

Synthèse des Débats



2^e ASSISES DES PRÉVENTIONS EN SANTÉ

*« Prévenir
pour bien vieillir :
une réponse au défi
démographique »*

26.03.26
PariSanté campus
75015 paris

Sommaire

OUVERTURE	3
UNE MISSION GOUVERNEMENTALE SUR LA PRÉVENTION PRIMAIRE EN SANTÉ	4
FAIRE FACE AU DOUBLE DÉFI DÉMOGRAPHIQUE: DÉCLIN DE LA NATALITÉ ET VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION FRANÇAISE	6
PRÉVENIR LA MALADIE ET ACCOMPAGNER LE VIEILLISSEMENT, C'EST RÉHUMANISER LA MÉDECINE	7
PROPOSITION DE LOI POUR UNE ÉDUCATION À L'ALIMENTATION OBLIGATOIRE À L'ÉCOLE	8
TABLE RONDE #1	9
Bien manger à tous les âges de la vie: comment massifier l'accès à une « alimentation plaisir » saine ?	
TABLE RONDE #2	13
Prévention santé en entreprise: quels leviers et quels acteurs ?	
TABLE RONDE #3	17
Territoire de vie: lieu privilégié de prévention	
CRÉER UN ESPACE DE DIALOGUE SUR LA PRÉVENTION	22
TABLE RONDE #4	24
Le numérique, un atout décisif pour gagner le pari de la prévention à tous les âges de la vie ?	
REGARDS CROISÉS	29
Financer la prévention pour diminuer les dépenses de santé	
LA TECHNOLOGIE AU SERVICE DE LA PRÉVENTION CIBLÉE DES MALADIES CHRONIQUES	31
TABLE RONDE #5	35
Politiques de prévention: quelles compétences et quels acteurs pour plus d'impact ?	
CLÔTURE	41

OUVERTURE

« Avec l'ensemble des parties prenantes, cette réflexion collective doit être le point de départ pour anticiper, structurer et industrialiser une véritable politique de prévention. »

Jacques MARCEAU, président d'Aromates

Le défi est d'une ampleur inédite : le vieillissement rapide de la population française, combiné à la progression continue des maladies chroniques et à une démographie médicale en baisse, exerce une pression croissante sur notre système de soins et sur son financement. Face à cet état des lieux difficilement soutenable, la prévention s'impose désormais comme une nécessité pour préserver notre modèle social. Pour le dire clairement : la France n'a plus les moyens d'avoir une population en mauvaise santé.

Le fil conducteur de ces 2^e Assises – *Prévenir pour bien vieillir : une réponse au défi démographique* – s'inscrit dans le parcours de toute une vie, dès le plus jeune âge. Nous verrons comment « réhumaniser la médecine » et nous explorerons les grands leviers de la prévention : l'alimentation, déterminant majeur de santé, l'entreprise, lieu clé de prévention et d'équilibre, les « territoires de vie », où se jouent concrètement les inégalités de santé, et enfin les technologies numériques et l'intelligence artificielle, qui ouvrent la voie à une médecine préventive personnalisée à grande échelle.

La volonté politique est là, et nous disposons enfin des moyens d'agir efficacement, à condition de résoudre l'équation du financement de la prévention « pour éviter les dépenses de demain ». Cette question décisive s'accompagnera d'une réflexion sur les compétences, les métiers et la gouvernance, car il n'y aura pas de vraie politique de prévention structurée sans transformation en profondeur de nos organisations.



Cyrille Isaac-Sibille
& Jacques Marceau

UNE MISSION GOUVERNEMENTALE SUR LA PRÉVENTION PRIMAIRE EN SANTÉ

« C'est tous ensemble, en croisant les regards, en mobilisant tous les acteurs, en coordonnant les niveaux national et territorial, que nous pourrons construire une véritable politique de prévention primaire en santé. »

Docteur **Cyrille ISAAC-SIBILLE**, député du Rhône

Le 13 janvier 2026, le Premier ministre a confié à Cyrille Isaac-Sibille une mission gouvernementale visant à « formuler des recommandations pour définir une politique de prévention primaire en santé systémique, pour mieux structurer ce système et coordonner les acteurs nationaux et territoriaux ». L'objectif est de « changer de paradigme » et faire de la prévention « un levier structurant de nos politiques publiques » évalué dans la durée.

L'élu attend de ces 2^e Assises des solutions concrètes, riches en propositions et en perspectives. Prévenir, c'est « agir en amont », c'est « réduire les inégalités, améliorer durablement la qualité de vie de nos concitoyens » ; c'est « répondre aux défis des maladies chroniques, du vieillissement de la population et des contraintes économiques qui pèsent sur notre système de santé » ; c'est « agir à tous les âges de la vie, dès le plus jeune âge, y compris chez les personnes âgées, dans tous les milieux de vie, école, travail, établissements pour personnes âgées » ; enfin, c'est « agir sur les déterminants de vie qui sont sources d'inégalités de santé ».

Cette mission gouvernementale, d'une durée de six mois, reçoit l'appui de Franck Chauvin, spécialiste de la prévention en cancérologie, et des inspections générales des affaires sociales et de l'éducation nationale. L'ambition est de « donner les clés pour que chacun puisse acquérir les bons comportements de santé, y compris les plus éloignés du système de santé ».



« Agir plus tôt, c'est donner à tous les mêmes chances de vivre en bonne santé le plus longtemps possible, c'est réduire les fractures territoriales et les inégalités d'accès aux soins, c'est renforcer la cohésion sociale. »

Professeur Antoine TESNIERE, directeur général de Parisanté Campus

Les chiffres donnent le tournis : en un siècle, l'espérance de vie a doublé ; les maladies chroniques touchent 20 millions de Français et représentent plus de 85% des dépenses de santé ; en Europe, 550 millions de citoyens sont concernés et les coûts estimés à 700 milliards d'euros par an. Ces phénomènes sont « évitables et anticipables », à condition de « repenser le système de santé » et faire de la prévention un socle central, en passant d'une logique de réparation à une logique d'anticipation. **« Chaque euro investi dans la prévention peut générer des retours économiques à long terme de cinq à dix euros. »**

Nous devons accélérer la transformation. Cela suppose d'acquérir de l'expertise, de la démonstration de preuve et d'investir massivement et durablement. Cela nous oblige à mieux cibler, à mieux personnaliser. Les données de santé, l'innovation numérique et l'IA nous donnent la capacité d'identifier plus précocement les risques, d'accompagner les patients tout au long de la vie et de rendre la prévention plus efficace, plus accessible et plus équitable. Il s'agit maintenant de passer à l'échelle sur le long terme, avec des financements dédiés, à l'instar du Challenge Prévention (Agence de l'Innovation en Santé) ou de l'Accélérateur de prévention numérique (Parisanté Campus).

Il nous reste à construire une volonté collective. Pour que la prévention devienne une réalité mesurable et des actions concrètes, chaque politique publique (alimentation, transport, environnement, social...) doit intégrer pleinement son impact sur la santé, sa capacité à prévenir et à éviter la maladie. L'ensemble de la société doit s'impliquer – dans les écoles, les entreprises, les territoires –, et tous les acteurs doivent s'associer – professionnels de santé, élus, associations, citoyens – dans le cadre d'une responsabilité partagée. Il en va de la justice sociale et de l'équilibre de notre modèle social.



FAIRE FACE AU DOUBLE DÉFI DÉMOGRAPHIQUE : DÉCLIN DE LA NATALITÉ ET VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION FRANÇAISE

Gérard-François DUMONT, professeur à Sorbonne Université, président de la revue *Population & Avenir*, auteur de « Populations, peuplement et territoires en France »

Depuis 2024, la France métropolitaine est entrée en dépopulation (décès supérieurs aux naissances). La baisse du taux de natalité s'explique essentiellement par la « révolution de la fécondité ». Avec l'arrivée de la contraception dans les années 1970, la fécondité devient « un projet » et non plus « un phénomène aléatoire ». au fil des années, le facteur central de l'évolution de la fécondité repose sur « les modifications opérées dans la politique familiale ». En novembre 2021, l'INSEE projetait en hypothèse basse à 1,6 enfant par femme à partir de 2030 ; « en 2026, nous sommes déjà en-dessous ». Résultat, la pyramide des âges se transforme en « ballon de rugby ». L'espérance de vie des hommes reste inférieure à celle des femmes, les évolutions sont « heurtées » à l'âge de l'activité (20-65 ans) et la pyramide « s'ovalise » avec la baisse du nombre de naissances dans les générations les plus jeunes. **Le vieillissement de la population** s'explique quant à lui par des « effets de structure » (pourcentage des personnes âgées) liés au vieillissement par le haut (augmentation de l'espérance de vie des personnes âgées et de leur nombre) et au vieillissement par le bas (baisse de la fécondité). La « gérontocroissance » tient à des « effets de flux » (nombre de personnes âgées) et à l'allongement de l'espérance de vie.

« La grosse crainte de la dépendance. » Le taux de dépendance n'augmente pas (environ 12% après 75 ans), mais, sous l'effet de la gérontocroissance, le nombre de personnes dépendantes s'accroît. Ce n'est donc pas en raison d'une aggravation sanitaire. La carte géographique est « extrêmement contrastée », notamment « en fonction des migrations internes ou internationales ». Dans certains territoires, on observe un « vieillissement sans gérontocroissance », dans d'autres, « il n'y a pas de vieillissement mais de la gérontocroissance ». À noter aussi que ces vingt dernières années, l'espérance de vie des femmes a gagné presque deux ans. Globalement, l'espérance de vie « sans incapacité » a augmenté, et l'espérance de vie « sans incapacité forte » évolue favorablement elle aussi.

L'espérance de vie varie très fortement selon les territoires, en particulier dans le nord et le



nord-est de la France où elle est relativement faible, malgré la fin de l'ère industrielle. « Les attitudes de prévention seraient moindres dans ces deux régions ». Dans un certain nombre de départements ruraux, on peut soupçonner « l'effet des déserts médicaux ». Une analyse très fine de la causalité des morbidités et des mortalités montre que « la politique nationale de santé doit se décliner avec des moyens d'action appropriés aux réalités sanitaires des territoires ». Une chose est sûre : **la population active va diminuer**. Cela doit nous « inciter à financer des politiques de prévention », car **une population active en très bonne santé, c'est davantage de création de richesses**. Le démographe insiste aussi pour « développer l'éducation à la santé dans l'Éducation nationale ». Le taux d'obésité chez les jeunes est un « phénomène anormal » qui doit interroger notre système éducatif.

PRÉVENIR LA MALADIE ET ACCOMPAGNER LE VIEILLISSEMENT, C'EST RÉHUMANISER LA MÉDECINE

Gérard REACH, professeur, médecin, philosophe, professeur émérite d'endocrinologie et maladies métaboliques, Université Sorbonne Paris Nord, auteur de «*Pour une médecine humaine*»

Derrière ces «*cohortes*», il y a «*des visages et des histoires singulières*», nous dit le médecin philosophe. Ensemble, il nous invite à tenir trois exigences :

1. « Prévenir la maladie, c'est aider chacun à se prévoir dans un avenir habitable, en combattant les inégalités qui rendent cette projection impossible. » Un adolescent qui ne parvient pas à se projeter dans l'avenir aura du mal à protéger sa personne. Pourquoi arrêter de fumer, de boire, ou de se surexposer aux écrans si demain n'a pas encore de visage ? Toutes les études montrent que l'adhésion aux traitements et les recommandations de santé s'améliorent avec l'âge. « L'impossibilité de savoir de quoi demain sera fait », c'est une définition de la « grande précarité ». Il est plus facile de recommander une alimentation saine que de l'acheter si vous n'en avez pas les moyens. La précarité favorise l'obésité, les maladies cardiovasculaires et respiratoires, les cancers. Une prévention qui ignore la précarité et la difficulté à se prévoir devient « injonction abstraite ». La collectivité a la responsabilité de donner accès aux soins, à une alimentation saine, à des environnements favorables en termes d'habitat et d'activité.

