

ACTEURS DE


LA PRÉVENTION



L'alimentation,



notre première médecine



Le poids de l'alimentation sur l'état de santé ne fait plus débat. Or, elle est un déterminant sur lequel il est possible d'agir. Alors action!

Depuis 2001, les pouvoirs publics français ont pris les choses en main. Les industriels s'y mettent, eux aussi, progressivement. Dossier.

Question

Comment organiser la prévention en France?

p. 3



Dossier

L'alimentation santé: une vieille recette à mettre au goût du jour

p. 6



Enquête

La flore intestinale, médecine de demain?

p. 12



L'actu du Club

Dix propositions pour faire de la prévention une priorité

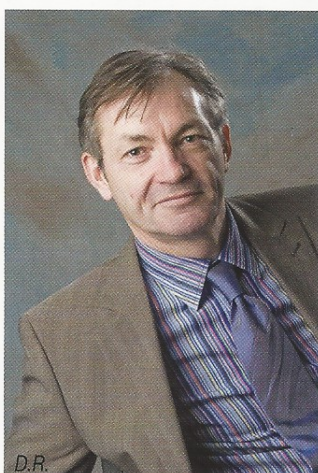
p. 14



Décembre 2013

Numéro 8

La prévention, troisième pilier de la Stratégie nationale de Santé



D.R.

Le 23 septembre 2013, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, dévoilait les grandes lignes de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) reposant sur trois piliers : la prévention, le premier recours et la démocratie sanitaire.

La SNS vise l'amélioration de la santé des Français sur dix ans, grâce à des objectifs chiffrés et évalués au niveau national et local. Elle est centrée autour de cinq priorités de santé publique : les jeunes, la lutte contre les addictions, la santé mentale, la lutte contre le cancer et l'amélioration de la prise en charge du vieillissement.

Ces nouvelles dispositions seront, pour partie, introduites par le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et, pour une autre partie, par une « loi de santé » qui doit être présentée en 2014. L'ensemble de cette politique de santé devrait être piloté par un comité interministériel sur la santé, dont la mise en place devrait être proposée au Premier ministre début décembre.

Dans ce contexte, *Acteurs de la Prévention*, dont l'objectif est de faire de la prévention et de son financement une priorité de santé publique, a mis en chantier un livre blanc qui sera remis au printemps 2014, à la ministre des Affaires sociales et de la Santé (voir article p. 14).

Les grandes lignes de ce projet ont été présentées à l'occasion du congrès du Syndicat des médecins libéraux à Marseille, en septembre dernier. Il sera la traduction d'actions et de propositions émanant des acteurs de terrain, préconisant de bonnes pratiques, notamment dans le domaine de l'e-santé, une amélioration de la pratique de l'exercice physique, ou encore la mise en place d'un bilan de prévention.

L'un des points prioritaires du livre blanc est de considérer l'alimentation comme notre première médecine. *Acteurs de la Prévention* consacre donc ce numéro 8 à ce sujet majeur et paradoxal en France (Dossier p. 6). La France, pays mondialement connu pour sa gastronomie, où la cuisine fait désormais rêver dans des émissions de télévision, et où, pourtant, un tiers des cancers pourrait être évité grâce à une alimentation plus équilibrée. Comme Brillat-Savarin l'a dit : « Dis-moi ce que tu manges, je te dirai qui tu es. » Alors, essayons de mieux manger pour vivre mieux, et plus longtemps.



Magazine édité par Novescia

73-77, rue de Sèvres

92100 Boulogne-Billancourt

Tél. : 01 82 83 60 29

Contact : acteursdelaprevention@novescia.fr

Directeur de la publication

Alain Le Meur

Comité éditorial

Alain Le Meur

Stéphanie Pistre

Ont collaboré à ce numéro

Arnaud Basdevant

Laurence Depeyaz

Valérie Duffot

Stanislav Dusko-Ehrlich

Alexandra Fourcade

Serge Herberg

Emmanuelle Leclerc

Isabelle Lestienne-Deloze

Philippe Marty

Roger Rua

Coordination éditoriale

Isabelle Lestienne-Deloze

Symbiotik SAS

isabelle.deloze@symbiotik.fr

Secrétaire de rédaction

Jean-Baptiste Capelle,

jeanbaptiste.capelle@gmail.com

Création graphique et mise en page

Élodie Bardon

bardonelodie@gmail.com

Imprimé par l'Imprimerie de Champagne

ZI les Franchises

52200 Langres

Tél. : 03 25 87 08 34

Photo de couverture :

© Pierre Brillot - Fotolia.com



© Julien Eschinger - Fotolia.com

Question

Par Isabelle Lestienne-Deloze, journaliste

Comment organiser la prévention en France ?

Face à un système de santé en crise, l'idée d'injecter davantage de préventif au tout curatif du dispositif actuel fait son chemin. Mais comment ? Quelle profession est-elle la plus à même de prendre en charge la prévention ? Et à quel prix ? Ces questions ont été largement débattues lors du congrès annuel du Syndicat des médecins libéraux (SML), en septembre à Marseille.



Le Dr Roger Rua, président du Syndicat des médecins libéraux (SML), exhorte les médecins à prendre la prévention à bras-le-corps, « sinon d'autres le feront ».

« Les budgets nationaux alloués à la prévention sont en baisse progressive depuis des années. Nous sommes les derniers, en Europe, à ne pas avoir changé de paradigme. Il est grand temps de progresser afin de faire aboutir nos projets. » Ces constats lancés par Françoise Gagnet, adjointe au maire de Marseille, en ouverture du congrès du Syndicat des médecins libéraux (SML) les 27 et 28 septembre, sont sans appel : les fondements du système de santé français doivent être révisés pour y injecter davantage de prévention. Heureusement, la stratégie nationale de santé annoncée par Marisol Touraine quelques jours auparavant le confirme : la prévention y émerge comme un maillon essentiel.

LA PRÉVENTION N'EST PLUS UNE OPTION

Par sa définition de la santé, « un état de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmite », l'Organisation mondiale de la santé (OMS) encourage elle aussi l'adoption d'une démarche préventive. Et s'il fallait un autre argument, sortons la carte de l'intérêt économique : « Aujourd'hui, le budget de la santé représente 12 % du PIB de

la France et si l'on ne réagit pas ce chiffre atteindra 20 % d'ici cinq à dix ans », rapporte Roger Rua, président du SML. En effet, au cours des dernières décennies, les maladies chroniques, dont la plupart pourraient être évitées grâce à des comportements préventifs, ont gonflé de manière exponentielle les dépenses de santé. Résultat, si l'espérance de vie augmente, c'est souvent au détriment de la santé : « Nous rencontrons un écart énorme, dans notre pays, entre l'espérance de vie, de 80 ans en moyenne, et l'espérance de santé qui n'est que de 62 ans. Pourtant, toutes les études récentes démontrent sans ambiguïté que la prévention peut infléchir durablement la progression des maladies

évitable, lourdes et chroniques », explique le Dr Rua. Elle constitue donc un puissant levier d'action pour améliorer la santé des Français et, dans le même temps, réduire les dépenses de santé, à l'heure où leur maîtrise devient capitale. La prévention n'est plus une option mais l'unique orientation à prendre pour sauver notre système malade !

PREMIÈRE ÉTAPE : LA FEUILLE DE ROUTE

Le diagnostic étant posé et le traitement connu, reste à en définir les modalités. Premièrement, « l'éducation du patient doit se faire en termes de santé et non de risques, avec une

DES ACTEURS MULTIPLES SUR LE TERRAIN DE LA PRÉVENTION

Outre la HAS et l'Inpes, d'autres organisations se partagent la prévention en France. Il existe notamment le Haut conseil de la santé publique (HCSP), chargé de définir les risques et les objectifs de la prévention, ou encore l'Institut national de veille sanitaire (InVS), pour la surveillance sanitaire et la quantification des risques. La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) participe également à la politique de prévention grâce à des campagnes d'information, comme la célèbre campagne « Les antibiotiques c'est pas automatique », lancée en 2002. Enfin, les associations de patients mènent également leurs propres actions de prévention, généralement avec des objectifs précis, axés sur une pathologie ciblée (cancer, diabète, VIH).



De gauche à droite : le Dr Jean-François Thébaud, membre du Collège de la Haute autorité de santé (HAS), le Dr Jean-Pierre Aquino, président du Comité Avancée en âge, le Dr Philippe Gaertner, président du Centre national des professions libérales de santé (CNPS) et de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), et Renaud Morin, directeur adjoint de l'Inpes.

clarification de ce qui relève de la responsabilité individuelle », propose le Dr Alexandra Fourcade, responsable de la mission droits des usagers à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Idée retenue : la prévention, qui en appelle à la responsabilisation de chacun, dépasse la question de la santé. « Il s'agit aussi d'un problème de société : les Français vont devoir apprendre à prendre leur santé en main », souligne Valérie Boyer, députée des Bouches-du-Rhône. « Mettre en avant la priorité préventive doit permettre de dépasser les corporations, et, à terme, de repenser l'organisation de l'offre de soins curatifs et l'organisation des priorités de notre société », estime quant à lui le président du SML.

Une conclusion s'impose donc d'ores et déjà : la santé nécessite une vision globale. Dès lors, c'est aux pouvoirs publics – qui sont en outre responsables de l'argent

public – de donner la feuille de route. C'est chose faite avec la stratégie nationale de santé qui définit cinq grandes priorités (les jeunes, les personnes âgées, les addictions, les cancers et la santé mentale) et donne ainsi de la lisibilité à l'ensemble du système. « Il y a là une vraie reconnaissance de la part de la ministre du fait que la politique de santé doit être menée dans un cadre interministériel et qu'il ne peut pas y avoir, d'un côté, une stratégie nationale de santé publique et, de l'autre, celle de l'Assurance maladie, qui relève d'une gouvernance autonome », commente Alexandra Fourcade, soulignant l'effort de cohérence qui devra être mené en ce sens.

