail ou de la souffrance au travail. La montée en puissance du stress, de la dépression, les suicides (qui ne sont jamais directement liés au travail mais pour lesquels le déterminant travail est absolument présent) font que l'on met l'accent sur les environnements dans lesquels les individus circulent. Il faut que ces environnements soient psychosociologiquement sains. Il existe certains modes de gestion d'entreprise où la recherche du *leadership* idéal, un bon technicien qui soit aussi bon financier, un porteur de valeurs d'autonomie, de liberté, de respect, de confiance et de transparence, est de plus en plus marquée. On voit qu'il y a là de formidables déterminants du capital santé.

La culture du leader n'est pas celle du leader uniquement. Elle est aussi celle de chacun de ses composantes. C'est sur ces déterminants que l'on travaille aujourd'hui le plus. Pour l'avenir, si ce phénomène d'extension de la souffrance au travail s'accroît, on ne sait pas quelles en seront les conséquences sur le nombre d'années de vie perdues, voire sur l'espérance de vie dont la croissance extraordinaire n'est peut-être pas définitive.

2. La question des indicateurs de santé

Dans le débat, il y a des lignes de forces communes mais aussi des divergences, notamment dans l'opposition individu/société, ou contrôle social/autonomie personnelle. Cette question des indicateurs est à la fois aisée et difficile.

Elle est facile car nous disposons de modèles. J'utilise pour ma part souvent un modèle d'Europe du Nord qui a la mérite d'être simple et d'avoir été conforté par plus de 15 ans d'études. Dans ce modèle, sept items sont classés, avec un score total (dynamique car révisé tous les 2 à 5 ans selon les catégories de personnes) qui donne un état du capital santé à un moment donné :

- quel est votre niveau de capacité de travail actuelle par rapport à l'optimum que vous avez connu ?
- quelle est votre capacité de travail actuelle par rapport aux exigences de votre situation de travail ?
- quelles sont les maladies dont vous êtes porteur et qui ont été diagnostiquées ?
- quelles sont les répercussions de ces maladies sur votre capacité de travail ?
- le nombre de jours d'arrêts de travail ;
- votre pronostic quant à votre capacité de travail d'ici à deux ans ;
- vos ressources psychiques (activité, réalisation de projets, espoirs pour l'avenir...).

Ce modèle a été conforté dans des pays où la collectivité des travailleurs et celle de ceux qui organisent le travail, tout comme l'attitude de la société dans son ensemble, ont été concomitantes afin que ceux dont les scores sont les plus faibles puissent compenser ce facteur qui a trait aux comportements individuels et aux facteurs déterminants du travail.

L'espérance de vie augmente chaque année. C'est donc une société pleine d'espoir même si l'on parle de plus en plus des seniors. Mais, globalement, un tel indicateur pourrait-il être utilisé en France ? Apparaissent de nombreuses résistances qui tiennent à ce qui a été débattu tout à l'heure. Alors que c'est un instrument collectif, il a aussi un usage individuel possible. On a peur que cela tombe dans les mains du DRH, de telle ou telle autorité ou de l'assureur. On préfère des indicateurs plus neutres. On va donc surveiller les expositions aux risques et les états de santé au fil des années, sans en tirer d'évaluations scientifiques.

Pour conclure, je crois que ce modèle demeure intéressant. Si on parle de capital santé, on reste quand même dans l'appréciation individuelle. Nous ne sommes pas dans une société de contrôle social tel que la détermination d'un indicateur individuel puisse obligatoirement être utilisé par une autorité supérieure. Si on remplace le terme travail par le terme désir d'activité, réalisation d'activité, l'approche n'est pas inintéressante. J'ai passé une journée dans l'univers des dockers d'un des grands ports français. Dans les années 70, les conditions de travail étaient épouvantables, avec l'usure sanitaire des personnels, des habitudes de vie dégradées (alcoolisme, violence...). Maintenant, l'équipe du port ressemble à une équipe sportive et manipule des technologies très pointues. On se rend compte à quel point nonobstant le pronostic parental, une action conjuguée amène des résultats remarquables.

Pour conclure sur la peur et la prévention, j'aime citer Kipling, prendre le maximum de risques avec le maximum de précaution. C'est une façon d'assurer sa survie même si parfois on a peur.