2. « Accompagner le vieillissement, c'est être compagnon des âges fragiles, refuser la solitude comme horizon normal du grand âge. » Pour lutter contre la solitude, il faut permettre de vieillir chez soi, dans un habitat pensé à l'avance, adapté, sécurisé, habité. Le rôle des aidants est décisif. Les aidants familiaux, les auxiliaires de vie, les services d'aide à domicile, sont « les premiers visages du soin au quotidien ». Leur présence est indispensable pour que la personne âgée reste « sujet de sa vie » et non « simple objet d'un dispositif de prévention ». Voir le visage d'une personne âgée, ce n'est pas contempler un problème démographique, c'est recevoir « un appel éthique ». Accompagner le vieillissement, c'est accepter cette responsabilité, être avec, dans « une fidélité qui traverse les fragilités du corps et de la mémoire ».



3. « Réhumaniser la médecine, c'est faire de la rencontre le lieu où prévention, soin et dignité se rejoignent. » La technicisation peut faire dériver nos pratiques vers une médecine de données, d'algorithmes, de protocoles. Quelque chose d'essentiel risque de se perdre dans les dossiers informatisés, les critères d'efficacité et de performance. Une médecine humaine commence vraiment quand elle « devient rencontre ». La prévention, c'est « la rencontre entre deux espérances », « un dialogue singulier où le médecin, l'infirmière, le professionnel de santé prennent le temps de comprendre ce qui va permettre à cette personne-là de se prévoir, de changer, d'accepter une aide ». Une politique de prévention doit protéger ce temps-là de la rencontre ; « la relation est elle-même un acte thérapeutique », au même titre qu'on finance les campagnes et les innovations.

PROPOSITION DE LOI POUR UNE ÉDUCATION À L'ALIMENTATION OBLIGATOIRE À L'ÉCOLE

Olivia GRÉGOIRE, députée de Paris, ancienne ministre

L'ancienne ministre chargée des entreprises, du tourisme et de la consommation a identifié un frein majeur dans les politiques de prévention : « **l'interministérialité** ». Car il y a de la prévention partout : dans les ministères de la consommation, de la santé, de l'Éducation nationale, des entreprises, des transports... « Le délégué interministériel de la prévention est un piège immense. On croit toujours que le voisin s'en occupe. »

Sa proposition de loi « **Expérimentation pour l'instauration d'un enseignement d'éducation à l'alimentation obligatoire à l'école** » (18 novembre 2025) vise, à titre expérimental dans 4 grandes académies, à instaurer une séance par trimestre, de la maternelle à l'entrée au collège. Au total, ce sont 24 séances qui porteront sur la connaissance des produits bruts, l'équilibre nutritionnel, le plaisir du goût... en lien avec des producteurs, éleveurs, restaurateurs. D'après un sondage que l'élue a fait réaliser en 2026, la méconnaissance des produits est criante : 11% des Français ont intégré de nouvelles habitudes alimentaires uniquement à l'âge adulte ; sur 8 produits testés (fruits et légumes de base), les adultes sont incapables de parler de saisonnalité sur 6 d'entre eux ; 41% des jeunes n'ont jamais acheté d'endive de leur vie, 32% jamais de choux, 26% ne savent pas quoi faire avec un poireau...

L'école a un rôle à jouer dans la lutte contre l'obésité. « Nous sommes face à une pandémie ». Entre 1990 et aujourd'hui, l'obésité a été multipliée par 2 chez les adultes, par 4 chez les jeunes, en raison de l'explosion des structures familiales, des changements professionnels (télétravail, horaires différenciés, horaires de nuit) et des disparités territoriales. **Dans certaines régions et départements, l'obésité chez les 15-24 ans atteint 47%**. Une éducation obligatoire à l'alimentation est un rempart contre le déferlement des produits ultra-transformés et des nouvelles modes *quick & dirty*.

Le coût économique est considérable. Le coût direct de l'explosion de la consommation des produits ultra-transformés se situe entre **19 et 20 milliards** d'euros par an pour le traitement des conséquences directes. Selon l'Institut Montaigne, les coûts indirects et cachés s'élèvent à **125 milliards** d'euros annuels. Pas moins de 18 pathologies sont reliées directement et indirectement à la malbouffe. L'explosion du cancer colorectal chez les jeunes n'est pas un hasard. La députée regrette la faiblesse de l'investissement en matière de recherche et de données sur les nouveaux cancers directement liés à de mauvaises pratiques alimentaires.



L'éducation à la santé doit être un savoir universel, obligatoire et homogène sur tout le territoire. La maternelle et le premier degré sont « le lieu idéal pour permettre à nos enfants de mieux comprendre, de façon ludique, ce qu'ils mangent et l'environnement où c'est produit ». Apprendre à manger peut aussi permettre « d'apprendre à lire et à compter avec une recette et une histoire ». « 87% des citoyens demandent une éducation à l'alimentation obligatoire à l'école, et ils sont certains que leurs enfants pourraient être prescripteurs d'une meilleure alimentation à la maison. »

TABLE RONDE #1

BIEN MANGER À TOUS LES ÂGES DE LA VIE : COMMENT MASSIFIER L'ACCÈS À UNE « ALIMENTATION PLAISIR » SAIN ?

MODÉRATION

Fanny GRIESSMER,
journaliste, MIEUX

INTERVENANTS

Carine CHOLEAU,
directrice de l'Association Aide
aux Jeunes Diabétiques

Anne-Sophie JOLY,
présidente du CNAO

Pierre KROLAK-SALMON,
neurologue et gériatre,
directeur médical du Groupe Emeis

Jérémy LAFRAIRE,
PhD/HDR Sciences Cognitives,
chargé de conférence à l'école Pratique
des Hautes études-Paris Sciences Lettres
et chercheur associé au Laboratoire CHArt,
Cognitions Humaine et ARTificielle,
Campus Condorcet, Aubervilliers, France

Christian REGOUBY,
délégué général,
Le Collège Culinaire de France

Tous les intervenants sont favorables à la proposition de loi d'Olivia Grégoire. « Les enfants qui ont le plus de difficultés avec l'alimentation sont ceux qui connaissent le moins le monde alimentaire », observe Jérémie Lafraire. Ils ne distinguent pas les groupes d'aliments, ne maîtrisent pas les associations ni les conventions qui régissent la structure des repas, ce qui déclenche des « barrières psychologiques à la variété alimentaire ».

Carine Choleau fait des apprentissages une priorité pour prévenir les diabètes de type 1 chez les enfants. « Dire à un enfant de manger trois fruits et légumes par jour suppose qu'il connaisse les groupes d'aliments et sache pourquoi. »

Anne-Sophie Joly rappelle que l'obésité, quatrième cause de mortalité dans le monde, touche plus de 10 millions de personnes en France. Les pathologies chroniques associées se déclenchent dès l'âge de neuf ans : diabète de type 2, stéatose hépatique non alcoolique... Le Collectif National des Associations d'Obèses a lancé une campagne de sensibilisation dans le métro parisien (500 panneaux) pour « lever la tête » et faire de l'obésité « une grande cause nationale ».

Christian Regouby met en avant la « qualité relationnelle ». « Il faut apprendre à manger comme on apprend à lire. Tout doit partir de l'intérieur, des individus. Apprendre le goût, de façon ludique... »

Pierre Krolak-Salmon voit dans l'éducation alimentaire à l'école un moyen de créer « des capacités de réserve » sur « une trajectoire de vie », des capacités cognitives, cardiaques, locomotrices, qui vont permettre de « résister le plus longtemps possible au handicap et à la perte d'autonomie ».

ASSOCIER LES SPÉCIALISTES DE L'APPRENTISSAGE À LA DÉCISION

Un programme aux États-Unis montre qu'une théorie naïve de la nutrition chez l'enfant (absorption, nutriments, l'inobservable...) induit « une curiosité et des changements comportementaux durables, beaucoup mieux que de la prescription ». Jérémie Lafraire préconise d'associer un **« conseil scientifique pour l'éducation alimentaire »**, et plus généralement, « d'ancrer les politiques de santé dans un dialogue avec la recherche en prenant en compte les différentes échelles, celles du plaisir, de l'environnement alimentaire et des processus de prise de décision individuels ».

RÉGLEMENTER ET RESPONSABILISER

Anne-Sophie Joly inscrit cet apprentissage dans une globalité. La prise de poids dépend de la génétique, de la naissance, de l'arrêt du sport ou simplement bouger, de l'arrêt du tabac, de la ménopause, de la prise de psychotropes ou de traumatismes psychologiques... « L'éducation passe par l'acculturation, la formation des professionnels de santé, la connaissance, l'environnement, les moyens financiers, les habitudes socio-éducatives, familiales et régionales... » Elle déplore « l'absence de réglementation sur l'ultra-transformation de l'agroalimentaire. **Il faut sécuriser, réglementer, éduquer, et responsabiliser à tous les niveaux.** »

DÉNUTRITION ET ISOLEMENT SOCIAL CHEZ LES SENIORS

Pierre Krolak-Salmon voit « une très forte synergie entre une alimentation équilibrée, l'exercice physique et le lien social ». Ce trépied est « le levier le plus puissant pour repousser la dépendance et préserver son autonomie ». Chez les personnes âgées, le frein principal est l'isolement social. Perte de l'envie de bien se nourrir, pas de partage du repas... « Une personne âgée à domicile va développer progressivement des troubles cognitifs, sur trente ans, jusqu'à l'Alzheimer ». En maison de retraite, on observe « une perte d'appétit et d'activité physique. La prise de médicaments peut contrarier l'alimentation, en particulier les opiacés. Des horaires de repas imposés vont nuire à la liberté. Les troubles physiques de la déglutition supposent de modifier la texture des plats et du lien social... »

COMMENT FAIRE DE L'ALIMENTATION UN VRAI LEVIER DE PRÉVENTION ?

Pour Fanny Griessmer, bien manger dépend de l'apprentissage, de l'environnement alimentaire, du lieu de vie, du lien social, de la santé publique et du plaisir. « On doit agir à plusieurs niveaux, dès l'enfance, dans les lieux de vie, dans les politiques publiques, sur la consommation et dans les pratiques quotidiennes. » Pour Carine Choleau « apprendre, c'est expérimenter. **L'école doit mettre en application l'éducation à l'alimentation dans ses cantines.** »

Pierre Krolak-Salmon n'oublie pas d'y associer gaîté et plaisir. « On a imposé aux jeunes le faux plaisir du sucré. Il faut continuer à encadrer et à légiférer sur les plaisirs rapides qui inondent le marché agro-alimentaire. »

Selon Carine Choleau, le Nutri-Score est une première étape. « Sur les emballages des aliments néfastes, on pourrait montrer autre chose qu'un enfant qui rigole avec un gâteau dans la bouche. »

OBÉSITÉ, LE DÉFI DES POLITIQUES PUBLIQUES

Anne-Sophie Joly est défavorable à un affichage stigmatisant. « Il ne faut pas retirer le plaisir de manger. » Cependant, « oui pour acculturer la population sur des fréquences et des dosages ». Les médecins ont le devoir de valoriser la responsabilité individuelle. Les parents doivent donner l'exemple, veiller au risque de dénutrition, de malnutrition... Elle préconise la création d'une « **Agence nationale de sécurité alimentaire** » et plaide pour un « **Plan national Obésité-Nutrition sur dix ans renouvelable** », au même titre qu'un plan Cancer. Elle souhaiterait aussi donner une suite aux États généraux de l'alimentation initiés en 2019. Cela nécessite « une impulsion politique, transpartisane, au plus haut niveau de l'État ».