RATIONALISER LE SYSTÈME

Le pilotage de l'Assurance maladie ne sera toutefois pas le seul rouage du système à réviser. Pour plus

d'efficacité, divers efforts de simplification devront être consentis : « Il faut tendre vers un dispositif unique avec un financement unique. Actuellement, nous avons une organisation de la santé en millefeuille, pas du tout homogène sur l'ensemble du territoire, constate le Dr Jean-Pierre Aquino, président du Comité Avancée en âge. Souvent, des initiatives existent dans les régions mais, n'étant pas répertoriées, elles sont méconnues des médecins qui n'en font donc pas profiter leurs patients. » Cet expert, auteur d'un rapport sur l'anticipation du vieillissement et la prévention de la perte d'autonomie remis au printemps au gouvernement, prône donc la rationalisation, et il n'est pas le seul. « Il existe des doublons dans les actions menées et leur financement, avec des fonds de la Sécurité sociale, une participation des Agences régionales de santé (ARS), etc. En rationalisant les moyens, nous pouvons faire plus à enveloppe constante », argue le Dr Fourcade.

LE RÔLE DES INSTITUTIONS PUBLIQUES

Se pose alors la question de la distribution des rôles entre les différents acteurs (cf. encadré), et en particulier celui de capitaine du navire, chargé de donner le cap au vu de la feuille de route. Une des institutions publiques actuelles peut-elle prendre la barre ? Un membre du Collège de la Haute autorité de santé (HAS), le Dr Jean-François Thébaud, était ainsi convié à une table ronde afin de préciser le rôle de cet organisme d'État en matière de prévention : « La HAS est une autorité indépendante à caractère scientifique, qui a vocation à aider les décideurs en matière d'efficience et de qualité des soins, explique-t-il. Son implication en prévention primaire s'avère donc limitée. La HAS peut toutefois établir des recommandations en vue de corriger des facteurs de risque et s'occupe de la prévention de l'iatrogénie des traitements. » L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), alors ? « L'Inpes a un rôle complémentaire à celui de la HAS. Il est parfois identifié comme une agence de communication, car ses campagnes représentent la partie la plus visible de son activité, mais l'Inpes ne fait pas que ça. Sa mission est aussi de conduire des actions innovantes en lien avec les professionnels de santé, sur le terrain. Elles sont ensuite évaluées afin de transmettre ce qui fonctionne ou pas », décrit Renaud Morin, directeur adjoint de l'Inpes.

CONSULTATION DE PRÉVENTION ET ACTIONS CIBLÉES, DEUX PISTES À CREUSER

Une piste pour concrétiser la prévention : concentrer les moyens. Comment ? En ciblant, par exemple, certains moments clés de la vie où l'individu sera plus réceptif (grossesse, entrée en retraite, périménopause, etc.). « Ces moments doivent donc être privilégiés pour faire passer les messages », pointe Alexandra Fourcade, membre de la DGOS. Pour faciliter cette approche, le Syndicat des médecins libéraux (SML) prône une évolution du système qui favoriserait la mise en place de rencontres régulières avec son médecin. Objectif : réaliser un bilan complet du « capital santé » des Français à certaines étapes de la vie, dont le nombre et les âges restent à définir. Selon une enquête réalisée en septembre 2013 par BVA pour le SML, 62 % des Français pensent que des consultations de prévention auraient un impact positif au niveau sanitaire, et 58 % d'entre eux considèrent que cela contribuerait à réduire le coût de la santé et servirait au système de protection sociale en engendrant des économies sur le remboursement des soins.

Des actions de prévention ciblant les populations à risque, comme les personnes en prédiabète, pourraient consolider le dispositif. En effet, vingt ans peuvent s'écouler avant qu'un diabète de type 2 ne devienne cliniquement apparent, alors qu'une intervention précoce pourrait réduire son incidence de plus de 70 %. Or, pour l'instant, « que fait-on pour cibler cette population ? », interroge le Dr Gérard Raymond, secrétaire général de la Fédération française des diabétiques (ex-AFD). « Aujourd'hui, en France, le diabète coûte déjà 18 milliards d'euros et plus de 2 millions de personnes présentent un haut risque de développer un diabète », ajoute-t-il. Délivrer des messages de prévention à ces sujets représente donc un enjeu de santé essentiel. De même, les seniors encore en activité doivent faire l'objet d'actions visant à anticiper l'avancée en âge. Puis, « pour les personnes âgées, il faudra définir des axes stratégiques permettant de repérer celles en situation de fragilité afin de retarder leur entrée dans la dépendance », rapporte Jean-Pierre Aquino, président du Comité Avancée en âge.

Quoi qu'il en soit, pour Alexandra Fourcade, ces instances ont un rôle central à jouer: « *Nous avons besoin d'indicateurs – en nombre limité pour une bonne lisibilité –, d'un référentiel d'expertise précis et d'outils validés, par exemple en matière de dépistage.* » Or, pour la responsable de la DGOS, c'est à ces deux organismes que reviennent les missions d'orientation et d'évaluation des actions menées, et de déclinaison des données de santé par type de population, afin que les recommandations, notamment de la HAS, soient directement utilisables par les professionnels de santé pour une prévention efficace. Et Valérie Boyer de compléter le tableau: « *Les connaissances sont là, mais elles ne sont pas exploitées. Il faut autoriser la Sécurité sociale à utiliser les données personnelles de santé afin de pouvoir mener des actions efficaces et les évaluer précisément. Ne nous privons de cette mine de connaissances.* »

SUR LE TERRAIN

Pour leur part, les ARS ne seront pas en reste. Pour être prise au sérieux, la prévention doit rester aux mains de personnes compétentes et c'est à ces agences d'en juger sur leur territoire, afin que « *les actions soient conduites et évaluées par des professionnels* », avance Alexandra Fourcade, pour qui le rôle de coordination des ARS reste toutefois à définir: « *Les cinq priorités nationales ne sont pas incompatibles avec des spécificités régionales. Des orientations locales pourront au contraire éviter de creuser les inégalités interrégionales. Mais quelle marge de manœuvre accorder aux régions? C'est un vrai sujet de réflexion à engager.* »

Et les professionnels de santé dans tout ça? Côté SML, la refonte de la politique de santé publique ne peut reposer que sur une démarche coopérative et collective impliquant l'ensemble des acteurs: « *Il faut que tout le monde s'approprie la prévention*, déclare Roger Rua, y compris les assurés, qui devront intégrer le fait de consulter alors qu'ils sont en bonne santé. Le cadre général doit être donné au niveau national, mais c'est ensuite aux acteurs de terrain de s'organiser, en tenant compte de la démographie, des problématiques de proximité, etc. Concernant les médecins, ils ont bien sûr toute leur place dans le dispositif: je les exhorte à prendre la prévention à bras-le-corps sinon d'autres le feront. » Tous les

acteurs du système de santé sont ainsi appelés à participer à cette réflexion visant à trouver les meilleures stratégies pour préserver au mieux le capital santé des Français. Médecins, pharmaciens, infirmières...: chaque professionnel doit avoir sa place aux côtés du patient pour l'accompagner dans la préservation de ce capital précieux.

QUI FAIT QUOI? POUR COMBIEN?

Les termes financiers de cette coopération professionnelle devront toutefois être affinés: « *L'enveloppe de 100 euros par patient proposée par le gouvernement pour l'ensemble des professionnels impliqués dans la coordination d'un programme personnalisé de soins ne précise rien des modalités de sa répartition* », soulève le Dr Rua, qui demande à ce que les médecins soient à nouveau respectés pour leur travail et que les moyens nécessaires au succès d'une vraie démarche de prévention soient mis là où il le faut. Car la prévention demande du temps et, c'est bien connu, le temps c'est de l'argent... Mais c'est aussi du plaisir: « *Une consultation de prévention valorisée, qui permet au médecin de prendre son temps pour faire une réelle éducation du patient à la santé, redonne du sens à son métier* », souligne le président du SML.

QUEL BUDGET POUR LA PRÉVENTION?

En pratique, les chiffres globaux allouables à la prévention sont difficiles à objectiver: un rapport du Conseil économique social et envi-

PHARMACIENS ET MÉDECINS LIBÉRAUX SE RAPPROCHENT

Pour Philippe Gaertner, président du Centre national des professions libérales de santé (CNPS) et de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), il existe une vraie complémentarité à maintenir entre professionnels de santé: « *Par exemple, quand un patient pousse la porte d'une pharmacie pensant ne pas avoir besoin d'un médecin, il est de notre devoir de l'orienter vers la consultation si elle s'avère nécessaire.* » C'est pourquoi les deux syndicats, la FSPF et le SML, sont en train de mettre en place un programme commun, en lien avec des associations de patients, afin que cette complémentarité soit totale, dans un souci de proximité et de concrétisation d'actions de terrain en matière de prévention. « *Cette annonce n'en a peut-être pas l'air mais elle est très innovante, notamment de par les perspectives qu'elle offre en matière de développement professionnel continu* », souligne le Dr Roger Rua, président du SML.

ronnemental (CESE) datant de 2012¹ fait état de 5,9 milliards d'euros qui lui étaient consacrés en 2010, auxquels s'ajoutent des dépenses estimées à 5,7 milliards et comptabilisées au titre du curatif; selon une enquête de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) réalisée en 2006 sur la base des comptes de la santé de 2002², les moyens affectés en France aux programmes de prévention sont estimés à 6,4 % de l'ensemble des dépenses de santé, soit moins de 700 millions sur un total de 10,5 milliards d'euros.

Quoi qu'il en soit, « *il serait utopique de penser que la prévention pourrait bénéficier d'un budget indépendant*, commente le Dr Fourcade. *Elle devra être intégrée dans une approche globale*. » Et d'ajouter: « *Il y a un vrai débat démocratique à avoir sur la nature et sur le montant des actions de prévention que l'on souhaite financer au niveau national.* » Quant à Roger Rua, il suggère, pragmatique,

d'établir un *business model*, avec une équation simple: quel gain pour quel investissement? « *Aujourd'hui, nous avons des évaluations et des modèles économiques qui permettent de faire ces calculs et donc d'anticiper les dérapages* », affirme-t-il.