Ruth ELKRIEF

Jean-Louis SAN MARCO est Professeur de santé publique, ancien Président de l'INPES. La qualité de la vie et les comportements l'intéressent particulièrement. Quelle est la place possible de ces items dans la construction de l'indicateur ?

Jean-Louis SAN MARCO

Nous parlions des deux filles d'Asclépios ce matin, avec le Professeur VALLANCIEN. Panacée a tout dominé et de fait Hygié n'existe pas. Nous devons admettre que nous vivons dans un monde entièrement dominé par le traitement. Il existe des préventions de type soins avant la maladie mais la prévention telle qu'Hygié – également protectrice de la jeunesse et de la beauté - la rêvait est minorée. Je reviens également sur les propos de Luc FERRY en pensant à une éducation à la santé faite par les professeurs de biologie. Imaginez un seul instant ce que cela représente comme restrictions : la santé n'est même pas le soin, c'est le soin biomédical !

Ce discours me semble basé sur la méfiance vis-à-vis de l'individu et je voudrais vous en donner trois exemples. Ces exemples montrent que le soin est basé sur la méfiance vis-à-vis de celui à lequel on l'applique.

1. Trois exemples

Il vient d'y avoir un débat sur l'automédication. Ce débat s'est exclusivement posé en termes de coûts ! La responsabilisation d'un individu par définition stupide et incapable de la moindre réflexion n'a jamais été abordée. Ceux qui font de l'automédication sont généralement celles et ceux qui sont en meilleure santé, sans qu'il y ait un lien de cause à effet.

Deuxième exemple, l'effet placebo. Dans nos disciplines médicales, seuls les pharmacologues s'occupent de cette question parce qu'ils sont embêtés par cette capacité ahurissante de l'individu pour s'auto-soigner. Qui parmi les thérapeutes a essayé de mobiliser l'effet-placebo ?

Troisième exemple, l'homéopathie. C'est une merveille, vous avez quelque chose dans lequel il n'y a rien sauf à croire que la physique universelle ne s'applique pas à l'homéopathie. Pourtant, cela fonctionne car des maladies sont guéries par l'homéopathie. On mobilise donc l'individu mais on laisse cela à des magiciens qui arrivent à vendre un extrait de foie gras 1000 fois plus cher que chez Fauchon, alors que l'extrait n'a aucun goût. Cela traduit l'absence totale d'analyse et d'investissement pour un phénomène massif, à la base de la prévention, à savoir la confiance dans l'individu.

2. La confiance

Je suis médecin, je pense que le soin doit exister. Mais quand je suis médecin, je fais une chose, quand je suis acteur de prévention, je relève d'un autre paradigme. Cette confiance de base est le fondement de la prévention.

L'individu connaît deux grandes périodes de découvertes, à 18 mois et à la puberté. Ce sont deux périodes dangereuses. A 18 mois, on découvre les aiguilles, les queues de casseroles, les prises de courant... Les parents gèrent bien cette période, sans rien médicaliser du tout. *A contrario*, à la puberté, alors que l'on découvre le sexe, les produits qui donnent du plaisir, la vitesse, tout est restrictif et médicalisé au sens où on l'entendait ce matin. Qu'on ne nous dise pas ensuite que cela fait partie de la prévention !

La base de la prévention est la confiance dans l'individu. Ce dernier fera ce qu'il voudra de son corps et de sa vie. Mon rôle est d'essayer de l'aider pour qu'il fasse ce qu'il a envie de faire. Mais si je ne lui donne pas ma confiance, je tombe tout de suite dans cette déviation médicale. On retrouve le côté médical dans les propos de Didier TABUTEAU sur un possible usage collectif de l'indicateur. Nous avons peur. C'est pour cela que nous nous concentrons sur des notions rassurantes, médicales et organisationnelles alors que la confiance dans la personne est le fondement de la prévention.

Ruth ELKRIEF

Je me tourne vers Patrick NEGARET, Directeur de la CPAM de la Sarthe. Pouvons-nous avoir confiance dans l'utilisation de cet indicateur santé ? Peut-on avoir un bon usage de l'indicateur sur le plan collectif ?

Patrick NEGARET

Il peut y avoir un bon usage si l'indicateur n'est pas utilisé à des fins répressives.