Du point de vue de la psychologie cognitive, les problématiques de santé alimentaire résultent de la relation entre l'individu et l'environnement alimentaire. Jérémie Lafraire met en garde contre « les populations vulnérables », celles qui « souffrent de pensées obsessionnelles sur l'alimentation, de troubles de l'image corporelle, d'isolement social... Les mangeurs ne sont pas une masse homogène. **L'erreur serait d'adopter une posture paternaliste, voire d'établir des normes ou de faire des priorités.** D'autres pathologies très graves, comme l'anorexie mentale, peuvent être impactées négativement par des politiques de lutte contre l'obésité. »

Christian Regouby réclame « **un statut d'exception culturelle.** » « Cuisiner, c'est transformer la nature en culture »,

« faire passer l'alimentation d'un bien marchand à une exception culturelle. » Il prône « l'intelligence artisanale ».

LES RÉSEAUX SOCIAUX, UN OUTIL POUR MASSIFIER LA PRÉVENTION

Depuis 2010, l'Arcom mobilise les médias audiovisuels sur les journées mondiales contre l'obésité « en incitant de manière positive ». Anne-Sophie Joly estime que les émissions culinaires peuvent « donner envie d'avoir envie ». La dernière charte alimentaire de l'Arcom (de décembre 2024) intègre les réseaux sociaux. Les deux pubs de la CNAO sur Tik Tok ont généré 14,6 millions de vues pendant 24 heures. « **Les réseaux sont un formidable outil pour massifier.** »

LE RÔLE DES MAISONS DE RETRAITE

Entre « incitation, encouragement, envie et contrainte », il s'agit de « placer le curseur au bon endroit pour faire de la communication positive », résume Pierre Krolak-Salmon. Le groupe Emeis s'apprête à diffuser un **grand programme de repérage des fragilités**, de type « aller vers... » les personnes âgées à domicile, afin « d'identifier leurs problèmes de nutrition, de mémoire, d'équilibre ». Puis, « nous mettrons en place une feuille de route individualisée », en organisant des venues en journée ou en séjour court pour des activités physiques, du lien social et des repas équilibrés. Cette action s'inspire du programme ICOPE de l'OMS pour prévenir la dépendance. L'idée est de s'appuyer sur le maillage territorial des maisons de retraite pour en faire des « carrefours du vieillissement en bonne santé ». Cette transformation doit « accompagner les métiers, faire monter en expertise les travailleurs sociaux et reconnaître leurs compétences ». Une source d'inspiration pour tous les lieux de vie.

De gauche à droite:
Carine Choleau,
Christian Regouby,
Jérémy Lafraire,
Fanny Griessmer,
Pierre Krolak-Salmon,
Anne-Sophie Joly



TABLE RONDE #2

PRÉVENTION SANTÉ EN ENTREPRISE: QUELS LEVIERS ET QUELS ACTEURS ?

MODÉRATION

Grégory CAUMES,
expert en droit et politique de santé

INTERVENANTS

Nicolas BAUDELLOT,
président & co-fondateur, Medicalib

Nathalie BUET,
directrice de la protection sociale
et santé au travail, MEDEF

Dr Catherine CORNIBERT,
docteur en pharmacie,
directrice générale de SPS,
l'Institut pour la santé des soignants

Joseph PUZO,
président d'Axon Cable

LA PRÉVENTION, UN ENJEU DE RENTABILITÉ POUR LES ENTREPRISES

Medicalib, une plateforme de mise en relation patients / professionnels de santé à domicile, a évolué vers la prévention en entreprise lors du Covid. Depuis 2022, une vingtaine de protocoles ont été mis en place, sur la prévention du cancer du sein, les soins bucco-dentaires, les maladies cardiovasculaires, les troubles musculosquelettiques (TMS), les conditions de travail ou les modes de vie. « L'employeur y trouve un intérêt économique. Nos actions impactent le taux d'absentéisme, la satisfaction des salariés, et donc la productivité. Nos ateliers libèrent aussi la parole. »

COMMENT FINANCER LA SANTÉ AU TRAVAIL ?

Nicolas Baudelot distingue deux modèles économiques : « la moitié des actions de prévention est prise en charge par l'entreprise, l'autre moitié via des partenaires, mutuelles et assurances. » Il soutient **la proposition de loi (de décembre 2025) du député Yannick Neuder** qui vise à imposer aux entreprises la mise en place d'une campagne de prévention annuelle sur les maladies cardio-vasculaires financée par une taxe sur le tabac. « Si on allouait 1% des taxes sur l'alcool et le tabac, on dégagerait 180 millions d'euros qui permettraient de dépister 3,5 millions d'actifs par an. »

Nicolas Baudelot imagine un système incitatif auprès des entreprises en réorientant des recettes de l'État. On pourrait « **imposer aux entreprises, une ou deux fois par an, des campagnes de prévention clé en main, les plus coûteuses pour la sécurité sociale, et mettre en place des mesures fiscales incitatives, par exemple en déduisant les actions de prévention de l'impôt sur les sociétés.** »

DÉCLOISONNER LES INSTITUTIONS

Le Medef mène un dialogue avec les partenaires sociaux depuis de nombreuses années pour « faire de la prévention une priorité de la santé au travail ». Deux accords ont été négociés, notamment pour réformer les services de santé au travail (SST). Selon Nathalie Buet, en plus du suivi médical des salariés, « nous avons fait évoluer la médecine du travail vers des services de prévention en santé », et aussi « de prévention de la désinsertion professionnelle, de manière à répondre à l'allongement de la vie active en bonne santé ».

L'objectif du Medef, c'est aussi **d'améliorer la coopération entre la médecine du travail, la sécurité sociale et la prévoyance.** « Nous souhaitons accompagner les entreprises dans la prévention en rapprochant davantage les SST des CARSAT, notamment au travers des conventions nationales d'objectifs sur les TMS, les RPS (risques psychosociaux) ou le risque chimique par exemple. »

Avec les complémentaires santé, « nous incitons les entreprises à la vaccination. » Pour autant, il ne s'agit pas de tout réformer. « Les entreprises croulent sous le poids des réformes et des réglementations. Nous avons besoin de stabilité et d'un peu de liberté. »

Grégory Caumes attire l'attention sur la réforme de la profession infirmière portée par Brigitte Feuillebois au ministère de la santé. Il propose tout simplement d'appliquer la loi (de juillet 2025) sur la profession infirmière.

« **En France, 640 000 infirmières peuvent, sur la base d'une consultation holistique, faire de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, notamment en entreprise.** »

Nathalie Buet se dit favorable.

« Les infirmières sont une priorité pour accompagner les entreprises. »

UN SERVICE DE SANTÉ POUR LES INDÉPENDANTS ?

Au-delà des salariés, Jacques Marceau s'étonne que les 2 millions de travailleurs indépendants ne bénéficient toujours pas d'un SST. Comment les toucher ? Selon Nathalie Buet, depuis 2024, les travailleurs indépendants ont la possibilité d'adhérer aux SPSTI. Des points réguliers notamment sur ce sujet sont faits dans le cadre du Conseil national de prévention et de santé au travail.

Joseph Puzo, qui préside Axon Cable (2 500 salariés, une vingtaine de sites dans le monde) propose de « créer un SST spécialement pour les indépendants ». Ce chef d'entreprise a créé son propre SST. Il y avait une condition : « débaucher aucun médecin. » Et c'est ce qu'il a fait. Il a embauché une dizaine de professionnels expérimentés en « CDI à temps partiel modulé » (un médecin du travail, un chirurgien à la retraite, deux infirmières qui ont reçu une formation en santé au travail, deux cardiologues, un ophtalmologiste et un référent en cancer).

LA SANTÉ DES SOIGNANTS EN QUESTION

La prévention ne peut se concevoir sans des soignants en bonne santé. SPS, l'Institut pour la santé des soignants, tire la sonnette d'alarme: deux tiers des médecins et infirmiers se sentent épuisés; ils développent deux fois plus de maladies chroniques que dans la population générale; plus des deux tiers estiment ne pas dormir suffisamment; plus de 50% ont des comportements nocifs pour leur santé (alcool, tabac, anxiolytiques); les étudiants en santé ont des idées suicidaires, des troubles du sommeil, sans compter la précarité et l'isolement: un interne se suicide tous les 18 jours. 5 professionnels de santé se suicident chaque semaine.

Selon Catherine Cornibert, la plateforme nationale d'écoute SPS a enregistré plus de 40 000 appels depuis sa création en 2016. « Avec tous nos partenaires, nous proposons des ateliers de prévention (sur l'alimentation, le lien social, l'activité physique, le sommeil, la respiration...) et des formations sur les risques psychosociaux.

Nous accompagnons les structures, les libéraux, les étudiants. Le portail lamaisondessoignants.fr donne accès à tous ces services. »

Au plan institutionnel, Catherine Cornibert s'étonne qu'on n'ait pas donné suite au rapport ministériel sur la santé des professionnels de santé (octobre 2023). Elle souhaite « l'officialisation de

la feuille de route de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ». SPS souhaite mieux mesurer l'état de santé des soignants, briser le tabou, diffuser les pratiques efficaces, agir en prévention dès la formation et tout au long des carrières, et renforcer le repérage précoce des risques psychosociaux et des urgences.

SPS sollicite des pouvoirs publics des actions fortes pour préserver la santé des soignants, un soutien accru à la recherche, et la reconnaissance de ce sujet comme une grande cause nationale. Il est temps d'oser en parler ».

LA PRÉVENTION DES RISQUES PRO

Du point de vue de l'employeur, on accompagne les salariés de façon très pragmatique. Les TMS représentent 88% des arrêts maladie, rappelle Joseph Puzo. « Première règle: ne pas payer les salariés à la pièce (ni en Chine ni en Inde), sinon ils accélèrent et développent des TMS. Deuxième règle: Concevoir des machines en réalité augmentée en coopération avec le salarié qui connaît les risques. Lors de l'utilisation en réel, le travailleur endossera un gilet avec des capteurs qui permettront d'identifier les points sensibles à automatiser. »

Joseph Puzo propose que le **Dossier médical partagé (DMP) et le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) soient digitalisés, interopérables, accessibles pendant 40 ans.**

LA BIOLOGIE MÉDICALE AU SERVICE DES ENTREPRISES

Pour finir, Joseph Puzo propose une réforme à 10 milliards d'euros en dépistant le prédiabète. Selon lui, une étude américaine (sur un panel de 50 000 personnes) indique que ce dépistage incite deux personnes sur trois à faire attention à ce qu'elle mange et à ce qu'elle bouge. « **Le dépistage du prédiabète évite le diabète de type 2 et assure une meilleure régulation pour plus tard.** »

Dans l'assistance, Lionel Barrant (Fédération de la biologie médicale) rebondit: «70% des décisions médicales sont basées sur la biologie médicale (prédiabète, maladies rénales, risques cardiovasculaires...). La FBM propose de mettre à disposition des entreprises, via une application, ces bilans biologiques à différents âges de la vie.

Nicolas Baudelot estime que «c'est déjà le cas avec les bilans de prévention. En fonction des résultats, une infirmière ou un médecin peut recommander de la biologie médicale». Pour Grégory Caumes, il suffirait d'appliquer la loi sur la profession infirmière.

En conclusion, Grégory Caumes affirme que l'entreprise est donc un lieu où la prévention se fait et doit être reconnue, où le rôle des infirmiers de santé au travail doit être renforcé, où les entreprises du secteur sanitaire et médico-social, quel que soit leur statut — lucratif, associatif ou public —, doivent être mises à contribution en lien avec le monde entrepreneurial pour bâtir un vrai programme de prévention primaire, secondaire et tertiaire, avec des indicateurs pluriannuels évaluables concrètement et basés sur la science. Il cite notamment les hôpitaux locaux, les EHPAD, les SSIAD et les prestataires de santé à domicile comme acteurs pouvant aider les entreprises à développer ces projets.