Ainsi, si la nécessité d'orienter notre système de santé vers davantage de préventif coule sous le sens, sa concrétisation s'avère complexe: refonte de nos institutions, bouleversement des mentalités à la fois des soignants et des patients, coordination interprofessionnelle à revoir... Bref, un vrai changement de paradigme, sur fond d'arbitrage budgétaire en période de crise. Néanmoins, le consensus sur la nécessité d'agir est là, donc, il n'y a plus qu'à... »

1. Les enjeux de la prévention en matière de santé, CESE, Février 2012: http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2012/2012_03_prevention_sante.pdf.

2. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France, IRDES, Juillet 2006: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes111.pdf>.



Pour faire reculer l'âge de développement de certaines maladies et leur prise en charge, le SML prône un suivi régulier et une responsabilisation des patients, avec des consultations de prévention à certains âges de la vie.

L'alimentation, notre première médecine

p. 6

Une vieille recette à mettre au goût du jour

p. 8

Quel bilan après douze ans de politique nutritionnelle ?

p. 10

Les industriels de l'agroalimentaire, acteurs de la prévention ?

De nombreux facteurs environnementaux ont démontré leurs effets néfastes sur la santé des populations. L'alcoolisme, le tabagisme, la précarité sont considérés comme des déterminants majeurs de l'état de santé des Français et font l'objet de diverses interventions de santé publique. La prise en compte de l'impact des habitudes alimentaires sur la santé est plus récente, en France comme ailleurs. Il aura fallu attendre l'explosion des prévalences de l'obésité, du diabète et des maladies cardiovasculaires pour s'en préoccuper.

Certes, la France a la chance de s'en sortir plutôt mieux que les pays nord-américains et la plupart de ses voisins européens. Cependant, les maladies cardiovasculaires caracolent en tête de liste des causes de mortalité dans l'Hexagone. Or, l'incidence de ces pathologies peut être significativement réduite par une approche hygiénodététique. De même pour de nombreux cancers.

Dans ce contexte, chacun est concerné, à l'échelle individuelle comme collective.

Une vieille recette à mettre au goût du jour

L'alimentation gage de prévention, nulle révolution. Cela fait des millénaires que l'idée fait son chemin, s'égarant parfois. Aujourd'hui, elle revient sur le devant de la scène, poussée par la pression des maladies non transmissibles qui affectent nos populations.

En 400 avant Jésus-Christ, Hippocrate, père fondateur de la médecine, en était déjà convaincu : « *L'alimentation est notre première médecine.* » La diététique constituait pour lui une composante essentielle de la médecine, aux côtés de la chirurgie et de la pharmacie. Il voyait dans la manière de s'alimenter un moyen de prévenir et de guérir les maladies : un régime préventif pour garder la santé, un régime curatif pour soigner un déséquilibre.

AMOUR ET DÉSAMOUR DE L'ALIMENTATION SANTÉ

Tandis que ces idées préexistaient en Orient, où elles resteront de rigueur (les médecines traditionnelles chinoise et indienne, vieilles de 5 000 ans, accordent une place essentielle à l'alimentation), les préceptes d'Hippocrate céderont au XVI^e siècle dans le monde occidental, où l'avènement de la chimie viendra fragmenter notre alimentation en nutriments. Cet intérêt pour l'aliment matière lui retire dès

lors toute vertu liée à la santé, à une époque où les périodes de disette et de famine prennent le pas sur les préoccupations diététiques. Puis la révolution agricole, soutenue puis relayée par la révolution industrielle, entraînera un abaissement considérable du coût des calories alimentaires. D'où un accroissement très important de la ration calorique individuelle tout au long du XIX^e siècle, avec des conséquences plutôt favorables sur la santé. Il faudra attendre le XX^e siècle pour que l'alimentation reprenne toute sa dimension nutritionnelle. Culte de la minceur, émergence des maladies métaboliques, avancées scientifiques... Les raisons de ce « retour aux sources » sont nombreuses mais, entre-temps, notre alimentation et nos modes de vie ont bien changé.

L'ALIMENTATION, FAIT DE SOCIÉTÉ

L'alimentation de l'homme évolue en effet sur des périodes plus ou moins longues en fonction de facteurs historiques et socioculturels. Sous l'effet des innovations technologiques et de l'expansion de la grande distribution dans les circuits d'approvisionnement, l'offre alimentaire est devenue une offre industrielle de « masse ». À la fin du XX^e siècle, les plats préparés et les produits prêts à l'emploi connaissent un

franc succès. Ceux-ci répondent à une demande forte de gain de temps et de praticité dans la préparation des repas, à l'heure où les femmes se mettent à occuper des emplois. Dans le même temps, la distribution des aliments migre du marché – ou du magasin de proximité – à la grande surface.

Ainsi, aujourd'hui, nous allons moins au marché, faisons moins la cuisine, prenons moins de repas en famille... D'où le risque de diminution de la diversité alimentaire – en dépit d'une offre foisonnante –, d'une perte des savoirs culinaires, et de la convivialité... Sans oublier d'ajouter à cela une évolution de la structure des emplois et de l'urbanisation. Les besoins caloriques journaliers ont nettement diminué, les emplois de bureau remplaçant progressivement les travaux de force. De nos jours, nous ne pouvons donc pas faire l'économie de considérations nutritionnelles. Le contexte ne nous le permet plus, au risque sinon de voir nos organismes entrer en dysfonctionnement métabolique du fait d'un déséquilibre nutritionnel aux conséquences aggravées par la sédentarité.

DES PREUVES À L'APPUI DES ENJEUX

« Depuis quelques décennies, énormément de travaux de recherche mettent le rôle de l'alimentation au centre de nombreuses pathologies », rappelle le Pr Serge Hercberg, professeur de nutrition à la faculté de médecine de Paris 13 et directeur d'une unité de recherche en épidémiologie de la nutrition. L'obésité, les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'ostéoporose, certains cancers : le champ des maladies dans lesquelles l'alimen-

tation représente un poids considérable est immense. « Or, l'alimentation est un déterminant sur lequel on peut agir, contrairement aux facteurs génétiques héréditaires, poursuit l'épidémiologiste. Nous avons désormais beaucoup de données à notre disposition qui prouvent l'impact d'une bonne alimentation. Par exemple, le deuxième rapport d'experts du Fonds mondial de recherche contre le cancer¹ estime qu'un tiers des cancers pourraient être évités grâce à des efforts nutritionnels. Tandis qu'une diminution de la consommation moyenne de sel d'un gramme dans la population française permettrait d'éviter des dizaines de milliers d'accidents cardiovasculaires. » Hippocrate avait donc vu juste : le régime alimentaire préventif existe bel et bien. Reste cependant à en préciser la nature. « Nous devons aller plus loin dans les connaissances afin d'identifier les facteurs de risque et de prévention », explique Serge Hercberg. Quels types de cancers peut-on prévenir ? Avec quels fruits et légumes, en quelles proportions et sous quelle régularité ? Voici le genre de questions que les scientifiques se posent désormais. Mais pour y répondre, il leur faut des données, des tonnes de données... C'est dans ce but que l'équipe

du Pr Hercberg a initié une grande enquête nationale : Nutrinet Santé². Objectifs ? « Grâce à l'étude d'un large groupe de personnes, puisque nous visons un échantillon de 500 000 participants, nous comptons identifier des facteurs de risque ou de protection liés à la nutrition pour les maladies précitées et nous testons aussi des hypothèses concernant les allergies, la migraine, la dépression ou encore le déclin cognitif, explique le chercheur. Nutrinet Santé va également nous permettre de mieux com-

prendre ce qui dicte les choix alimentaires des consommateurs, en faisant la part des déterminants sociologiques, économiques, culturels, sensoriels, etc. » Un ensemble de connaissances qui permettront, d'une part, d'établir des recommandations nutritionnelles plus à même de prévenir le risque de maladies et, d'autre part, d'identifier des freins et des leviers d'actions pour agir dans le sens d'une meilleure alimentation.

DE LA NUTRITION INDIVIDUELLE À SA PRISE EN CHARGE COLLECTIVE

Cela étant, un autre enjeu consiste à ne pas ériger l'alimentation au rang de préoccupation obsessionnelle. L'apparition d'un trouble du comportement tel que l'orthorexie, mentionnée pour la première fois en 1997, en est évocatrice. La personne orthorexique pousse à l'extrême l'idée de se nourrir sainement en planifiant longuement son alimentation pour y réduire les teneurs en matières grasses, sel, sucre, additifs ou toute autre substance qu'elle considère nuisible à sa santé. Ainsi, à trop rechercher la « bonne » alimentation, celle-ci en perd toute saveur. Or, le plaisir est et doit rester une composante essentielle de l'alimentation.

En outre, l'individu ne peut assumer à lui seul la lourde responsabilité du poids de son alimentation. Ce serait oublier au passage le rôle des pouvoirs publics (éducation de la population, organisation collective des temps et de la mobilité, etc.), des industriels de l'agroalimentaire (qualité nutritionnelle de leurs produits, information du consommateur, etc.) et de la société dans son ensemble.

Isabelle Lestienne-Deloze

1. World Cancer Research Fund (WCRF). *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Rapport 2007.*
2. www.etude-nutrinet-sante.fr

INFORMER NE SUFFIT PAS

En matière d'alimentation, comme dans de nombreux autres domaines, avoir entendu et retenu un message ne suffit pas. Encore faut-il l'avoir compris et se l'être approprié. « Ceci nécessite que les gens puissent faire le lien entre ce qui leur est dit et leur situation personnelle », souligne Emmanuelle Leclerc, déléguée générale de la Fondation PiLeJe, engagée dans la promotion des liens entre alimentation et santé. La clé ? « La pédagogie, répond-elle. Il faut expliquer les avantages directs que la personne peut attendre d'un changement de comportement, même si cela peut parfois prendre du temps. Prenons par exemple le message "Pratiquez régulièrement une activité physique". Comment être motivé pour passer à l'action si les bénéfices n'ont pas été précisés ? En expliquant, "Vous serez plus en forme, plus endurant, etc." c'est tout de suite plus engageant. La motivation passe par la compréhension ! »

L'enjeu est grand, la tâche difficile, mais c'est en ce sens que la Fondation PiLeJe, et plus globalement les laboratoires dont elle émane, ont décidé d'œuvrer, dans un souci de santé publique. Pour cela, les équipes de la Fondation sillonnent la France et font halte dans des mairies, des associations, des entreprises, des écoles... « En huit ans, nous avons organisé environ 530 manifestations, animées par des médecins nutritionnistes et qui se terminent autour d'un buffet mettant en application les clés abordées », explique Emmanuelle Leclerc. Des initiatives à encourager et qui ont l'air de se multiplier dans l'Hexagone, à l'instar des Espaces Santé Active lancés par l'Assurance maladie et actuellement à l'œuvre dans une dizaine de départements. »



© paphes - Fotolia.com

Quel bilan après douze ans *de politique nutritionnelle ?*

La France n'a pas attendu d'être submergée par les maladies métaboliques pour prendre le problème de la nutrition à bras-le-corps. Dès 2001, le gouvernement mettait en place une politique nutritionnelle, toujours en vigueur à l'heure actuelle. Entre-temps, d'autres programmes sont venus renforcer la démarche. Bilan.