Un Directeur de Caisse Primaire constate tous les jours une évolution des dépenses de santé constante, des déficits récurrents et globalement une impression de gâchis. Est-il éthique de dépenser autant ? Je ne reviens pas sur les inégalités sociales et géographiques de santé, pas plus que sur les inégalités d'espérance de vie entre les cadres et les ouvriers. L'inégalité dans l'obésité est flagrante.

1. Quelques constats

Je voudrais citer un exemple de gaspillage qu'on ne mentionne jamais. Les soins infirmiers pour la maladie de Parkinson méritent la palme. La dépense est de 270 à 1 500 euros par an et elle est directement corrélée à la densité d'infirmiers libéraux...

Nous parlions de la dépression. La non qualité est là : on consomme deux fois plus d'anxiolytiques et d'antidépresseurs que nos voisins alors que moins d'une personne sur trois est traitée et qu'une personne sur deux n'a pas besoin de ces médicaments. Cela pose évidemment la question de l'observance.

On a toujours les mêmes explications, le vieillissement, les nouvelles techniques, les lobbies, les fraudes, les industriels... Bref, l'enfer c'est les autres. Faut-il toujours plus d'hôpitaux, de médecins, etc ? Faut-il plus de soins pour avoir plus de santé ? De surcroît, on reste dans le court terme car la situation économique suppose d'afficher des résultats. Pour un Directeur de Caisse, de tels objectifs sont de plus en plus prégnants. C'est d'ailleurs un élément de la rémunération variable et du classement des Caisses. Malgré ces efforts considérables, nous ne sommes qu'à hauteur de 10 % du déficit. En 2006, la régulation représentait 850 millions d'euros. Par ailleurs, on joue sur l'effet prix et pas sur l'effet volume. Quand on contient l'évolution de certaines prescriptions, c'est dû à l'effet générique et certainement pas à l'effet volume.

2. Passer de l'inégalité d'accès aux soins à l'égalité d'accès à la santé

Je ne vois pas d'autres solutions que d'agir sur les déterminants de la santé. L'OMS a déclaré que les soins expliquaient seulement 15 % de la santé. Il faut considérer la génétique, l'environnement, les comportements, l'éducation... Du point de vue d'un Directeur de Caisse, quels leviers utiliser ? Je pense à l'alimentation et aux modes de vie.

Dans la pratique, on en revient à la notion de responsabilité. Le mieux est de bien faire comprendre qui doit assumer. Schématiquement, la maladie c'est plutôt le médecin et la santé c'est plutôt la personne. C'est ce changement d'approche qu'il faut faire percevoir. Il faut arriver à consommer différemment et consommer du soin différemment. Il ne s'agit pas de se reposer uniquement sur les soins, solution de facilité. Le Président de Pfizer France disait justement ce matin que la pilule anti-obésité n'allait pas tout régler ! Si je me contente de prendre une pilule, cela me dédouane de faire autre chose.

Il faut en outre agir en appui des médecins. Ces derniers ne sont pas forcément formés à ce type d'activité de prévention et d'éducation thérapeutique, sans parler du temps. Le médecin traitant est efficace pour réguler l'accès aux soins mais un médecin dans la Sarthe fait 70 heures par semaine.

Il faut reconstruire des modèles disparus au fil des ans. Quand on demande aux gens de changer leurs comportements individuels, il faut leur donner accès à des possibilités réelles de choisir et d'agir. Didier TABUTEAU a parlé de ciblage et nous n'avons pas mentionné la sectorisation. Je vais prendre des exemples basiques mais je crois qu'il faut enfoncer le clou. Montrer le soir à la télévision des façons de cuisiner est à mes yeux un grand pas en avant, c'est très pédagogique pour apprendre à cuisiner bien et pas cher. Nous avons organisé au Mans un Forum Santé Alimentation qui a rencontré un grand succès avec 12 000 visiteurs. Un stand montrait par exemple qu'on pouvait faire en 10 minutes un bon repas coûtant 75 centimes par personne. Il faut cibler ces actions et sectoriser, en allant dans les quartiers défavorisés par exemple.

On peut agir au niveau des cantines scolaires. Dans les écoles, on a supprimé les distributeurs automatiques. Les entreprises ont aussi à un rôle à jouer, la CPAM elle aussi puisque nous comptons 1100 personnes dans notre effectif. On peut développer la connaissance des labels qui sont exigeants sur la plan de la santé et de la qualité. D'autres actions très diverses sont possibles, apprendre à lire les étiquettes par exemple. Dans le cadre du Master Education Physique à l'Université, les Sarthois peuvent gratuitement faire de l'exercice physique. Les étudiants sont heureux, les gens également.