De gauche à droite :
Joseph Puzo,
Nathalie Buet,
Nicolas Baudelot,
Catherine Cornibert,
Grégory Caumes



TABLE RONDE #3

TERRITOIRE DE VIE : LIEU PRIVILÉGIÉ DE PRÉVENTION

MODÉRATION

Aurélie PLANEIX,
directrice de la rédaction, MIEUX

INTERVENANTS

Muriel BARNEOUD,
directrice RSE & Qualité, Groupe Emeis

François DEMESMAY,
directeur médical Crédit Agricole
Santé et Territoires

Valérie FOURNIER,
présidente de la Fédération des ESH

Christophe GENTER,
directeur du Département
Cohésion Sociale et Territoriale
Groupe Caisse des Dépôts

Patrick MICHAUD,
vice-président de la Ligue
Contre le Cancer

LA COMMUNE, UN ÉCHELON DÉTERMINANT

Avec 103 comités départementaux, la Ligue Contre le Cancer dispose d'un fort maillage territorial. Pour Patrick Michaud, la commune, qui connaît la sociologie de ses habitants, ses quartiers et les acteurs qui les animent, est l'échelon idéal pour déployer des actions « aller vers », en particulier les populations les plus défavorisées. À travers leurs politiques publiques locales, les communes peuvent « **penser santé dans chacune de leurs délibérations** » : urbanisme, logement, mobilités, restauration collective, école (végétalisation des cours, pollution de l'air intérieur). Durant la crise Covid, on a vu « leur rôle déterminant dans l'information, la fourniture de matériels, les dépistages ou les vaccinations ». Grâce à ses leviers (conseillers communaux d'action sociale, médiateurs en santé, ateliers santé-ville, commande publique de produits), la commune est en capacité d'agir sur la prévention à 360 degrés.

LOGEMENT SOCIAL, UN MAILLON ESSENTIEL DE PROXIMITÉ

Les Entreprises sociales pour l'habitat (ESH) construisent et gèrent durablement 2,7 millions de logements à travers 160 sociétés.

« Le sujet de la santé est venu de manière épisodique via des expérimentations territoriales avec des ARS ou des CHU », observe Valérie Fournier.

Actuellement, le parc compte un tiers de familles monoparentales, et dans les dix ans un tiers de personnes âgées n'auront pas la possibilité de sortir de leur logement au vu de leurs revenus. « Le maintien à domicile a longtemps été pour nous une question d'adaptation technique. »

Il a évolué progressivement vers « **le risque de chute, une analyse réelle et individualisée de la capacité de handicap en lien avec des ergothérapeutes** ». « 60% de nos équipes sont directement en contact avec le public et participent au suivi. » Le métier de gardien évolue vers une « logique de service de proximité ».

« Nous cherchons à entrer dans un système de récession. Le manque de médecins et de financements nous pousse à réfléchir à une synergie entre lien humain et innovation technologique. **Il s'agit de sortir de la facturation à l'acte en valorisant la présence humaine, le temps passé** », ce que l'on appelle la capitation (forfait parcours collectif).

RÉNOVATION THERMIQUE

Chaque année, le groupe Caisse des Dépôts finance le logement social à hauteur de 20 milliards d'euros sous forme de prêts aux collectivités locales et aux organismes. 100 000 logements par an sont construits ou rénovés. Le défi est immense. « En France, 3,5 millions de logements sont mal isolés, indique Christophe Genter. C'est une source de maladies respiratoires et de pathologies cardiovasculaires. » Depuis 2019, la CDC a rénové 200 000 logements sociaux (7 500 euros par logement), contribuant ainsi à la réduction de la mortalité, du coût des soins, et à l'amélioration du bien-être.

Valérie Fournier se montre plutôt optimiste. « Les ESH ont quasiment terminé le chantier des passoires F et G, et les logements étiquetés E seront rénovés dans les temps

définis par la loi climat et résilience. Par contre, « **se pose aujourd'hui la question du confort d'été et celle du quartier et des îlots de fraîcheur...** »

LES ACTEURS DU GRAND ÂGE

Pour Muriel Barneoud, le territoire est synonyme de « vie ». Le groupe Emeis, qui dispose d'un important maillage territorial, va travailler sur le « **capital cognitif** », c'est-à-dire la capacité à garder le lien social, l'un des piliers majeurs de la prévention de la dépendance, avec la nutrition et l'activité physique. « Nous organisons des journées de diagnostic, de dépistage des troubles neurodégénératifs. Certaines de nos équipes, avec leurs compétences, se saisissent de programmes de prévention, comme la sensibilisation au danger du protoxyde d'azote par exemple. »

Valérie Fournier lui emboîte le pas. « Les ESH commencent à développer des résidences seniors avec des hôtes et toute une dynamique en lien avec l'action sociale et les acteurs du territoire. »

Les banques investissent également dans le grand âge. Crédit Agricole Santé & Territoires a récemment constitué un réseau de santé en investissant dans deux filiales : « **Petits-fils** », qui offre des services à la personne, et « **Sept familles** », pour prévenir la dépendance. François Demesmay fait une analogie entre la bonne gestion d'un patrimoine économique et d'un patrimoine santé, ce qu'il nomme « le capital de réserve ». Selon lui, le territoire est « une évidence pour agir efficacement sur la santé. On ne vieillit pas de la même façon selon le territoire. Les déterminants sociaux y ont parfois plus d'efficacité que les soignants. En passant d'une posture d'investisseur dans la santé à celle d'opérateur, le but est d'aller vers un niveau pré-EHPAD et au plus près du lieu de vie. »

L'État n'est pas en reste. D'ici 2030, le groupe Caisse des Dépôts va investir 25 milliards d'euros dans la santé et le grand âge, sur toute la chaîne de valeur : immobilier de santé, hôpitaux, cliniques, logements des soignants, mais aussi les infrastructures numériques et les données de santé, la formation des soignants, des assistants médicaux et des infirmiers.

L'INNOVATION TECHNOLOGIQUE

Christophe Genter cite l'exemple d'un **réseau de cardiologues péri-urbain** en région Auvergne-Rhône-Alpes dans lequel la Banque des Territoires vient d'investir. Déjà 80 000 patients suivis. La consultation est optimisée en déléguant certaines tâches à des infirmier.es ou des professionnels spécialisés pour libérer du temps médical (préparation de la consultation, actes médicaux simples, suivi administratif). Le parcours de soins digitalisé permet au patient de suivre les différentes étapes de prise en charge et le suivi médical. Autre exemple avec **"ipso santé"**, six réseaux de cabinets de médecins généralistes sans dépassement d'honoraires qui optimisent également les consultations. Le gain de temps médical est de 20%. Enfin, le réseau "Api" de supérettes autonomes permet d'accéder à une alimentation de qualité. « Tout se fait de façon automatique. Les agriculteurs de la région alimentent les rayons de produits de qualité. »

François Demesmay confirme : « La prévention, c'est de la massification et de la personnalisation. Le digital permet de s'adresser à chacun, d'analyser et de répondre aux besoins en fonction des publics. Allons chercher le numérique pour inciter à des comportements vertueux. »

L'INNOVATION ORGANISATIONNELLE

Pour Christophe Genter, la question de fond est de « trouver des modèles économiques viables de systèmes de soins sur les territoires et les pérenniser. » Des **« démonstrateurs territoriaux »** sont à l'oeuvre. **30 medicobus itinérants** sillonnent actuellement les déserts médicaux pour aller vers les populations. La Banque des Territoires compte en co-financer une centaine en relation avec les ARS. Autour de la responsabilité populationnelle, la CDC envisage un démonstrateur afin « d'aider les acteurs d'un bassin de vie à travailler mieux ensemble au bénéfice des habitants, à travers une meilleure coordination des soins et une meilleure adéquation entre l'offre de soins et les besoins locaux. »

LE « CONTRAT IMPACT SOCIAL »

Les **dépistages cardiométaboliques** sont à l'état de projet dans les Hauts-de-France. L'objectif est d'en déployer 100 000 pour prévenir les maladies cardiovasculaires, sur un modèle de « contrat impact social » fondé sur les coûts évités (payer un peu aujourd'hui pour avoir moins à payer demain). Concrètement, la Banque des Territoires s'engage à pré-financer 100 000 dépistages cardiométaboliques, qui seraient remboursés après quelques années si les résultats sont au rendez-vous (les indicateurs de performance portent sur le nombre d'hospitalisations ou d'arrêts de travail évités, sur l'amélioration de l'autonomie, etc.). L'ambition est de généraliser cette initiative à toutes les régions.

François Demesmay réagit : « Soyons créatifs pour industrialiser la prévention. **Faisons le tri dans les propositions, avec une preuve scientifique et un objectif de retour sur investissement. Récompensons les nombreuses innovations pertinentes qui aujourd’hui ne sont pas financées.** »

VERS UNE LABELLISATION DES VILLES ?

Depuis mai 2025, la Ligue contre le Cancer déploie le label **“Ma Ville se Ligue”** afin d’accompagner les communes dans le développement d’environnements favorables à la santé. « Nous proposons un catalogue de trente actions de prévention pour agir sur les déterminants du cancer », explique Patrick Michaud.

Concrètement, le comité départemental de la Ligue, en lien avec la commune, réalise un état des lieux et la ville choisit trois actions sur deux ans, ce qui lui vaut un premier ruban. Si elle choisit trois autres actions sur les deux années suivantes, elle obtient un second ruban, et ainsi de suite. Plus d’une quinzaine de villes sont déjà labellisées.

Sur le même modèle, Muriel Barneoud cite la démarche **“Ville Amie des Aînés”**, qui vise à embarquer les communes dans une volonté de travailler à l’intégration de la fragilité. « La ville doit être capable de se penser comme accueillante à la fragilité Alzheimer. Le groupe Emeis peut accompagner les différents services de la ville au travers d’actions de formation des commerçants ou des policiers par exemple. »

L’ÉVALUATION DES DISPOSITIFS NOVATEURS

Jacques Marceau s’interroge : « Peut-on mettre en corrélation cette idée de labellisation par rubans et la prévalence du cancer dans des zones où des dépenses dans la prévention ont été consenties ? »

« Du point de vue du politique, tout repose sur l’évaluation du dispositif, estime Patrick Michaud. Or en matière de prévention, les résultats se font connaître dix ou quinze ans après. » Le court-termisme ne fait pas bon ménage avec une politique de prévention sur le long terme.

Christophe Genter assure qu’il est possible de trouver des investisseurs qui prennent le risque de pré-financer des projets remboursables à dix ans. Le problème est autre. **« Comment l’État, qui fonctionne par annuités budgétaires, peut-il provisionner dans son budget un montant qu’il devra rembourser dans dix ans ? »**

Un auditeur dans l’assistance affirme que dans la prévention tertiaire, où l’on obtient des preuves rapidement, les « contrats à impact social » ont des retours sur investissements rapides. Pourquoi ne pas d’abord se concentrer sur ceux-là pour créer une dynamique positive ?

Pour conclure, François Demesmay revient sur le sujet clé de la bascule du paiement à l’acte à la capitation. « En Suède, 22 régions ont basculé à des échéances différentes, données à l’appui, soit 70 indicateurs qui sont suivis et publiés. » La preuve encore.

De gauche à droite:
Valérie Fournier,
Patrick Michaud,
Aurélie Planeix,
Christophe Genter,
Muriel Barneoud,
François Demesmay



CRÉER UN ESPACE DE DIALOGUE SUR LA PRÉVENTION

Lionel COLLET, président de la Haute Autorité de Santé

La HAS a été créée en 2004 par une loi relative à l'assurance maladie pour évaluer les systèmes de santé à des fins de remboursement, notamment dans le dépistage (infections tuberculeuses latentes, maladie rénale chronique, etc.) « **Tout outil de prévention n'ayant pas cette finalité n'a pas vocation à être évalué par la HAS** », prévient d'emblée Lionel Collet. La HAS a deux autres missions : « élaborer des recommandations de bonnes pratiques pour le professionnel et le citoyen », notamment dans la prévention (santé publique, risque cardiovasculaire, carie dentaire, désinsertion professionnelle des travailleurs, dépistage néo-natal...) et « évaluer le niveau de qualité et de sécurité des soins des quelque 2 500 établissements de santé et 45 000 établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) », selon des indicateurs dont certains relèvent de la prévention (risques d'infections). Depuis 2018, la commission technique des vaccinations a rejoint la HAS pour élaborer les recommandations vaccinales, parfois en urgence, valider le calendrier vaccinal et les mentions minimales obligatoires dans les campagnes publicitaires sur les vaccins. Pour l'utilisateur, la HAS publie également des guides (vaccination chez la femme enceinte, bronchiolite...).