Outre le fait qu'elle bénéficie d'un modèle alimentaire¹ qui contribue à limiter le risque d'obésité [1], la France présente l'avantage d'avoir entamé relativement tôt une politique nutritionnelle.

« Le Programme national nutrition santé (PNNS) a permis de créer une vraie dynamique pour tous les acteurs », souligne le Pr Serge Herberg, président du comité de pilotage du PNNS depuis sa création.



D.R.

LE PNNS, UN PROGRAMME CRITIQUÉ

Le Programme national nutrition santé (PNNS) existe en effet depuis douze ans, ce qui a permis de « créer une vraie dynamique pour tous les acteurs », souligne le Pr Serge Herberg, professeur de nutrition à la faculté de médecine de Paris 13, directeur d'une unité de recherche en épidémiologie de la nutrition et président du comité de pilotage du PNNS depuis sa création. Objectif du programme [2] : « Proposer des recommandations fiables et scientifiquement validées, pour aider la population et les professionnels du secteur à décrypter les informations parfois contradictoires que l'on entend tous les jours sur la nutrition. »

Sauf que tout n'est pas toujours aussi simple qu'il y paraît, tant l'alimentation, de par ses multiples aspects (culturels, affectifs, sociétaux, etc.), déchaîne souvent les passions... Communiquer sur le sujet dans le but avoué de prêcher « la bonne parole », le tout en impliquant les différents acteurs du secteur (y compris économiques), prend parfois des allures de numéro d'équilibriste. Messages jugés simplistes, suspicion de pression des lobbies industriels et manque de nuance dans les recommandations comptent parmi les principales critiques faites au programme. Par exemple, si certains estiment que la régulation des comportements alimentaires collectifs doit être privilégiée, d'autres pensent que la responsabilité de chacun dans son mode de vie est primordiale. Une divergence de points de vue qui modifie fondamentalement la nature des messages à communiquer...

En revanche, le rapport d'évaluation du deuxième

POUR EN SAVOIR PLUS SUR :

- le Programme national nutrition santé (PNNS) : www.mangerbouger.fr
- le Plan obésité (PO) : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_-_interactif.pdf
- le Programme national pour l'alimentation (PNA) : <http://alimentation.gouv.fr/programme-alimentation>

volet du PNNS, rédigé par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et le Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux [3], note que les différentes parties prenantes (acteurs institutionnels, administrations, acteurs économiques, partenaires associatifs, etc.) « s'accordent à reconnaître l'influence des facteurs d'environnement que sont la politique d'aménagement urbain, comme la politique de transport, les équipements sportifs, mais aussi l'organisation de la restauration scolaire, la qualité nutritionnelle des aliments ou leur prix ». D'où un bilan globalement satisfaisant au terme de neuf ans d'existence : « Si le PNNS, au terme de ses deux programmes, s'appuie sur un consensus sur la définition des repères nutritionnels, dont il a permis de diffuser les références, il lui a été difficile de définir avec succès une politique nutritionnelle généraliste, qui tienne compte par ailleurs des différentes populations cibles en fonction de leur âge ou de leur niveau socioéconomique », conclut le rapport. Et de stipuler que « le PNNS demeure un exemple et constitue une référence pour de nombreux pays étrangers ».

UN TROISIÈME VOLET POUR PLUS D'EFFICACITÉ

Car la vraie question à se poser est bien celle de l'efficacité du programme : le PNNS a-t-il un effet sur les prévalences de surpoids et d'obésité, et sur

les comportements alimentaires les plus délétères ? Oui, mais de manière non homogène au sein de la population : « Il apparaît que les recommandations émises bénéficient moins aux populations à faible revenu. L'obésité dans cette population a tendance à se stabiliser mais plus lentement que dans le reste de la population. Il en est de même pour l'augmentation de la consommation de fruits et légumes, qui s'avère deux fois moins importante chez les ouvriers que chez les cadres », illustre ainsi le président du PNNS. D'où la nécessité de se pencher sur les inégalités sociales.

Fort de ces enseignements, le programme a entamé son troisième volet en juillet 2011. Il met désormais l'accent sur des priorités jusqu'alors négligées, telles que la lutte contre les inégalités sociales de santé, la promotion de l'activité physique, ou encore, la prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées. Des actions continuent d'être menées en matière d'obésité infantile, de réduction de la consommation de sel ou de promotion des fruits et légumes, mais « les outils de surveillance mis en place montrent que ces points ont déjà donné lieu à des améliorations », explique le Pr Hercberg.

UN PLAN EN PLUS CONTRE L'OBÉSITÉ

Un autre élément majeur pour renforcer le programme a été de lui adjoindre un Plan Obésité (PO) pour lutter contre le fléau des maladies métaboliques. Car si la France ne s'en sort pas trop mal en comparaison avec de nombreux pays de par le monde, elle n'est pas pour autant épargnée. En effet, après un léger infléchissement de la prévalence de l'obésité, observé entre 2006 et 2009 [4], il semble que la crise économique ait de nouveau accentué sa progression. Selon les enquêtes alimentaires du Crédoc, l'obésité aurait augmenté de près de 3 % entre 2007 et 2010 chez les individus de 5 ans et plus, passant d'une prévalence de 9,4 % à 12,2 % [5].

Ainsi, en juin 2010, à la suite d'un travail parlementaire traitant des enjeux de l'obésité, le gouvernement a décidé de se saisir du problème. Une commission a mené une large consultation auprès des différents

acteurs impliqués dans la prévention de cette pathologie, ce qui a conduit à la définition d'un Plan Obésité sur trois ans construit selon trois axes : la prévention, l'organisation des soins et la recherche. Concernant l'organisation des soins, le travail mené visait à améliorer la coordination de l'ensemble de la chaîne de soins, ainsi que sa lisibilité et sa compréhension par le patient. Cela a notamment donné lieu à des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) définissant enfin un rôle clair pour le médecin traitant dans la prise en charge de l'obésité. Désormais, dans chaque région de France, les personnes obèses peuvent avoir accès à un « Centre spécialisé de l'obésité » pour la prise en charge des situations complexes et les Agences régionales de santé (ARS) mettent en place un maillage territorial des acteurs impliqués. Un travail sur la stigmatisation sociale dont sont victimes les personnes obèses est également mené dans le cadre du PO : « Nous travaillons en lien avec les associations pour faire le point sur l'ensemble du plan et identifier les questions émergentes », explique le Pr Arnaud Basdevant, du service de nutrition de la Pitié-Salpêtrière à Paris, président du PO. Quant au volet prévention, il cible en particulier les populations vulnérables et/ou en difficultés sociales, et concerne à la fois le PNNS, le PO et le Programme national pour l'alimentation (PNA).

LE TOUT DANS UN PROGRAMME POUR L'ALIMENTATION

Le PNA est la dernière pièce du puzzle, et non des moindres, qui est venue compléter le tableau en septembre 2010 dans le but de traiter l'alimentation dans sa globalité et d'œuvrer autour du fait alimentaire. Sa philosophie est de souligner à quel point l'alimentation constitue un défi social pour tous : un défi qui ne se limite pas à des considérations nutritionnelles, souvent anxiogènes et culpabilisantes pour le citoyen, mais qui intègre toutes les dimensions de l'alimentation, y compris culturelles. Le PNA agit donc là où le PNNS se heurtait à des écueils, ou plutôt vient-il combler des lacunes qui n'étaient pas du ressort d'une politique « simplement » nutritionnelle.

Comment tout cela s'articule-t-il ? Une mission

RÉFÉRENCES

- [1] Tavoularis G. et Mathé T. Le modèle alimentaire français contribue à limiter le risque d'obésité. *Consommation et modes de vie*, n° 232, Crédoc, septembre 2010. <http://www.credoc.fr/pdf/4p/232.pdf>.
- [2] www.mangerbouger.fr/pnns.
- [3] Inspection générale des affaires sociales et Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux. Évaluation du Programme national nutrition santé, PNNS2, 2006-2010. Rapport 2010. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000214/0000.pdf>.
- [4] Ministère de la Santé. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011. www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2011.pdf.
- [5] Hébel P. Comportements et consommations alimentaires en France. Tech&Doc 2012.

PNNS/PO, au sein du ministère de la Santé, est chargée de la mise en place opérationnelle des plans et de leur articulation. Elle est aussi en contact avec l'équipe responsable du PNA au ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation. La politique nutritionnelle a, jusqu'à récemment, fait l'objet d'un pilotage interministériel, « avec des réunions régulières permettant d'opérer les ajustements nécessaires, et d'avancer de manière cohérente », précise le Pr Basdevant.

ET APRÈS ?

Tout cela progresse donc plutôt bien depuis trois ans mais, le PO prenant fin, que nous réserve-t-on ? Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, les Pr Serge Hercberg et Arnaud Basdevant ont remis fin novembre 2013 un rapport à la ministre de la Santé, Marisol Touraine, contenant des propositions pour la poursuite du PNNS et du PO.