Dans nos actions, nous avons fait l'effort d'associer des partenaires que certains pourraient juger infréquentables comme les industriels agro-alimentaires et les producteurs de céréales, comme Unilever, Nestlé...

C'est en agissant sur les comportements des consommateurs que l'on pourra inciter les industriels à modifier leurs approches. C'est une action de longue haleine. Mais je note aussi que 15 000 personnes par an passent dans notre boutique du Mans. Cette boutique organise des ateliers avec des professionnels

de santé. Petit à petit, des évolutions se dessinent. Cela devrait venir en relais des grandes campagnes dont nous parlions, au-delà du manque de temps et/ou de moyens. On se dirigerait alors vers une conduite santé citoyenne, comme l'on parle d'une conduite éco-citoyenne. Les deux sont d'ailleurs liées.

Ruth ELKRIEF

Marc SALOMON, quelles sont les prochaines étapes pour le groupe de travail ?

Marc SALOMON

Vous l'avez vu, les choses ne sont pas simples. Nos débats ont été complets, fructueux, animés.

En 2008, il est prévu de finaliser l'indicateur, de développer un support et de conduire un test à grande échelle afin de préciser les conditions de déploiement de l'outil. Je voudrais rappeler le rôle de Pfizer dans cette opération. Pfizer agit en facilitateur, en laissant aux experts une entière liberté. Il a été décidé de confier le déploiement de l'indicateur et le test à une structure universitaire indépendante. Je voudrais conclure en saluant l'idée géniale de Robert ROCHEFORT, qui parlait de GPS. GPS signifie bien évidemment Gestion Personnelle de sa Santé.

Ruth ELKRIEF

Je vous propose de conclure notre matinée par un débat avec les intervenants de la deuxième table ronde.

De la salle

L'indicateur du capital santé devra éviter de tomber dans les écueils de la mise en place du DMP. Par peur d'un flicage ou d'une utilisation collective, on évite parfois de mettre les bons éléments dans un outil. Le DMP a été contraint par le risque de voir certains éléments utilisés par les banques ou les assurances. Mais, les banques ou les assurances dressent leurs propres évaluations de risques et vous font remplir des questionnaires.

Ruth ELKRIEF

La remarque est intéressante, d'autant que le DMP est encore dans les cartons.

De la salle

Vous disiez ce matin votre intérêt pour cette rencontre en tant que femme et mère. Quand les différents experts – au demeurant surtout des hommes - nous ont parlé des différences entre approche individuelle et approche collective, j'ai pensé que cette distinction était utile pour la réflexion. On peut aussi avoir une approche par cellule ; il y a quantité de cellules entre le collectif et l'individuel. Dans la cellule familiale, le rôle de la mère est considérable puisqu'elle pousse le caddy, va chez le pédiatre avec son enfant, protège son sommeil... Nous n'avons pas parlé du rapport entre nutrition et sommeil. Cela rentre assez mal dans les analyses de variance, mais ce facteur doit être pris en compte.

Ruth ELKRIEF

Nous avons parlé de la cellule familiale en mentionnant le rôle des parents.

De la salle

J'ai toujours espéré qu'on mette un volet prévention dans les études de médecine. Je pense toutefois que les jeunes médecins ont changé d'attitude. Dans les EPP, le volet prévention pourrait être intéressant. Par ailleurs, dans la prise en charge de santé, apparaît une rupture de contrat à mes yeux, dans un cas, celui de l'ostéoporose post-ménopausique. Ce problème de santé n'est pas bien pris en charge. On doit en outre tenir compte de l'ostéoporose qui s'installe chez les hommes à partir de 70 ans, voire avant.

De la salle

Peut-on envisager de rapprocher l'indicateur de santé du DMP ? Dans le domaine de la santé, on a souvent des initiatives venant de l'Etat, des industriels, des collectivités sans réelle convergence d'ensemble. Peut-on donc rapprocher ces deux outils qui sont encore en gestation ?

Didier TABUTEAU

C'est la bonne façon de faire si on veut que l'indicateur capital santé ne voit pas le jour ! Ce sont deux sujets différents. Le capital santé est souple, c'est un questionnaire permettant à chacun de suivre sa santé. Ce n'est pas un outil technique au sens du DMP.