Le président observe que dans le champ de la prévention, « peu d'expérimentations font l'objet d'un déploiement à un niveau national, faute de données suffisantes. **Nous avons besoin de données probantes et être capables de les évaluer.** » La HAS va publier un rapport d'analyse prospective sur « le renforcement de l'expertise au service du virage préventif ». Le benchmark international a conduit l'Autorité à formuler trois conclusions : « **Il faut des outils d'évaluation de l'efficacité des interventions de prévention et de promotion de la santé, des outils d'évaluation économique et des outils d'évaluation des résultats et des conséquences globales.** »

Lionel Collet cite en exemple le modèle australien qui a mis en place un Centre de Partenariat sur la Prévention (Australian Prevention Partnership Centre). Cet « espace de dialogue » entre tous les acteurs de la prévention établit « la synthèse des données probantes et des simulations d'intervention afin d'en mesurer les conséquences », et il réalise « une analyse très poussée sur l'efficacité des interventions, l'évaluation économique et l'évaluation du bénéfice et des externalités ».



« **Il est inutile de créer une nouvelle agence, mais nous disons au politique que vous avez en France un ensemble d'acteurs capables de vous éclairer. Créez un espace de dialogue et sachez anticiper les mesures très en amont pour que la HAS puisse procéder à une évaluation. Tant que nous n'aurons pas rempli toutes ces étapes, nous n'aurons pas une vraie politique de prévention.** »

Jacques Marceau rebondit sur la finalité première de la HAS, à savoir l'évaluation à des fins de remboursement. Dans la mesure où la prévention doit permettre de réaliser des économies à long terme, quid de «l'évaluation à des fins de financement»? La HAS exerce-t-elle «une transversalité» avec la Banque des Territoires, des acteurs de la finance, du logement, de l'alimentation...?

La réponse est non. «Nous n'avons pas de collaborations avec les acteurs cités». Dans le domaine du numérique, «la HAS travaille avec BPI France sur le choix d'outils, sans aller au-delà». Pour Lionel Collet, «la question du financement n'entre pas dans les missions de la HAS, mais on ne peut pas l'oublier quand on évalue quelque chose».



TABLE RONDE #4

LE NUMÉRIQUE, UN ATOUT DÉCISIF POUR GAGNER LE PARI DE LA PRÉVENTION À TOUS LES ÂGES DE LA VIE ?

INTRODUCTION ET MODÉRATION

Claire VIGIER,

responsable du Pôle Usage
et plateformes numériques,
directrice de projet à la Délégation
ministérielle au numérique
en santé (DNS)

INTERVENANTS

Laurent BORELLA,

directeur santé de Malakoff Humanis

Pierre-Antoine GOURRAUD,

professeur des universités,
praticien hospitalier,
fondateur de Methodomics

Nathalie GUEVEL,

dirigeante de Philips France

Dr Kamyar HEDAYAT,

co-fondateur et co-président
de Systems Biology Research Group

Dr Etienne MINVIELLE,

directeur du Centre de Recherche
en Gestion de l'école polytechnique,
directeur de recherche CNRS

L'objectif de la DNS est de « recentrer la prise en charge du citoyen, de mieux coordonner les professionnels de santé, lutter contre la fracture sanitaire, développer les innovations thérapeutiques et organisationnelles, en plaçant la prévention au coeur de la feuille de route, rappelle Claire Vigier. Nous mettons à disposition des services numériques destinés à aider la stratégie de repérage et d'accompagnement des parcours (Mon espace santé), nous poussons la standardisation, l'éthique et la sécurisation pour faire circuler la donnée, et nous favorisons l'émergence d'un écosystème privé au moyen de financements initiaux (challenge Prévention de l'Agence de l'Innovation en Santé). » L'explosion des usages numériques dans la santé touche 90% des Français (de la prise de rendez-vous à la télésurveillance et la télé-expertise) ; un soignant sur deux et un tiers des patients utilisent de l'IA en santé, jusqu'à 70% chez les plus jeunes. Les possibilités de personnalisation sont très fortes. Le rôle de la donnée est central.

« Il faut rendre la donnée accessible, qualitative, exploitable, avec des enjeux autour de la preuve scientifique et du financement pérenne. »



Etienne Minvielle voit plusieurs défis. « L'infrastructure nationale n'a pas été réfléchi pour **collecter les données** dans un but de prévention. Ni Mon espace Santé ni le Système National des Données de Santé (SNDS) ne l'ont prévu. Un dilemme se pose entre ouverture et fermeture aux données, en raison de **la fiabilité** de la donnée. Le partage et le stockage de la donnée posent le débat de **l'interopérabilité** sur les éditeurs de dossiers médicaux. Les partenariats public / privé interrogent **la souveraineté**. » D'autre part, **l'analyse du comportement des citoyens** par rapport aux messages préventifs est « très hétérogène, mélange de croyances, d'identité et de bénéfices. Le marché des agents conversationnels pose la question de la validation. » Selon lui, il faut rester « très vigilant » par rapport aux approches populationnelles au nom du bien-être. « La prévention primaire algorithmique – pour l'instant très ciblée, prédictive – peut potentiellement toucher toute la population. C'est déjà le cas à Singapour. »

MON ESPACE SANTÉ

Plus d'un tiers des Français ont activé Mon espace santé. Les professionnels y accèdent via le DMP. Un document sur deux est envoyé automatiquement. Claire Vigier reconnaît que ce n'est pas suffisant, mais « on va continuer à l'enrichir pour en faire un vecteur de communication personnalisé sur les événements de santé (rendez-vous de prévention, bilan de prévention,



vaccinations...)). Pour les professionnels de santé, « le PLFSS 2026 prévoit un modèle de rémunération de logiciels d'aide à la décision médicale sur la base des économies générées par le système de santé ».

LA PRÉVENTION ALGORITHMIQUE

Fondée sur l'IA, la prévention algorithmique repose sur une collecte de données (cliniques, génétiques, socioéconomiques, comportementales), un traitement algorithmique qui réalise des scores prédictifs de survenue de la maladie, et un suivi personnalisé en jouant sur les facteurs de risques (alcool, tabac, hygiène, sédentarité...). Selon Etienne Minvielle, « cette technologie émergente connaît une accélération dans la recherche et l'expérimentation dans tous les domaines, oncologie, santé mentale, Alzheimer, risques infectieux, cardiologie... »

Par rapport à la prévention en population générale, la prévention ciblée a un retour sur investissement plus intéressant du fait du ciblage qui la rend plus efficace. L'action est personnalisée tout au long du processus et du suivi. C'est une technologie intégrative, dynamique et prédictive (chez des jeunes de 20 ans, les scores prédictifs s'étalent sur vingt ans, jusqu'au déclenchement de la maladie).



LE VIRAGE DE LA DONNÉE SYNTHÉTIQUE

Pierre-Antoine Gourraud voit une nouvelle étape dans le traitement de la donnée de santé. «Après la collecte de données en essais randomisés et le recyclage des données dans des entrepôts, l'IA permet à présent de générer des données simulées en fonction des usages.» Ces données dites «synthétiques», on les utilise pour réaliser **un modèle prédictif d'adaptation du traitement de la sclérose en plaques** (une pathologie qui n'est pas une médecine de précision; en fonction de l'évolution de la maladie, on doit choisir un traitement dans un panel de thérapies).

Concrètement, à partir d'un profil patient, on va chercher dans des bases de référence des données d'essais cliniques et observationnelles pour choisir la meilleure option de traitement chez des patients qui ont des caractéristiques similaires. Dès lors, **la relation soignant - soigné s'inscrit dans «une triangulation» avec le pôle de données personnalisées.** Dans le cadre du projet PRIMUS, porté par l'ANR et le CHU de Nantes, un essai clinique va être lancé pour suivre l'évolution du patient à deux ans. Cette simulation de données anonymes permet aussi d'éviter l'écueil juridique du traitement des données de santé.



Dans **l'imagerie médicale**, les progrès dans le dépistage permettent aussi d'anticiper les évolutions dans l'accompagnement du patient. Philips, dont l'un des cinq centres de R&D est basé en France, développe des solutions innovantes en matière de gestion et d'agrégation des données de santé par voie interopérable (anapath', scanner, IRM, échographie, ophtalmologie et bientôt biologie). «**L'intégration des algorithmes d'IA au sein de nos solutions comme IA Manager permet l'identification automatique de possibles lésions, calcifications ou tumeurs,** assure Nathalie Guevel.

Cette rupture technologique accompagne au quotidien les radiologues qui sont désormais en mesure d'identifier un cancer du sein ou du poumon en pointant une anomalie qui ne serait pas visible à l'oeil nu.» C'est un gain de temps lors de l'acte et une prise en charge du patient beaucoup plus tôt. En prévention tertiaire, le stockage de données et les algorithmes sont capables de «déterminer si la maladie s'accélère ou ralentit». L'IA va même «prédire des effets secondaires ou indésirables au cours du traitement».

La plateforme Cardiologs «lit en continu des traces ECG et peut prévoir des effets indésirables 24h à l'avance».

LE « LABO ET LA RADIO SANS ORDO »

Philips, acteur majeur des systèmes d'information en imagerie médicale, s'engage naturellement dans la vague 2 du Ségur du numérique en santé. Ce dispositif d'échange et partage d'images, Drimbox, permettra à tous les praticiens d'avoir accès aux comptes rendus et aux images du patient. Les facteurs clés du succès sont l'interopérabilité, la transparence des algorithmes, la fiabilité et la qualité de la donnée, la cybersécurité. Les limites du déploiement de la prévention sont notamment liées au financement et à la complexité actuelle des parcours de soins. « Il faut travailler sur les parcours de prise en charge », martèle Nathalie Guevel ; « aller chez son généraliste, faire son acte de biologie, d'imagerie, puis revenir chez le généraliste, cela génère des surcoûts et du perdu de vue. » Elle milite pour le « **Labo sans ordo, en y intégrant l'imagerie médicale** ». Via des questionnaires, on peut déterminer des scores de risques et passer des examens sans de voir aller préalablement chez son généraliste. »

FINANCER DES PARCOURS PRÉVENTIFS

Etienne Minvielle propose de passer d'une logique de financement de parcours de soins à celle d'un « financement de parcours préventif ». En oncologie par exemple, l'expérimentation Article 51 *Interception* paie l'adressage du patient par le professionnel, le test de dépistage personnalisé et le suivi.

Laurent Borella considère que « la prévention est un acte de soin et qu'elle devrait être financée comme telle ». Il insiste sur le caractère « peu coûteux » de ces dispositifs. « Les actes les plus coûteux sont réservés à la seule personne qui en a besoin. » Il propose d'orienter le financement de la prévention vers « **des dispositifs incitatifs pour les employeurs et les assureurs** ». Pour lui, « le Parcours Coordonné Renforcé est une usine à gaz réglementaire. Il faut l'éviter ».

L'ACTION DES MUTUELLES

Malakoff Humanis a fait le choix d'ouvrir l'accès le plus large possible aux bilans Cardio et Cancer. Déjà **60 000 Bilans Cardio** réalisés. Le dépistage cardiométabolique repose sur un profilage digital confirmé par une consultation médicale, l'algorithme détermine ensuite un protocole de dépistage approprié à la personne. « Le système fonctionne en entreprise et au près de nos assurés », précise Laurent Borella.