Par ailleurs, un groupe d'études « Alimentation et santé » rassemblant une cinquantaine de députés a récemment été créé et placé sous la présidence de Fernand Siré, député des Pyrénées-Orientales et médecin de profession. Objectif ? « Auditer des médecins, des chercheurs, des industriels, des associations de patients, etc., afin de faire émerger les grandes lignes d'une médecine préventive par l'alimentation », explique le président du groupe. Il considère en effet que, « si aujourd'hui les consommateurs sont bien informés sur les moyens de s'alimenter correctement, ils ne connaissent pas encore suffisamment les risques d'une mauvaise alimentation ».

Une émulation qui témoigne de l'intérêt grandissant porté par les pouvoirs publics au domaine de la nutrition et de l'alimentation.

Par Isabelle Lestienne-Deloze

1. Convivialité, diversité alimentaire, respect d'horaires fixes et de structuration des repas autour de trois plats principaux.

VERS UNE POLITIQUE NUTRITIONNELLE EUROPÉENNE ?

La politique nutritionnelle ne s'arrête pas aux frontières de la France : l'Europe tire certaines ficelles. Cependant, dans une Union qui regroupe 27 pays, 23 langues, 500 millions d'habitants et trois institutions (le Parlement européen, la Commission européenne et le Conseil des ministres), proposer des changements et les faire appliquer dans les différents pays n'est pas chose aisée. Cela passe par des partenariats entre les États membres, l'industrie et les associations de consommateurs.

Certains chantiers, comme l'harmonisation de la réglementation sur les allégations nutritionnelles et de santé, ont déjà été mis en place. Une harmonisation essentielle, non seulement pour faire le tri entre les allégations fondées et douteuses, mais aussi pour mettre un terme aux incertitudes légales pour les industriels et les autorités chargées de contrôler la circulation des denrées entre marchés nationaux.

D'autres chantiers, en revanche, ont davantage de mal à se concrétiser. C'est le cas de l'étiquetage nutritionnel, aujourd'hui obligatoire sur les produits comportant une allégation nutritionnelle, et qui le deviendra pour toutes les denrées alimentaires fin 2016. De nombreuses questions subsistent quant aux informations à y indiquer (pays d'origine, place sur le produit, présence d'allergènes, etc.). Enfin, d'autres sujets sensibles, tels que la taxation de certains aliments ou ingrédients, ou l'adoption d'une réglementation concernant la publicité à destination des enfants, sont discutés au niveau européen, mais relèvent avant tout du ressort des États membres. »



Les industriels de l'agroalimentaire, acteurs de la prévention ?

Qu'on le veuille ou non, les industriels de l'agroalimentaire ont un impact sur les choix alimentaires des consommateurs.

Dans un contexte de crise du système de soins et face au rôle désormais évident de l'alimentation dans la survenue de nombreuses pathologies chroniques, l'idée de faire contribuer les industriels de l'agroalimentaire aux dépenses de santé se fait grandissante. Pourtant, beaucoup agissent déjà, conscients de leur responsabilité face à l'enjeu sociétal que représentent les problématiques nutritionnelles.

Les industriels de l'agroalimentaire comptent parmi les acteurs de la sphère nutritionnelle. Ce sont eux qui créent l'offre alimentaire, ils ont donc une responsabilité quant aux effets sur la santé des produits qu'ils mettent sur le marché. Si le concept se comprend aisément lorsqu'il s'agit de la vente d'une denrée impropre à la consommation, les choses se compliquent en revanche lorsque l'on entre sur le terrain de la prévention. Un industriel peut-il être tenu responsable des déviations de comportement alimentaire de certains consommateurs vis-à-vis de ses produits ? Non, bien sûr. Mais s'il

est scientifiquement prouvé que les produits qu'il commercialise peuvent avoir des effets néfastes sur la santé à long terme, n'est-il pas de sa responsabilité d'agir ? Réponse affirmative et tout aussi catégorique. D'autant qu'en la matière, les options ne manquent pas.

ENGAGEMENTS AUPRÈS DES POUVOIRS PUBLICS

L'une des démarches prioritaires que peut entreprendre un industriel consiste à améliorer la qualité nutritionnelle de ses produits. Pour cela, il peut

signer une charte d'engagements volontaires de progrès nutritionnels avec les pouvoirs publics. Ces chartes sont proposées depuis 2007 dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) afin d'encourager les entreprises du secteur alimentaire à améliorer la qualité nutritionnelle de leurs produits sur la base d'objectifs précis, chiffrés, datés et contrôlables. Jusqu'à présent, le comité d'évaluation de ces chartes en a validé 34. L'entreprise de restauration rapide Quick compte parmi les derniers signataires avec neuf engagements pris en mars 2013, mais les deux tiers des chartes ont été signés entre 2008 et 2010¹. Le Pr Serge Hercberg, président du PNNS, déplore cet état de fait : « Aujourd'hui, nous constatons un tarissement de la participation des industriels. Il semble que la mesure incitative ne les séduise plus. À moins qu'il ne s'agisse d'une conséquence des accords collectifs mis en place dans le cadre du Programme national pour l'alimentation (PNA). » Le but de ces derniers accords est de faire évoluer favorablement la composition des denrées, mais aussi la durabilité des modes de production, de transformation et de distribution, sur des familles de produits ou un secteur dans son ensemble. Une bonne chose, selon le Pr Hercberg qui souligne cependant que « ces accords visent des objectifs moins ambitieux en termes nutritionnels ». En outre, il semble que le succès ne soit pas non plus au rendez-vous de ces accords collectifs, dont un seul aurait vu le jour à l'occasion du Salon de l'agriculture 2013. Il est à noter, enfin, que rien n'empêche une entreprise appartenant à un secteur faisant l'objet d'un accord collectif d'aller plus loin en signant une charte d'engagements individuels. Qu'on se le dise...



L'individu ne peut assumer à lui seul la lourde responsabilité du poids de son alimentation.

© Subboina Anna - Fotolia.com

DÉMARCHES NON INCITATIVES

Cela étant, certains industriels choisissent de s'affranchir de toute incitation publique en entamant des démarches à titre « individuel ». Par exemple, dès 2008, Bonduelle, première marque mondiale du légume, a lancé Visa Santé, une démarche de progrès continu basée sur l'évaluation et l'optimisation de ses produits. « *En quelques années, Visa Santé est passé du stade de projet à celui de processus intégré au sein des équipes afin que les produits de la marque, anciens comme nouveaux, répondent aux critères nutritionnels souhaités* », explique Laurence Depezay, responsable nutrition du groupe Bonduelle. Et d'ajouter : « *Aujourd'hui, l'équipe nutrition peut donc participer à d'autres actions, comme VeggiEat, un projet de recherche européen qui a débuté en octobre, et dont le but est de promouvoir la consommation de légumes chez les adolescents et les seniors au Danemark, en France en Italie et au Royaume-Uni.* » L'entreprise, présente en restauration collective, mène également une approche afin de favoriser la consommation de légumes dans les cantines scolaires. Pour cela, Bonduelle aide les chefs cuisiniers à équilibrer leurs menus et à relever les défis qui conditionnent la consommation par les enfants des plats qu'ils proposent. Car il ne suffit pas de servir aux enfants davantage de légumes, encore faut-il qu'ils les mangent ! Une démarche qui permet, en outre, de lutter contre le gaspillage alimentaire.

Autre exemple qui, sans vouloir faire preuve de vision manichéenne entre bons et mauvais aliments, se trouve à l'autre bout du spectre nutritionnel¹ : Coca-Cola. « *Que peut faire un industriel comme Coca-Cola, présent dans 206 pays, en matière de nutrition ?* », interroge Philippe Marty, directeur initiatives stratégiques, communication et affaires publiques Europe de la compagnie. Ses réponses sont au nombre de quatre : reformuler ses produits en réduisant la teneur en sucres quand cela est possible et offrir une alternative sans sucres à chaque boisson, investir proportionnellement davantage en publicité sur les produits light que sur les produits sucrés, améliorer la lisibilité de l'étiquetage nutritionnel sur ses produits, et encourager l'activité physique et un style de vie actif.

FINANCEMENTS D'ACTIONS VIA DES FONDATIONS D'ENTREPRISE

En parallèle de ces actions pour améliorer leurs produits ou leurs stratégies publicitaires, beaucoup d'industriels créent leur fondation d'entreprise au travers de laquelle ils prônent de meilleurs comportements alimentaires ou modes de vie. La recette est classique : une mission principale déclinée en différents axes comprenant de l'information, des actions de terrain et, éventuellement, une participation à la recherche ou à des projets humanitaires.

La Fondation Louis-Bonduelle a par exemple choisi de « *faire évoluer durablement les comportements alimentaires* ». Elle a vocation à informer le public et agit également sur le terrain, soit en menant ses propres projets, soit en finançant les actions d'associations ou d'écoles en lien avec

MARKETING NUTRITIONNEL ET RÉGLEMENTATION

La nutrition et la recherche d'un mieux-être sont devenues essentielles aux yeux des consommateurs et donc... des industriels. Cependant, les intérêts mercantiles des uns sont-ils compatibles avec les préoccupations de santé des autres ?

En 2012, les 13500 entreprises du secteur agroalimentaire ont réalisé un chiffre d'affaires de 160,9 milliards d'euros et employaient 495000 personnes réparties sur tout le territoire national¹. Avec un tel poids économique, nul doute que l'industrie agroalimentaire pénètre le champ de la nutrition et l'influence. Dans son livre *Food Politics*², Marion Nestlé, professeur de nutrition, de santé publique et de sociologie à l'université de New York, conclut que « *l'industrie agroalimentaire – comme les compagnies qui vendent des cigarettes, l'industrie pharmaceutique, ou toute autre marchandise – place de manière routinière les besoins des actionnaires au-dessus des considérations de santé publique* ». Et de rappeler que, sa première mission étant de vendre des produits, « *l'industrie agroalimentaire n'est pas une agence de services sociaux ou de santé, et la nutrition devient un facteur dans la pensée de l'industrie seulement quand cela peut aider à vendre de la nourriture* ». La critique peut paraître amère, mais quelle entreprise ne cherche pas le profit ? Le tout étant de le faire dans une juste mesure, dans le respect du consommateur et de sa santé. Ainsi, de même que la règle de base en nutrition dit que ce n'est pas l'aliment qui fait le poison mais la dose, ce n'est pas le marketing qui fait des dégâts mais ses abus. Il s'avère donc indispensable que les pouvoirs publics, à l'échelle nationale ou européenne, posent des garde-fous.