Marc SALOMON

En effet. Une telle association serait désastreuse pour la finalisation de nos projets ! Avec l'indicateur, nous demeurons sur une démarche personnelle. L'appropriation individuelle de l'indicateur sera nécessaire alors que le DMP reste encore largement imposé. A un moment ou à un autre, il pourra y avoir une ouverture, une agrégation des outils. C'est prématuré à ce jour, d'autant que les problèmes que le DMP doit résoudre sont innombrables !

Robert ROCHEFORT

Si jamais le DMP fonctionne un jour, il devra s'ouvrir à la question d'avoir un indicateur de santé interactif.

Ruth ELKRIEF

Quid des contrôles portant sur notre santé quand on demande un prêt ou une assurance ? Sans DMP, sans cet indicateur, il existe déjà des manières d'être contrôlé sur le plan de la santé.

Didier TABUTEAU

Je voudrais vous faire part de quelques sentiments en la matière. Effectivement, pour la sélection des risques, dans un certain nombre de cas, pas dans tous du fait de règles législatives qui s'opposent à la sélection de risques, les assureurs ont leurs techniques d'appréciation du risque. Si on introduisait un indicateur collectif qui deviendrait un instrument officiel, la démarche serait différente. Si dans 20 ans, nous avons un indicateur santé connecté au DMP et un *coaching* GPS généralisé, il va de soi que la question du contenu et de l'utilisation de l'indicateur se posera. On imagine les formes de pression, je vous embauche si vous me donnez telle ou telle information, je vous assure pour une complémentaire santé si vous me donnez des éléments....

De la salle

Le groupe de travail s'est-il interrogé sur la possibilité de construire cet outil mais d'en laisser la disponibilité aux individus ?

Gérard SALEM

C'est exactement cela. C'est un indicateur individuel dynamique. Pour chacun il s'agit donc de construire non pas des scores de probabilités mais un indicateur permettant de voir quels sont les domaines de progression et les autres. Nous nous sommes demandés si l'indicateur devait déboucher sur un score, nous avons plutôt retenu l'idée d'une forme géométrique pour synthétiser les conclusions. Je peux être dans le haut de la fourchette pour l'exercice physique, mais stagner pour ce qui de mes habitudes alimentaires. C'est un indicateur individuel et qualitatif.

Robert ROCHEFORT

Une interaction avec une personne *sparing partner* me paraît nécessaire, pour avoir un échange et une mémoire d'informations. La meilleure solution serait que l'outil soit confié à une structure sans intérêt économique, comme nous l'avons dit. Cela ne règle pas tous les problèmes. Je préside une formation du Conseil national de l'information statistique et je peux vous assurer que ces questions sont complexes. Nous avons eu à traiter récemment la question des statistiques ethniques. L'un des problèmes majeurs dans l'éthique de l'information est qu'il est difficile d'interdire à des fins statistiques ou épidémiologiques certaines données. Sans traitement, mémoire et interaction, l'outil est pauvre. L'exigence en même temps est de n'en faire qu'un outil individuel.

De la salle

Allons-nous vers l'instauration d'un institut de centralisation ? Pourquoi ne pas faire confiance aux individus, qui pourraient gérer eux-mêmes l'outil ? La centralisation ouvre la porte à toutes les dérives. Reste la question de la formation à l'utilisation de l'outil car les personnes qui comprendront l'indicateur seront justement les personnes sans problèmes !

Robert ROCHEFORT

Nous savons dans nos métiers que les taux de chute sont énormes si on ne donne pas aux personnes des rendez-vous. Les laboratoires universitaires sont le contraire même de la centralisation. L'outil pourrait donc être confié à une structure extrêmement souple, loin de toute logique institutionnelle. Votre solution est radicale mais à mes yeux, nous avons désormais le devoir d'évaluer nos actions. Si on veut que l'indicateur ait un avenir, la seule statistique qui ait un sens est une statistique d'évaluation de l'outil. Il faudra demander aux personnes qui ont rempli le questionnaire ce que ce questionnaire leur a apporté par exemple. Nous aurons donc besoin d'un échelon central minimum.

Ruth ELKRIEF

C'est peut-être un chantier pour les prochaines années. Rendez-vous en 2008 pour les 4^{ème} Entretiens.