Une première étude d'impact démontre une réduction de l'incidence de 15% sur le diabète, 12% sur les pathologies coronaires, 9% sur l'AVC. Les dépenses de santé baissent de -10%. Une étude longitudinale avec le SNDS sera bientôt mise en place en comparant l'histoire clinique de la personne. « La demande des assurés est très forte, notamment parce que l'étanchéité entre la vision assureur et la vision santé est respectée, et que la stratégie de déploiement est très industrialisée. »

Mon Bilan Cancer : un essai pilote va démarrer en 2026 sur les salariés de Malakoff Humanis, qui visera 7 cancers, avec plus de 100 protocoles à la clé. Des soignants en cancérologie vont intégrer ce parcours. Malakoff Humanis a intégré l'entreprise *Health For People*, qui conçoit et opère des parcours de dépistage médicalisés en générant un dialogue entre l'équipe médicale et le patient.

Laurent Borella espère « pérenniser » ce type de solutions « faciles à déployer, notamment dans les déserts médicaux ». Elles permettent de « toucher la personne directement sur son lieu de travail ou son lieu de vie et de personnaliser les parcours en conformité avec les recommandations ».

Il souhaiterait aussi « adresser des populations non couvertes par une complémentaire », suivant le modèle d'expérimentation dans les Hauts-de-France avec la Banque des Territoires (cf. table ronde 3).



FORMATION, ACCEPTATION, CONFIANCE

Dernier exemple de prévention algorithmique avec le groupe *Systems Biology Research*, une société américaine qui propose une solution de dépistage et de préconisations non médicamenteuses fondée sur une approche de biologie intégrative et physiologie. Concrètement, à partir d'un bilan thyroïdien, cette méthode va détecter des indicateurs « souvent silencieux » de dysfonctionnement métabolique global (diabète, Alzheimer, athérosclérose...), un profil de risque spécifique est établi, et c'est « la régulation des équilibres subtils des hormones thyroïdiennes qui va préserver un métabolisme sain ». En duplex à Chicago, Dr Kamyar Hedayat décrit le procédé. « Une simple goutte de sang sur une carte papier suffit. On peut l'envoyer par la Poste au labo pour analyse, ce qui réduit au passage la perte de temps et la peur de l'aiguille. Le praticien saisit les données en ligne dans notre système expert, un rapport est généré, comprenant un guide d'interprétation, un guide d'explication et une proposition cadrée à plusieurs niveaux d'intervention (alimentaire, psychologique, mode de vie...), assortie d'une revue scientifique. Une plateforme de formation fournit aux médecins les indications que l'on retrouve dans l'anamnèse du patient.

UNE « FAMILLE DE SANTÉ » PAR QUARTIER

L'originalité de cette solution repose sur son approche pédagogique. « Les études montrent que les médecins ont du mal à accepter les recommandations par l'IA. **Si le médecin ne parvient pas à expliquer la logique d'un résultat, il ne la présentera pas au patient.** »

Kamyar Hedayat insiste sur la relation de confiance. « L'idéal serait de créer des maisons de santé dans chaque quartier, et d'y intégrer des équipes pluridisciplinaires de cinq ou six paramédicaux (pharmacien, nutritionniste, sophrologue...) pour un médecin. » Ce réseau de soignants deviendrait pour le patient « une famille médicale de confiance » pendant tout « le voyage de la santé ».

REGARDS CROISÉS

FINANCER LA PRÉVENTION POUR DIMINUER LES DÉPENSES DE SANTÉ

Docteure Agnès BUZYN, ancienne ministre de la Santé, conseillère maître à la Cour des comptes
Jacques CREYSSEL, président de la Fédération des Institutions Paritaires de Protection

Jacques Marceau: Est-il possible d'imaginer une politique de prévention efficace sans une transformation du système de paiement à l'acte ?

Agnès Buzyn: Le lien entre maladies chroniques, troubles cognitifs et perte d'autonomie nous met face au mur du vieillissement de la population d'ici 2040. C'est un enjeu de soutenabilité humaine. Le paiement à l'activité dans le secteur libéral et les hôpitaux nous a amené à créer des actes, ou des consultations de prévention, qui ont des limites en termes d'accessibilité et d'inégalités de santé ; je pense en particulier aux personnes les plus à risques de maladies chroniques. Tant qu'on laissera la prévention primaire et la promotion de la santé au secteur de la santé, nous ne changerons pas le paradigme. La transformation du système de santé passe par une transformation organisationnelle. Seules des politiques territoriales peuvent toucher les grands déterminants de santé, des politiques intersectorielles avec les entreprises, les associations, l'école, le collège, les collectivités territoriales... Le ministère de la santé ne peut pas s'occuper des pistes cyclables ; il n'a pas la main sur les taxes sur l'alcool ou le tabac ; il ne peut pas changer les produits ultra-transformés dans les cantines en entreprise... Un grand plan national de prévention doit s'inscrire dans toutes les politiques publiques et être porté au plus haut sommet de l'État.

Jacques Marceau: Qui doit porter l'investissement dans la prévention, et selon quelle logique de répartition ?

Jacques Creyssel: C'est un sujet multiforme, multi-acteurs, qui nécessite de mettre tout le monde autour de la table dans le cadre d'une vraie stratégie menée politiquement et localement sur un temps long. Or on a un PLFSS infra-mensuel, des ministres de la santé qui changent régulièrement, et des règles du jeu nouvelles tous les quatre matins. Avec deux milliards d'euros de prélèvements, une complémentaire santé ne va pas être encouragée à faire autre chose que de sécuriser ses ratios de solvabilité. Il faut de la stabilité, se poser la question de la soutenabilité du système, et avoir une vision pluriannuelle. Sans cela, il n'y aura pas de politique de prévention.

Agnès Buzyn: Les dépenses de santé augmentent de 3 à 4% par an. Nous sommes le troisième pays au monde en termes de dépenses de santé, à 12,3 % du PIB. À ce rythme là, dans dix ans, nous serons à 20% du PIB ! Ce n'est pas soutenable. La prévention doit réduire en priorité les maladies chroniques. Mais aujourd'hui, même si on dépensait des milliards, on n'en verrait les bénéfices que dans dix à vingt ans. Et c'est ce qui explique qu'aucune politique publique n'a été portée au plus haut niveau de l'État. Il faut mettre la prévention primaire à l'agenda politique et faire participer tous les acteurs, Cnam, mutuelles, régions... Beaucoup de pays nordiques ont régionalisé la prévention pour répondre aux besoins locaux. Le financement doit venir de sources multiples.

Jacques Creyssel: Une politique d'incitation mériterait d'être expérimentée, pour que les financeurs aient le sentiment d'un retour sur investissement direct. Je pense à une baisse de cotisations, à une amélioration de leurs résultats... Idem pour les consommateurs.

Tous les Français veulent acheter les meilleurs produits de la terre, mais quand ils passent à la caisse, ils n'achètent pas exactement ceux-là.

Agnès Buzyn : Attention à ne pas stigmatiser des populations avec des solutions trop simplistes. Évidemment, on peut imaginer un bonus-malus du type «Vous ne fumez pas donc vous payez votre assurance santé moins cher...». J'y mets beaucoup de bémols. Les comportements sont dictés par l'environnement social, et donc quelque part c'est la double peine. Plus vous êtes vulnérable, plus vous allez avoir des comportements néfastes sur votre santé... Sur le surpoids, il y a aussi des facteurs génétiques. Le bonus va bénéficier aux CSP+, le malus aux plus défavorisés.

Jacques Marceau : Quel serait le partage idéal entre public et privé ?

Jacques Creyssel : Il faut changer le système selon trois règles : mettre tout le monde autour de la table pour décider d'un financement en commun ; donner plus de liberté aux acteurs, notamment dans l'entreprise, à l'image de ce qui se fait en matière d'accidents du travail et qui fonctionne assez bien ; et enfin, donner plus de responsabilité et instaurer des mécanismes d'évaluation indépendants.

Agnès Buzyn : Une vraie stratégie nationale portée au plus haut niveau de l'État doit mettre tout le monde autour de la table pour savoir qui paie et comment réorganiser la prévention entre ce qui est médicalisé, c'est-à-dire la prévention secondaire et la vaccination, et ce qui n'est pas médicalisable dans les politiques publiques favorables à la santé.



LA TECHNOLOGIE AU SERVICE DE LA PRÉVENTION CIBLÉE DES MALADIES CHRONIQUES

Philippe EMERY, président d'Abbott France

Les comportements ne se décident pas. L'incitation financière ou fiscale a ses limites, on l'a vu avec le tabac. La prévention repose en premier lieu sur « l'éducation du patient, en particulier s'il est atteint d'une maladie chronique, il va devoir se prendre en charge lui-même, car il ne peut pas aller voir son médecin tous les jours ». Philippe Emery estime qu'il y a un équilibre à trouver entre consignes de santé, discipline et liberté individuelle. **« Qu'on le veuille ou non, l'efficience en santé passera par l'IA, l'utilisation des données et des parcours de soins fléchés numérisés. »**

Le président illustre ses propos par un exemple de prévention ciblée du diabète de type 2, une maladie longtemps asymptomatique qui pose deux difficultés majeures au-delà du dépistage : la compréhension de la pathologie par le patient et le suivi médical dans la durée. « Il est extrêmement difficile pour un patient de prendre correctement son traitement et de modifier durablement ses habitudes de vie. » Pour répondre à ces enjeux, Abbott a développé un capteur, que le patient place lui-même sur son bras, capable de mesurer en continu le taux de glucose.

Grâce à son smartphone, le patient suit en temps réel ses paramètres métaboliques et visualise immédiatement l'impact de ses comportements. Il comprend ainsi les conséquences d'un oubli de traitement, d'un écart alimentaire ou d'une baisse de l'activité physique. « L'accès continu à ces données favorise naturellement la discipline, améliore la compréhension de la maladie et renforce l'adhésion au traitement. » Les données collectées sont automatiquement transmises vers le cloud et intégrées à Mon espace santé. Le patient peut ainsi les partager en temps réel avec les professionnels de santé de son choix – médecin, pharmacien, infirmier ou équipe hospitalière. **« La lecture continue du glucose permet une prise en charge autonome, efficace et responsable, contribuant à la prévention des complications à long terme. »**

Cette solution d'autosurveillance glycémique garantit par ailleurs la sécurité des données de santé. Plus largement, l'essor de l'usage du smartphone constitue une tendance de fond qui invite à repenser l'organisation et l'évolution des métiers de santé.



« Aujourd'hui, les hôpitaux devraient disposer de centres d'appels dédiés à la télésurveillance et de guichets techniques pour accompagner les patients dans l'utilisation de leurs applications de santé. » C'est tout l'enjeu de la numérisation croissante de la société.

4 PITCHS DE START-UP DU PARISANTÉ CAMPUS

LYVENDO - AXOMOVE - APNEAL - DENTALMONITORING

PariSanté Campus est un écosystème de santé numérique qui accueille cinq opérateurs publics (Université PSL, INSERM, INRIA, ANS, Health Data Hub) et 80 startups. Pour cette deuxième édition des Assises, le comité de programme a fait le choix de donner la parole à quatre d'entre elles. Focus sur quatre dispositifs médicaux numériques innovants.

LYVENDO

L'endométriose est une maladie chronique inflammatoire et systémique qui touche 1 femme sur 10 (190 millions de femmes dans le monde). Il faut 7 à 10 ans pour obtenir un diagnostic. Les symptômes sont multiples. Coût sociétal estimé en France: 10 milliards d'euros. Et pourtant, il y a zéro traitement curatif. Malgré une prise en charge médicale et chirurgicale, 83% des patientes continuent de souffrir de douleurs chroniques, ce qui entraîne de nouveaux risques de chronicisation des douleurs. Les patientes sont en recherche de solutions pour maîtriser l'impact de ces symptômes.