Ainsi, le cadre législatif imposé par l'Union européenne depuis 2006 a permis de séparer le bon grain de l'ivraie dans l'offre pléthorique des produits alimentaires revendiquant des bienfaits en interdisant les allégations nutritionnelles et de santé injustifiées, soit un écrémage de 75 % de leur nombre !

Mais il reste des efforts à faire concernant la publicité, notamment à destination des enfants. Un accord d'autorégulation européen, l'*UE pledge*, a été lancé en 2007 pour interdire aux industriels de communiquer sur les produits ou les distribuer dans les écoles primaires (Coca-Cola l'a fait activement depuis 2001) et de diffuser de la publicité au moment où l'audience compte au moins 35 % d'enfants de moins de 12 ans (sauf pour des produits remplissant des critères de nutrition spécifiques). Reste que ces exceptions créent l'ambiguïté, d'où la nécessité d'une définition plus stricte des critères de cet accord.

Enfin, la question d'introduire des taxes sur certains produits ou ingrédients est soumise à débats au niveau européen comme au niveau national. Pour ses défenseurs, il s'agirait d'un moyen concret de faire participer les industriels aux dépenses de santé publique (à l'instar de l'industrie du tabac mais à la mesure des enjeux). Reste que ces taxes seraient à justifier scientifiquement et conserveraient un caractère discriminatoire gênant dans un domaine aussi général que l'alimentation, où l'échec des interdits a été largement démontré. »

1. Source : Association nationale des industries alimentaires, <http://www.ania.net/laagroalimentaire-en-France>

2. Nestlé M. *Food Politics: How the food industry influences nutrition, and health*. University of California Press; Revised and Expanded Edition edition (October 15, 2007).

les missions qu'elle s'est assignée. Pour cela, elle organise deux appels à projets par an.

PARTICIPATION À LA RECHERCHE

Enfin, les industriels de l'agroalimentaire peuvent apporter leur pierre à l'édification de nouvelles connaissances dans le domaine de la nutrition, qu'il s'agisse d'atteindre des objectifs nutritionnels en termes de formulation (réduction des teneurs en sucres, en graisses, en sel, augmentation de la quantité de fibres, etc.) ou de mieux comprendre les liens entre alimentation et santé. L'industrie agroalimentaire participe donc à la recherche, au sein de leur propre centre de recherche pour les plus gros, par le financement direct – total ou partiel – d'études scientifiques menées dans le domaine public, ou encore par l'attribution de prix de recherche.

L'Institut Danone est particulièrement actif sur ce dernier volet : tous les deux ans, l'Institut français remet un ou deux prix sur le thème alimentation et santé et organise un appel d'offres en collaboration avec la Fondation pour la recherche

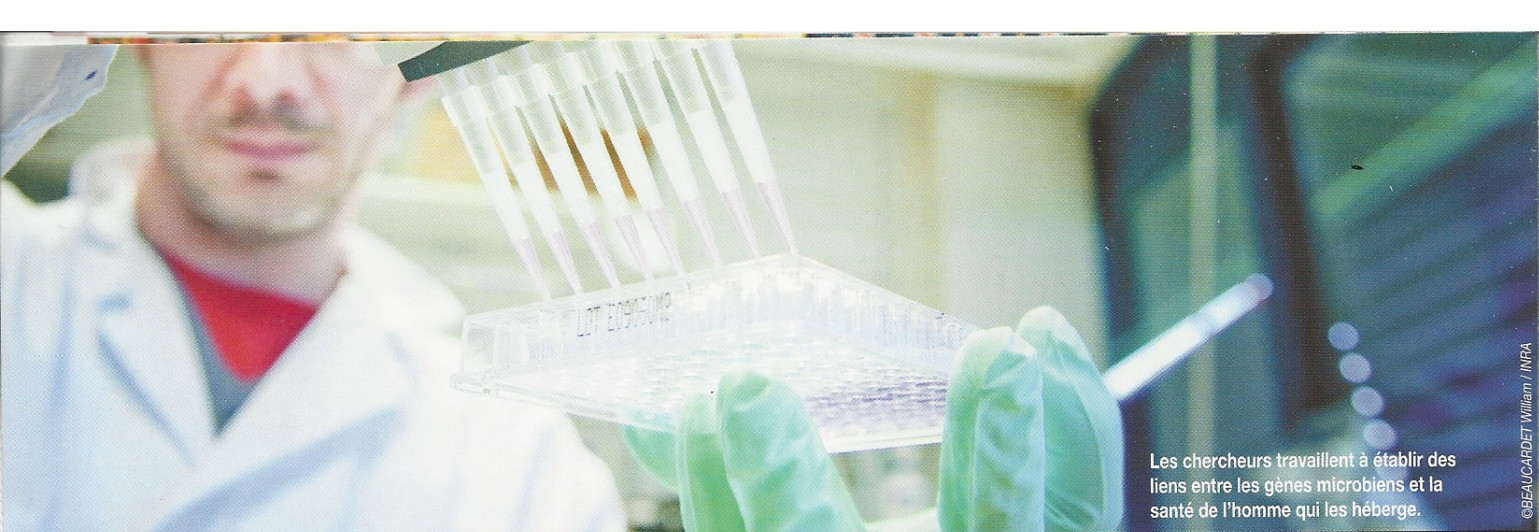
médicale tandis que l'Institut international remet le Prix Danone international de nutrition, qui récompense l'innovation et l'excellence d'un chercheur ou d'une équipe d'un conséquent montant de 120 000 euros. Il est à noter que cet Institut n'est pas une fondation mais une association, qui rassemble des scientifiques, des médecins et des experts du monde de la nutrition et de l'alimentation. Son action cible donc davantage les professionnels – de la santé, de l'enfance, de la recherche – que le grand public.

In fine, si l'on peut trouver à redire au fait que des acteurs économiques se trouvent en position d'émetteurs de messages, on ne peut pas reprocher aux industriels du secteur agroalimentaire leur manque d'actions. Ils font bel et bien partie des acteurs de la prévention.

Par Isabelle Lestienne-Deloze

1. <http://www.sante.gouv.fr/les-chartes-d-engagements-de-progres-nutritionnels.html>

2. *Tout le monde s'accordera sur le fait qu'il est plus facile de faire dans le nutritionnellement correct en vendant des légumes que du soda.*



Les chercheurs travaillent à établir des liens entre les gènes microbiens et la santé de l'homme qui les héberge.

© BEAUCARDET William / INRA

Enquête

Par Valérie Dufлот, journaliste scientifique.

La flore intestinale, médecine de demain ?

Chacun de nous héberge dans son tube digestif des milliards de bactéries, dont le rôle a longtemps été sous-évalué. Sur le devant de la scène depuis quelques années, ces hôtes intestinaux pourraient devenir demain les acteurs de solutions thérapeutiques ou préventives pour lutter contre des pathologies telles que l'obésité, le diabète ou la maladie de Crohn pour ne citer qu'elles.

Protéger, restaurer, greffer, voire reprogrammer nos bactéries intestinales à des fins thérapeutiques ou préventives, via notamment l'alimentation : un scénario de science-fiction ? Au contraire, c'est même tout l'enjeu du projet MetaGenoPolis, inauguré en juillet 2013 et coordonné par l'Inra, aujourd'hui leader mondial dans le domaine de la métagénomique humaine. Ce projet, aussi

récent qu'ambitieux, souligne l'immense champ des possibles ouvert depuis quelques années par la flore intestinale, désormais dénommée « microbiote ».

Peu connu il y a encore peu d'années, ce microbiote intestinal intéresse les chercheurs pour expliquer l'évolution observée des maladies chroniques. Dans le cadre du programme européen MetaHit (*Metagenomics*

of the Human Intestinal Tract) qui a duré de 2008 à 2012, les chercheurs ont montré que, de la même manière que chacun d'entre nous possède un groupe sanguin, nous appartenons tous à l'un des trois groupes de composition bactérienne intestinale, dit entérotypes. Sur cette base, ils ont commencé à mettre en relation les bactéries présentes dans le tube digestif et certaines pathologies.

UN IMMENSE CHAMP DES POSSIBLES

Disons-le d'emblée : beaucoup de questions attendent encore des réponses. Pour autant, en analysant l'ensemble des génomes des micro-

MICROBIOTE ET OBÉSITÉ

Dis-moi combien de bactéries différentes tu héberges, je te dirai ta susceptibilité face aux maladies métaboliques liées à l'obésité. Telle est, en substance, l'idée de deux études publiées simultanément dans *Nature*, le 29 août 2013, qui ouvrent des perspectives importantes dans le domaine de la médecine préventive et personnalisée. Dans la première étude, les chercheurs du consortium international MetaHit ont ainsi observé que les individus ayant un déficit en espèces bactériennes intestinales (appauvrissement de la diversité) présentaient un risque accru de développer des complications liées à l'obésité : diabète de type 2, problèmes lipidiques, hépatiques, cardiovasculaires et peut-être certains cancers...

Les chercheurs ont également observé que les personnes obèses du groupe déficitaire en espèces bactériennes prennent davantage de poids dans le temps que les individus non obèses. Chez ces

individus pauvres en bactéries, huit espèces bactériennes spécifiques étaient rares, voire manquantes. Ces espèces pourraient avoir un rôle protecteur contre la surcharge pondérale. Cette découverte pourrait, à terme, conduire au développement de nouveaux probiotiques permettant de lutter contre la prise de poids. La seconde étude, menée par le consortium MicroObes, a également porté sur l'impact d'un régime riche en protéines et en fibres, et pauvre en calories, sur la diversité génétique du microbiote intestinal. Ce régime a conduit, après six semaines, non seulement à l'amélioration attendue des caractéristiques cliniques des individus étudiés (perte de poids et modification des paramètres métaboliques), mais aussi à une augmentation de la richesse des communautés bactériennes intestinales initialement pauvres. Les chercheurs ont ainsi pu corréler l'augmentation de la richesse bactérienne avec une diminution de poids et notam-

ment de masse grasse. La voie est ouverte non seulement au diagnostic des individus à risque mais également à l'intervention par des recommandations nutritionnelles.