LyvEndo est un dispositif médical numérique de classe 1 conçu pour les accompagner dans la gestion de leurs symptômes, en complément de leur parcours médical. Des programmes personnalisés de trois mois sont proposés selon une approche pluridisciplinaire validée scientifiquement sur cinq piliers d'intervention non médicamenteuses (connaissance des maladies, des traitements et des parcours de soins, activité physique adaptée, santé mentale, sexologie et alimentation). Au bout de trois mois, la patiente constitue son propre plan d'actions et devient autonome. L'application inclut des centaines de contenus vidéos, audio, écrits, tous créés avec des professionnels de santé et accessibles au moment où elles en ont besoin. Des questionnaires de suivi mensuel permettent d'objectiver l'évolution de l'état de santé. Et ça fonctionne!

Sur 95 patientes qui utilisent la thérapie numérique (en comparaison avec un groupe contrôle de 200 patientes), nos études démontrent une amélioration significative de la qualité de vie et des symptômes (douloureux, digestifs, santé mentale). Les professionnels de santé le plébiscitent. LyvEndo est pris en charge par des mutuelles, des employeurs, et demain nous l'espérons par la sécurité sociale.

AXOMOVE

La prévention et la rééducation des affections ostéo-articulaires touche plus de 2 milliards de personnes dans le monde. C'est la première cause de handicap des +40 ans dans les pays développés. 1 adulte sur 2 souffre de TMS. Les lombalgies, les rhumatismes, la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson et l'obésité ont un point commun : l'activité physique peut soulager les symptômes. Le dispositif Axomove vise à faciliter l'accès à l'activité physique et à rendre les personnes plus observantes. Les professionnels de la rééducation (rhumatologues, médecins, kinés, ergothérapeutes) utilisent cette application numérique pour prescrire des protocoles d'exercices physiques en fonction de la problématique du patient, pour monitorer à distance et ajuster le traitement.

Ce dispositif est déployé à 360 degrés sur le parcours de soins : en prévention primaire et secondaire (auprès d'entreprises, assureurs et mutuelles), il accompagne des dizaines de milliers de salariés et assurés dans la prévention et la détection de leurs TMS pour réduire la sinistralité ; pendant les soins (auprès des centres de rééducation), il offre une prise en charge hybride dans les murs / hors les murs ; en post-hospitalisation, il accompagne les personnes prises en charge pour une lombalgie. En prévention tertiaire, Axomove a obtenu un remboursement de l'assurance maladie en télésurveillance médicale de rééducation, grâce à la production de preuves scientifiques sur la base des données récoltées en vie réelle et d'un essai randomisé contrôlé dans huit établissements (220 patients).

APNEAL

L'Apnée du sommeil touche 20% de la population adulte, et aussi les jeunes, en particulier les enfants de -5 ans chez qui cette maladie peut engendrer un risque de troubles cognitifs si elle n'est pas détectée. Un sommeil de mauvaise qualité engendre de la somnolence, des accidents de la route, des accidents du travail, de l'absentéisme, une perte de productivité, et à long terme des maladies cardiovasculaires, du diabète, des AVC et des troubles mentaux. Près de 45% des gens se plaignent de la qualité de leur sommeil. 90% des personnes ignorent qu'elles font de l'apnée du sommeil, en particulier les femmes. Le parcours de soins est organisé par des médecins spécialisés dans les examens du sommeil (un million d'exams par an). La polygraphie ventilatoire et la polysomnographie nécessitent du matériel et du temps médical.

Le dispositif Apneal utilise les capteurs présents dans les smartphones. Positionné en mode avion (par-dessus le pyjama), l'application va enregistrer les mouvements de la cage thoracique, les battements du coeur et le son de la respiration. Une IA va traiter ces signaux et détecter automatiquement des troubles respiratoires. Cette technologie a été validée dans différentes études cliniques auprès de centaines de patients. Le niveau de qualité de l'analyse est égal à la polysomnographie et supérieur à la polygraphie ventilatoire. Il existe deux produits : le premier pour le dépistage de la qualité du sommeil (déployé en pharmacie, prescrit par des médecins), le second pour le diagnostic de l'apnée du sommeil (bientôt sur le marché). L'enjeu est de détecter la maladie le plus tôt possible pour améliorer la qualité de vie et éviter l'émergence de maladies chroniques.

DENTALMONITORING

La santé bucco-dentaire (caries, parodontopathie) représente un coût de 15 milliards d'euros dans les cabinets dentaires. Un suivi régulier est la clé. Mais seulement 1 Français sur 2 consulte un chirurgien-dentiste (contre 90% en Allemagne). Les surcoûts liés à la non-prise en charge des pathologies bucco-dentaires sont évalués à 822 millions d'euros par an. Le dispositif DentalMonitoring est né en orthodontie pour améliorer le suivi médical. Cette application mobile permet de standardiser la prise de photo sur smartphone afin de faciliter l'interprétation et garder le lien avec le dentiste. Le patient repart sans rendez-vous et il revient au bon moment.

Aujourd'hui DentalMonitoring lance une nouvelle application qui vise à améliorer le suivi régulier chez le dentiste. Il suffit d'ouvrir un compte, remplir un questionnaire (habitudes bucco-dentaires, comportements alimentaires) et faire un scan intra-oral par balayage. Une IA produit alors un rapport médical de haute qualité (contrôlé par nos dentistes internes) diffusé au dentiste et vulgarisé pour le patient. L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire soutient DentalMonitoring depuis plusieurs années dans la surveillance orthodontique.

Cette expérience a permis à DentalMonitoring de devenir licorne en 2021 et de le rester avec les dernières levées de fonds. Sa nouvelle application vise les entreprises et tous les lieux de vie qui souhaitent réaliser des actions de prévention sans avoir recours à la présence d'un dentiste.



TABLE RONDE #5

POLITIQUES DE PRÉVENTION : QUELLES COMPÉTENCES ET QUELS ACTEURS POUR PLUS D'IMPACT ?

INTRODUCTION

Stéphanie DESCHAUME,
directrice adjointe des assurés à la Cnam

MODÉRATION

Cécile LAMBERT,
rapporteuse générale de l'Article 51
au ministère de la Santé

INTERVENANTS

Martine COSTEDOAT
directeur projet Art.51 OSYS,
Pharma Système Qualité

Laurent ESCUDIE,
directeur général, Cerballiance

Brigitte FEUILLEBOIS,
conseillère experte des professions
paramédicales au ministère de la santé

Joël MORET-BAILLY,
professeur de droit privé à l'Université
Jean Monnet de Saint-Étienne,
spécialiste en droit des professions de santé

Éric MYON,
pharmacien, président de la CPTS Paris 8

François RANDAZZO,
président du Syndicat
de kinésithérapeutes Alizé

Pour passer à l'échelle, Stéphanie Deschaume a identifié trois enjeux majeurs : un enjeu systémique, démographique, épidémiologique, qui met en péril la soutenabilité du système de santé ; un enjeu d'entraînement, d'engagement collectif dans une vision universelle qui pousse la population vers une démarche de prévention ou un changement de comportements, et enfin, une approche « opportuniste », pour « capter » la personne à tous les moments du parcours. « La logique centrée médecin est insuffisante. » Du point de vue de la Cnam, il faut « conserver le rôle du médecin traitant au cœur du parcours de soins coordonné », mais « ouvrir la capacité d'interventions à d'autres formes de coordination qui font sens », dans « **une logique d'ouverture des compétences** ».

QUELS SONT LES BESOINS SUR LE TERRAIN ?

Dans les pharmacies, Martine Costedoat a porté au titre de l'Article 51 le dispositif OSyS (Orientation dans le système de soins), qui a mis en avant « le rôle du pharmacien en premier recours ». 200 pharmaciens expérimentateurs ont reçu une formation en duo avec des médecins qui a été « très appréciée ». Le maillage territorial des pharmacies (20 000 officines, 4 millions de visites par jour) permet de faire passer beaucoup de messages de santé publique. Les pharmaciens ont un « rôle de conseil », en particulier « sur l'observance et la iatrogénie médicamenteuse ». Le frein principal, « c'est la culture. La société n'encourage pas la prévention. »

Éric Myon attend des institutions qu'elles « accompagnent plus qu'elles ne complexifient. Laissons une liberté aux acteurs de terrain pour s'organiser. » Il met en avant « **l'interprofessionnalité** ». La CPTS Paris 8 a réussi à mettre en place trois parcours de soins .

1 / Sur l'endométriose, le pharmacien sensibilise des jeunes femmes à l'aide du questionnaire EndoAct, et si elles sont à risques, « on envoie vers une sage-femme, puis un parcours complet de dépistage ». (Depuis un mois, il est prévu un parcours complet de prise en charge des symptômes.)

2/ Sur la dermatologie, suite à une première évaluation, « on peut gérer nous-mêmes, orienter vers un pôle de dermatologues experts en téléconsultation, ou vers des généralistes spécialisés en dermatologie en 48h ».

3/ Sur le parcours Obésité, « on accompagne les patients avec une prise en charge complète (coach APA, nutritionniste, endocrinologue, cardiologue) ». La CPTS Paris 8 propose également des parcours de coordination professionnelle autour de l'insuffisance rénale et cardiaque, des soins de la main, etc. « Malheureusement le budget de notre CPTS (taille 1) et l'absence du soutien financier prévu par les ARS pour les protocoles de coopération interprofessionnels, nous obligent à collecter des fonds pour permettre l'expansion de nos programmes de prévention. **Nous sommes à la recherche de partenaires financiers privés, fondations, mutuelles ou entreprises pour maintenir et développer nos parcours de soins** ».

Dans les cabinets de kinésithérapie,

François Randazzo estime que « les besoins en prévention et de dépistage sont remplis lors de la prise en charge : détection des troubles du neurodéveloppement chez le nourrisson, de la scoliose chez les ados, de TMS chez les actifs, ou de fragilités chez la personne âgée ». Ce qui fait défaut selon lui, c'est « un dispositif distinct ». Il soutient l'idée « **d'intégrer à Mon bilan santé un acte de détection précoce de fragilités chez la personne âgée pour une prise en charge dans la durée** ».

Dans les laboratoires de biologie,

« tout est à faire », lance Laurent Escudie. Pourtant, avec 4 300 sites à moins de vingt minutes pour 99% des Français, les labos sont le lieu idéal pour « détecter des maladies silencieuses et des signaux faibles ». Les biologistes ont l'expertise pour « sensibiliser à des actes de prévention », et surtout « ils coordonnent une équipe de proximité avec des métiers qui évoluent ». « Nous avons de plus en plus d'infirmiers, le technicien évolue dans sa pratique, la secrétaire médicale est le premier regard du patient. » Le dépistage des IST sans ordonnance a commencé par le HIV avant un déploiement national. Des millions de Français en ont bénéficié, des dizaines de milliers ont été diagnostiqués, avec une prise en charge précoce et moins de complications. « **Le passage à l'échelle est rendu possible quand une infrastructure organisée est en place. Il faut élargir à d'autres types de prévention dans le dépistage ou la vaccination.** »

LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

La prévention ne figure pas dans le code de la santé publique, observe Joël Moret-Bailly. « Les programmes forment des soignants selon le triptyque diagnostic, pronostic, thérapeutique. Le système juridique est organisé autour du soin et pas du tout autour de la prévention. »

De son côté, François Randazzo assure que « les kinés sont en capacité de détecter les problématiques à différents âges de la vie », même s'il reconnaît que « ces enjeux ne sont pas suffisamment abordés dans la formation initiale ». « L'erreur, c'est de vouloir médicaliser la prévention. La solution n'est pas médicale. »

Les pharmaciens ont « un bon bagage de connaissances » selon Éric Myon. « La pratique en interprofessionnalité les rend plus efficaces et sûres ».

Brigitte Feuillebois en appelle à un « virage sociétal ». « Que chacun appréhende sa propre santé. » Il s'agit de « changer les représentations sur la maladie et sur la santé, en considérant la maladie comme la conséquence d'approches individuelles, communautaires, sociétales.

Les comportements et les incitations industrielles ont des conséquences sur la maladie. »



De gauche à droite: Cécile Lambert, François Randazzo, Martine Costedoat

LA RÉFORME DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE

Brigitte Feuillebois estime que la prévention est « inhérente à l'identité de la profession infirmière, dans une approche holistique de la prise en soins », sachant que les infirmier.es n'accompagnent pas forcément des personnes malades. Ils interviennent « en amont de la détection ou du diagnostic médical ».

La DGOS porte la prévention et la promotion de la santé au centre de la réforme, « au regard du renforcement du rôle autonome infirmier, afin de faire davantage de repérages et de dépistages à partir d'un outillage juridique ». Au-delà de la vaccination (autorisée depuis 2023), la loi de juin 2025 introduit l'accès direct aux infirmiers dans le champ de la prévention primaire, mais aussi de l'éducation thérapeutique. Considérée comme « une injonction », l'ordonnance doit bénéficier d'un accompagnement infirmier pour veiller à l'observance ». À cela va bientôt s'ajouter « la ré-ingénierie de la profession des infirmiers puériculteurs » pour améliorer le repérage précoce chez les tout-petits. La consultation infirmière sans prescription médicale, enjeu majeur de la réforme, devra se traduire dans le cadre des négociations salariales.

Cécile Lambert plaide pour « une rémunération incitative ». L'expérimentation Article 51 Équilibres, qui vise une rémunération horaire des infirmières libérales, a montré « son efficacité en santé. » François Randazzo confirme : « cette expérimentation a permis de redonner du sens au terrain. » Il est preneur pour « l'appliquer à la kiné ».

RETOURS D'EXPÉRIENCE SUR LES BILANS DE PRÉVENTION

À la fin 2025, 350 000 bilans de prévention ont été réalisés. 4 professions peuvent les pratiquer. Ils ciblent les personnes vulnérables. « Ce dispositif n'a pas atteint sa maturité, déclare Stéphanie Deschaume. C'est une étape qui s'inscrit dans un parcours avec un plan de prévention à la clé. »

Pour Éric Myon, ce bilan est une bonne porte d'entrée, mais il est « trop léger ». Par exemple, un pharmacien ne peut pas prescrire de bilan sanguin. La CPTS Paris 8 l'a utilisé pour en faire un « outil efficace », en relançant sur la vaccination et la prévention du cancer, et en réorientant le patient dans le système de soins. « L'interpro y a associé un autoquestionnaire sur la nutrition, avec un suivi des recommandations. »

Pour François Randazzo, le bilan de prévention est fondamental, mais il faut « le généraliser à toutes les professions de santé », et en aval, « mieux structurer les parcours de prévention dans la durée ».

Joël Moret Bailly



Éric Myon



LES DÉPISTAGES ORGANISÉS À LA PEINE

Laurent Escudie constate que seulement 34% des patients réalisent le dépistage du **cancer colorectal** (17 000 décès alors qu'il est curable dans neuf cas sur dix s'il est dépisté précocement). Le kit de prélèvement est donné par le médecin traitant ou le pharmacien. « Les biologistes sont en capacité de donner ce kit, de sensibiliser et d'expliquer. » Stéphanie Deschaume indique que la Cnam souhaite ouvrir ce dépistage aux infirmières. Concernant le **cancer du col de l'utérus**, « nous passons à côté de 40% des femmes à cibler », poursuit Laurent Escudie, malgré l'ouverture aux médecins, gynécologues, sage-femmes et biologistes. Il signale un outil digital en test à Centre-Val-de-Loire, pour que le biologiste puisse « vérifier l'éligibilité au dépistage de ses patients, proposer le prélèvement ou lui donner un kit ». Dans le cadre des protocoles de coopération, Brigitte Feuillebois évoque la possibilité pour les infirmier-es de réaliser des actes afin de repérer l'éligibilité au dépistage du cancer du col de l'utérus et de les réaliser. Un dispositif semblable est attendu sur le cancer pulmonaire.

Laurent Escudie déplore enfin l'absence de dépistage organisé sur le **risque cardiovasculaire** (1,2 million d'hospitalisations, 140 000 décès par an). « Il faut s'appuyer sur des bilans complets, multi-paramétriques, du type Cardio SCORE2, très efficaces dans beaucoup de pays européens ». Par ailleurs, un dépistage assez similaire existe pour les **maladies rénales chroniques** (recommandé par la HAS), mais « seulement 18% de patients ciblés le réalisent ». Stéphanie Deschaume indique que la Cnam a l'intention d'ouvrir aux pharmaciens la mesure de la tension artérielle tout au long de l'année.

Pour Éric Myon, « le **dépistage du diabète** ne sert à rien, à part dire au patient qu'il a 5 grammes de sucre dans le sang, sauf à pouvoir le réorienter dans ce cas dans un parcours de soins, et c'est la force de l'interpro. » Il plaide pour « des parcours complets avec de la biologie en délocalisé » sur le diabète, l'endométriase, le mélanome, l'insuffisance rénale ou cardiaque.

« ALLER VERS... » DES PISTES D'AMÉLIORATION ?

Cécile Lambert évoque une expérimentation Article 51 *Centres de santé sexuelle d'approche communautaire* qui est passée en droit commun. « Tout se fait au même endroit : diagnostic, biologie et traitement. Ce dispositif permet d'atteindre des populations très vulnérables. »

Stéphanie Deschaume reconnaît que l'Article 51 a explosé les codes et les organisations autour de la délégation de tâches, de l'exercice coordonné et de formes de rémunération innovantes. La Cnam dit « capter les résultats » pour faire entrer dans le droit commun « les projets significatifs ».

Le temps presse. Les inégalités territoriales sont une réalité. Joël Moret-Bailly attire l'attention sur « les frontières économiques ». « Les fédérations professionnelles de la santé défendent leurs propres intérêts » et il peut arriver qu'elles « freinent » les velléités.

Laurent Escudie souhaite un « choc de simplification », à la fois pour les patients et pour les professionnels de santé. Il cite l'exemple de la grippe saisonnière sur les +65 ans ; seulement un patient sur deux se vaccine, ce qui explique les 17 000 décès en 2024/2025. Et pourtant, ces patients fréquentent les laboratoires (500 000 visites par jour).

« Actuellement, on n'a pas le droit de proposer le vaccin. » La communauté des biologistes souhaite « lever cette barrière – à la rigueur utiliser des modules d'éligibilité –, et élargir au dépistage de cancers ou de maladies chroniques. »

La Cnam redouble d'efforts pour améliorer les outils. « À travers la convention médicale, le forfait médecin traitant lui permet d'avoir une visibilité sur tout acte de prévention, quel que soit le lieu ou le professionnel de santé », rappelle Stéphanie Deschaume. Mon espace santé « révolutionne la capacité de coordination ». La Cnam noue des partenariats avec la DNS et tout ce qui l'engage vis-à-vis des professionnels de santé. C'est un sujet majeur. « On estime à 17 millions le nombre de personnes en hypertension artérielle, dont la moitié l'ignore. » Cela relève de « l'organisation territoriale », en lien avec un « outillage informatique » parfaitement coordonné.

François Randazzo signale que le Centre d'Innovation et d'Usages en Santé (CIUS) a fait appel à « des sociologues pour les guider dans la construction du parcours patient sur des applications mobiles. »

Pour Martine Costedoat, il faut « sortir des lieux de soin dans un cadre de confiance », par exemple en faisant entrer les associations et les infirmier.es en milieu scolaire. Brigitte Feuillebois précise que la loi de juin 2025 prévoit la création d'une spécialité infirmière dans le champ de la santé scolaire et universitaire. Elle conseille également « le déplacement d'équipes pluridisciplinaires dans les centres commerciaux ». Plus étonnant, elle assure qu'on peut obtenir « de bons résultats chez les esthéticiennes » (notamment sur l'observance ou l'activité physique) « sous réserve d'une formation ».

Les pistes sont multiples, et très ouvertes.

De gauche à droite:
Éric Myon,
Brigitte Feuillebois,
Cécile Lambert,
Stéphanie Deschaume,
Martine Costedoat,
François Randazzo,
Joël Moret-Bailly



CLÔTURE

ÉVALUER, COORDONNER, PILOTER, FINANCER

Docteur Cyrille ISAAC-SIBILLE, député du Rhône

Pour clore ces 2^e Assises, l'élu revient sur la mission gouvernementale qu'il conduit actuellement avec Franck Chauvin. **Il s'agit d'abord de « dresser un inventaire des politiques publiques en matière de prévention primaire ».** Pas facile. Les données sont très nombreuses, multiples, et elles ne sont pas regroupées. Le SNDS regroupe des données de remboursement et ne reflète en rien l'état de santé de la population. Il faut aller chercher dans les PMI, la médecine scolaire et la médecine du travail.

En fonction des lieux de vie, l'élu essaie de voir « comment peut fonctionner une prévention primordiale chez l'enfant à l'école, chez l'adulte au travail, chez la personne âgée en établissement ». **La question de l'évaluation des actions de prévention primaire est centrale.** Dans un précédent rapport sur la santé des jeunes (2018), Cyrille Isaac-Sibille avait dénombré 36 000 actions de prévention, dont seulement 10 étaient évaluées. « Sans évaluation, ça ne marchera pas. » À qui doit être confiée cette expertise ? À la HAS, à Santé Publique France, à l'ANSES ? Est-ce que la prévention primaire doit relever de la santé ? Pas forcément. C'est une politique publique transversale, et le dernier comité interministériel concernant la santé remonte à 2022. Pour rappel, l'INCa est placé directement sous l'autorité du Président de la République... Pour qu'une politique fonctionne, il faut un portage politique, une gouvernance. L'État doit poser le cadre, charge aux acteurs d'agir sur le terrain. Et là encore, il va falloir être très imaginatif pour **coordonner et piloter** les services de l'État (ARS, SST...), de l'éducation nationale, les caisses de sécurité sociale (CPAM, CAF, CARSAT...) et les effecteurs, c'est-à-dire vous et moi. **Qui fait quoi ?** Il faut définir le rôle des élus, des professionnels de santé, du médecin scolaire, du médecin de PMI, du médecin du travail... Dans les territoires, on trouve beaucoup de plans qui ne sont jamais évalués. Il existe 62 plans nationaux de prévention dans l'environnement, l'alimentation, le sport, etc. Comment arrivent-ils sur le terrain ? Il y a un besoin de coordination.

Dernier sujet : **le financement.** « Le soin fonctionne parce qu'il y a un marché et un acheteur unique qui est l'assurance maladie. » Pour la prévention, le marché existe-il ? « Un petit peu sur la prévention secondaire et tertiaire... mais sur la prévention primaire, que peut-on vendre ? » Il faut donc réfléchir à « un mode de financement ». Dès lors qu'on génère des économies dans le système, l'assurance maladie devrait reverser ces économies. Mais pour cela, il faudrait d'abord convaincre les investisseurs sur la base de données probantes et d'évaluations solides. « Agir dans une approche populationnelle et en fonction des déterminants de santé, les gens y croient plus ou moins dès lors qu'une complémentaire, une collectivité ou une entreprise met de l'argent sur la table. » Quel est le retour financier en réalité ? Cyrille Isaac-Sibille veut croire aux « actions court-termistes ».

« En prévention primaire, certaines actions fonctionnent à deux trois ans. Commençons avec celles-là. Quand l'État, l'assurance maladie, les collectivités et les entreprises verront un retour financier et que ces politiques fonctionneront, alors on pourra trouver des financements. »



AROMATES RELATIONS PUBLIQUES

169, rue d'Aguesseau
92100 Boulogne-Billancourt
aromates@aromates.fr
www.aromates.fr

Document rédigé par Nicolas Brizé
Photographies : Julien Hananel
Création graphique : Delphine Cormier

AVEC LE SOUTIEN DE



EN PARTENARIAT AVEC



Sous le parrainage
de madame Stéphanie RIST,
ministre de la Santé,
des Familles, de l'Autonomie
et des Personnes handicapées