Ainsi, au regard de ces récentes publications, l'ensemble des signes cliniques liés à l'obésité pourraient être corrigés, ou encore mieux prévenus, par la détection précoce de l'altération du microbiote et grâce à des recommandations nutritionnelles adaptées. Une telle voie, esquissée par ces deux études, pourrait conduire à une médecine préventive des maladies chroniques.

Références :

Emmanuelle Le Chatelier *et al.* Richness of human gut microbiome correlates with metabolic markers. *Nature*, 29 août 2013. DOI : 10.1038/nature12506

Aurélien Cotillard *et al.* Dietary intervention impact on gut microbial gene richness. *Nature*, 29 août 2013. DOI : 10.1038/nature12480

organismes présents dans l'intestin, différentes perspectives sont apparues, concernant l'alimentation et la médecine. Côté l'alimentation, s'il existe un moyen de déceler des signaux avant-coureurs d'une maladie comme l'obésité, alors il devient possible d'imaginer des interventions nutritionnelles et des conseils alimentaires pour rétablir un microbiote sain. La possibilité d'intervenir directement sur la flore en cas de perturbation de l'écosystème intestinal, en stimulant les « bonnes » bactéries et en annihilant les « mauvaises », est également une piste envisagée.

Sur le chapitre des maladies chroniques, les perturbations du microbiote pourraient également être des signaux avant-coureurs de certaines pathologies comme la maladie de Crohn ou le diabète. Ainsi, MetaGenoPolis permettra d'identifier de nouveaux biomarqueurs de risque de maladies afin de développer des outils non-invasifs de diagnostic précoce et de pronostic très précis, par exemple la détection du risque de syndrome métabolique ou de cirrhose (cf. encadré). « Une personne sur quatre, ce qui est énorme, a perdu la richesse

microbienne intestinale, ce qui augmente son risque de développer des maladies chroniques graves, résume le Pr Stanislav Dusko Ehrlich, chercheur à l'Inra et spécialiste du microbiote, qui a notamment coordonné le projet européen MetaHit et est actuellement coordinateur de MetaGenoPolis. Un test simple permettrait de dépister ces personnes et une intervention nutritionnelle élémentaire d'améliorer la richesse perdue et ainsi de diminuer le risque. »

Enfin, l'idée d'une médecine personnalisée est également lancée. On observe depuis longtemps que les individus ne réagissent pas forcément de la même façon aux médicaments. La classification en entérotypes devrait donc aider à développer des outils de diagnostic permettant de déceler les cas où le traitement prévu ne serait pas efficace, et donc, de l'adapter en conséquence. Ce type de médecine devra être basé sur l'analyse des organes microbiens car leur forte variabilité génétique représente un puissant potentiel de prédiction, plus grand que celui de notre propre génome. Par exemple, alors qu'une vingtaine de gènes humains sont associés à

l'obésité mais n'expliquent qu'une fraction ténue du phénomène, évaluée à 8 %, le microbiote offre un pouvoir diagnostique bien plus grand, permettant de déceler correctement l'obésité dans trois quarts des cas.

COMMENT EXPLIQUER L'IMPACT DU MICROBIOTE ?

À l'instant même de sa naissance, l'homme est colonisé par un grand nombre de micro-organismes. Après 24 heures de vie, l'intestin de chaque individu contient déjà près de 100 000 milliards de bactéries qui sont impliquées dans l'immunité naturelle, la protection contre les pathogènes et les infections, la dégradation des composés de l'alimentation... À tel point que l'on considère désormais la flore intestinale comme un véritable organe du corps humain. D'ailleurs, le génome de notre organisme fait pâle figure à côté de celui de l'ensemble des bactéries discrètement hébergées dans notre tube digestif : alors que l'on dénombre 23 000 gènes dans le génome humain, on en compte 150 fois plus dans ce que les scientifiques appellent le « métagénome », autrement dit le génome collectif des bactéries intestinales.

Pour les scientifiques, il s'agit aujourd'hui d'établir des liens entre les gènes microbiens et la santé de celui qui les héberge. Un réel défi auquel s'adresse la métagénomique humaine, domaine émergent de la biologie. En effet, en participant à la synthèse de vitamines ou à la dégradation de certains composés, ces bactéries jouent un rôle essentiel dans notre santé et notre bien-être. Par exemple, l'analyse du contenu microbien de l'intestin de patients atteints de diabète de type 2 a montré qu'ils présentent de manière globale un certain déséquilibre de leur microbiote intestinal (présence/absence de 60 000 gènes identifiés) et des différences significatives concernant diverses fonctions microbiennes. Ainsi, certaines bactéries universelles productrices de butyrate (un anti-inflammatoire) sont moins abondantes chez ces patients, des microbes pathogènes opportunistes sont plus nombreux, etc.

La prochaine étape consistera à distinguer les causes des conséquences : est-ce la présence de certaines bactéries qui explique

la pathologie ou la pathologie qui favorise leur présence ?

« L'implantation du microbiote d'une souris obèse chez une souris qui en est dépourvue entraîne une obésité ; la transplantation du microbiote d'un individu sain chez un diabétique améliore l'insulino-résistance. Les bactéries intestinales contribuent donc au moins à la maladie et en sont peut-être la cause », poursuit Stanislav Dusko Ehrlich.

Le microbiote correspond donc à un véritable écosystème, qui vit dans notre intestin, en symbiose avec son hôte. Son exploration avance à pas de géant et laisse espérer, à relativement court terme, des solutions tant préventives que thérapeutiques sur des pathologies majeures. »



« Une personne sur quatre a perdu la richesse microbienne intestinale et est à risque de développer des maladies chroniques graves », explique Stanislav Dusko Ehrlich, directeur de recherche au centre Inra de Jouy-en-Josas (78), au sein de l'Unité de recherche « Génétique microbienne ».

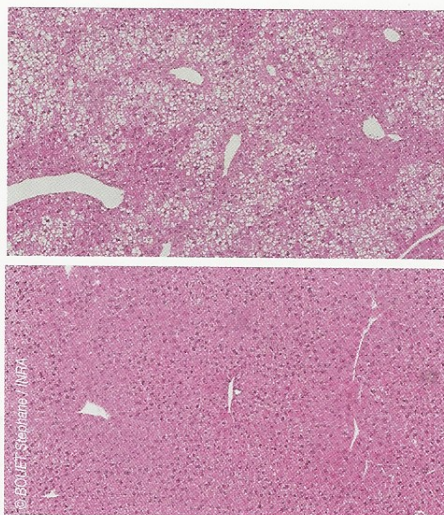
QUI DONNE SA FLORE DONNE SES PATHOLOGIES ?

Une équipe a voulu tester le rôle du microbiote intestinal sur la survenue ou l'aggravation de pathologies associées à l'obésité. Pour établir le rôle réel de ces bactéries intestinales, les chercheurs ont transplanté des flores à des souris : un groupe a reçu le microbiote intestinal d'une souris présentant une insulino-résistance et une stéatose hépatique, tandis qu'un autre groupe a reçu le microbiote d'une souris saine. Nourris pendant seize semaines avec un régime très riche en graisses, tous les animaux sont devenus obèses, mais ceux qui avaient reçu le microbiote de la souris insulino-résistante et stéatosique ont développé une hyper-glycémie et une hyper-insulinémie, alors que les autres animaux n'ont pas développé ces complications métaboliques. L'analyse de la composition du microbiote par séquençage a par ailleurs mis en évidence des espèces bactériennes différentes dans les deux groupes de souris.

Ces résultats révèlent que la composition du microbiote intestinal (qui dépend de divers facteurs : alimentation, génétique, environnement...) détermine le développement des pathologies associées au syndrome métabolique, état qui est considéré comme préfigurant plusieurs maladies graves : diabète de type 2, troubles cardiovasculaires, accident vasculaire cérébral (AVC). Si on ne connaît pas le mécanisme d'action de ces bactéries, cette étude suggère qu'une maîtrise ou des transplantations de microbiote intestinal pourraient constituer de nouvelles voies pour la prévention ou le traitement du diabète de type 2 ou des maladies du foie liées à l'obésité.

Référence :

Tiphaine Le Roy *et al.* Intestinal Microbiota Determines Development of Nonalcoholic Fatty Liver Disease in Mice. *Gut*, en ligne le 29 novembre 2012.



Les souris au « mauvais » microbiote développent une stéatose hépatique massive après un régime riche en graisses (en haut : coupe de foie, où l'on distingue nettement les gouttelettes de lipides en blanc), contrairement aux souris au « bon » microbiote (coupe de foie en bas).



L'actu du club

Par Isabelle Lestienne-Deloze, journaliste

Dix propositions pour faire de la prévention une priorité

En prévision de la grande loi de santé publique promise par la ministre de la Santé, Marisol Touraine, le Club Acteurs de la prévention se mobilise. Depuis le mois d'octobre, un groupe de travail se réunit mensuellement pour préparer un livre blanc sur la prévention. Objectif: dix mois pour élaborer dix propositions que le Club soumettra au gouvernement au printemps 2014.

« Le Club Acteurs de la prévention est un lieu de croisements, d'échanges et de formulation de propositions. » Cette introduction du Dr Roger Rua, président du Syndicat des médecins libéraux (SML), lors du petit-déjeuner organisé à Marseille

le 28 septembre résume bien les finalités de cette entité associative (cf. encadré). Afin de jouer pleinement son rôle, le Club a initié un projet d'envergure, dont l'annonce a été faite à cette occasion: la rédaction d'un livre blanc sur la prévention.

UN CLUB POUR QUE LES ACTEURS DE LA SANTÉ PRENNENT EN MAIN LA PRÉVENTION

Le Club Acteurs de la prévention est une association créée en 2011 sous l'impulsion de biologistes réunis au sein du réseau Novescia, de médecins (en particulier sous l'égide du Syndicat des médecins libéraux), de l'ordre des infirmières, d'industriels (du diagnostic, de l'agroalimentaire, etc.), d'élus, de représentants de l'administration de la santé et d'associations de patients. Tous ont exprimé le vœu d'agir davantage dans le sens de la prévention. En effet, alors que, dans de nombreux pays, l'éducation, l'administration et le système de remboursement des soins sont guidés par le maintien en bonne santé de la population, en France, le curatif reste le mot d'ordre du système de santé, dont seule la maladie ouvre les portes. En tant que think tank, par l'échange, l'analyse et la réflexion, le Club permet une mise en relation de ses membres avec les décideurs politiques, afin qu'émergent réactions et propositions de cette communauté dédiée à la prévention.

POURQUOI UN LIVRE BLANC ?

« Le Club est né il y a deux ans, à un moment où l'élaboration de lois successives sur la santé, sa régionalisation, ainsi que la cristallisation et la crispation des professionnels autour de leur propre problématique métier, ont obligé les uns et les autres à se demander le sens de leur activité-et de leur action », rappelle Stéphanie Pistre, de l'agence Ginco, à l'origine de l'initiative. Aujourd'hui, ces « acteurs de la prévention », membres du Club, ont pris l'habitude de travailler ensemble et convergent vers un but unique: « Faire de la prévention une priorité en France. » Pour cela, ils ont décidé de formuler dix propositions prioritaires réunies dans le cadre d'un livre blanc qui sera remis au gouvernement et rendu public en mai 2014. Objectif: que ce livre blanc influe sur la future grande loi de santé publique.

MIEUX COMMUNIQUER SUR LA PRÉVENTION

Les dix thématiques choisies (cf. encadré page suivante) ont été présentées le 28 septembre, et commentées par Valérie Boyer, députée UMP des Bouches-du-Rhône, qui soutient le Club depuis sa création, et par le Dr Roger Rua. Premier sujet abordé: mieux communiquer

sur la prévention. Il s'agit d'une manœuvre compliquée, qui nécessite de vraies compétences. « Il faut trouver une voie qui soit une incitation afin de ne pas tomber dans une prévention faite d'interdits ou dans un discours moralisateur », commence par noter le président du SML. Mais avant de s'intéresser au comment communiquer, Valérie Boyer s'interroge sur l'identité des émetteurs du message: « Cette communication doit rester régionale. Les messages doivent être validés par le ministère de la Santé et ne pas être délégués à des marchands de produits qui parleraient au nom de la santé à des fins marketing. » D'où la question centrale: quel est l'émetteur crédible pour les messages de prévention? Réponse logique: l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Mais revient alors la question de la méthode, certaines campagnes institutionnelles, comme celles contre le tabac, note Roger Rua, se révélant inefficaces: « Simplicité et pédagogie doivent rester les maîtres-mots pour obtenir des résultats en santé publique », assène-t-il. Et Valérie Boyer de compléter sur l'intérêt d'employer des messages ciblés en fonction des populations: « Par exemple, chez les jeunes filles fumeuses, un message sur le vieillissement de la peau sera plus probant que celui sur le cancer du poumon. » Ainsi, si les pouvoirs publics ont à charge

de délivrer les messages généraux en termes de prévention, le rôle des médecins serait de les personnaliser afin que chacun se les approprie.

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SANTÉ AU TRAVAIL

Autre thématique débattue : l'activité physique comme facteur de longévité et de bien-être. Les faits sont là : une pratique régulière permet de réguler le poids, de réduire les paramètres du diabète et de l'hypercholestérolémie, de diminuer le risque de maladies cardiovasculaires, la consommation d'antalgiques chez les personnes âgées, etc. « Ces résultats prouvent l'étendue du champ de

Développer le capital santé des Français, améliorer leur « savoir bien-être »

la prévention primaire, qui commence dès le plus jeune âge », souligne le Dr Rua. D'où l'intérêt de promouvoir l'activité physique à l'école, mais aussi au travail, « avec un gain immédiat pour les entreprises qui voient un net recul de l'absentéisme des salariés lorsque ceux-ci sont incités à pratiquer un sport, comme cela a été montré aux États-Unis », poursuit le médecin. Dès lors, qu'attendons-nous en France ? Si simple que cela puisse paraître, offrir aux salariés la possibilité de faire du sport à proximité de leur lieu de travail, ou de s'y rendre par exemple à vélo, s'avère fort compliqué dans les faits. Cela implique des équipements proches, des pistes cyclables, des douches sur place, etc. « Cette voie doit donc être creusée avec les élus locaux », remarque Valérie Boyer.

En outre, l'accessibilité n'est pas le seul déterminant de la pratique sportive. La motivation est également indispensable. En ce sens, un remboursement partiel de l'abonnement à une salle de sport sur contrat avec l'Assurance maladie sous réserve que la personne s'y soit rendue assidûment, tel que proposé en Suisse, pourrait constituer un encouragement. « Certaines mutuelles commencent à proposer ce principe en France », pointe le président du SML.

Concernant la santé au travail, le constat est amer et la seule incitation à l'activité physique n'est pas suffisante. Les intervenants

ont ainsi mentionné les immenses lacunes de notre système : absence de politique de santé dans la quasi-totalité des entreprises françaises, manque de médecins du travail, rôle cantonné aux situations problématiques et absence de suivi. Sur ce plan, la tâche s'annonce lourde.

LES BONS INGRÉDIENTS DE LA CONSULTATION DE PRÉVENTION

Enfin, dernière thématique abordée, et non des moindres, celle du bilan de prévention en tant que voie pour dépister et traiter. Autrement dit, les fameuses consultations de prévention à propos desquelles politiques et médecins ont encore du mal à s'entendre. La demande du SML en la matière est claire : « Il faut que le patient puisse bénéficier de consultations plus longues, prises en charge par la Sécurité sociale, à certains âges de la vie », explique Lydia Marié-Scemama, gynécologue-obstétricienne, vice-présidente du syndicat. Ces consultations seraient l'occasion d'aborder les différents leviers de la prévention : alimentation, activité physique, mais aussi contraception, vaccination, etc. Valérie Boyer s'interroge cependant sur l'impact réel d'une telle mesure : « Les pouvoirs publics ont déjà mis en place des dépistages ciblés, pour les cancers du sein et du côlon, avec l'envoi d'une invitation personnalisée à un âge précis pour passer l'examen. Or, on s'aperçoit que le message ne passe pas bien car les taux de réponses ne sont pas bons. » Pour elle, il serait judicieux d'adopter une mesure qui permette de cibler les personnes les plus

démunies, qui sont également les plus vulnérables et les plus difficiles à mobiliser.

AMÉLIORER LE « SAVOIR BIEN-ÊTRE »

D'autres pistes ont été évoquées au cours des discussions, telles que la mise en place d'une nouvelle politique vaccinale, la refonte d'un système associatif devenu parfois contre-productif, le retour à certaines structures aujourd'hui délaissées (dispensaires, planning familial, PMI), une action sur le stress psychosocial qui induit suicides et infarctus, etc. Les leviers d'action sont donc multiples mais doivent être manœuvrés avec cohérence par les différents acteurs du système. « La prévention doit rester aux mains des professionnels de santé avec une coordination par les agences régionales de santé, conclut Valérie Boyer. Mais, au-delà de la loi de santé publique, il faut aller à la reconquête de l'opinion sans dogmatisme, de manière simple et efficace. Aujourd'hui, la crise de notre système nous oblige à davantage d'efficacité dans nos messages et à être mieux adaptés à notre économie. »

Développer le capital santé des Français, améliorer leur « savoir bien-être », prévenir les maladies chroniques, autant de raisons de faire de la prévention une priorité pour que chacun continue à vivre, certes plus longtemps, mais aussi en meilleure santé. Face à un tel objectif, le livre blanc ne constituera qu'une étape dans la vie du Club, car devront lui succéder les outils et les actions indispensables à l'appropriation des recommandations formulées. »

DIX THÈMES POUR DIX PROPOSITIONS

Le Club a fait émerger dix thèmes prioritaires qui constitueront le cœur de son livre blanc sur la prévention :

- Mieux communiquer sur la prévention
- Comment une meilleure alimentation peut-elle changer la vie ?
- L'activité physique : un facteur de longévité et de bien-être
- La santé au travail
- La prévention chez les seniors
- E-santé, e-learning ou la prévention du futur
- La lutte contre les addictions au tabac, à l'alcool et aux drogues
- Le bilan de prévention : une nouvelle voie pour dépister et traiter
- Benchmark et bonnes pratiques dans d'autres pays
- Comment rendre la prévention accessible à tous ?



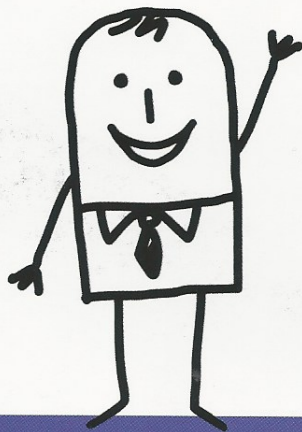
Pour que la prévention devienne une priorité, le Club Acteurs de la prévention remettra son livre blanc au gouvernement en mai 2014.



www.fondation-pileje.com

le nouveau site internet

LE SITE WWW.FONDATION-PILEJE.COM
VOUS PERMET DE CUISINER VOTRE SANTÉ.



RETROUVEZ LES CONSEILS DE MÉDECINS NUTRITIONNISTES,
LES RECETTES CONCOCTÉES PAR DES CHEFS,
DES LIVRETS À TÉLÉCHARGER GRATUITEMENT... ET AUSSI:
TOUTES LES DATES DES ÉVÉNEMENTS DE LA FONDATION,
DES VIDÉOS PÉDAGOGIQUES, DES ARTICLES MÉDICAUX, ETC.

La Fondation PiLeJe est une œuvre d'intérêt général à but non lucratif. Elle a pour vocation de recréer un lien entre Alimentation, Plaisir et Santé. Depuis 2005, elle a organisé plus de 530 événements (en partenariat avec les mairies, écoles, associations et entreprises) et accueilli plus de 72200 participants.