Fondation groupe APRIL
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
contact@fondation-april.org

SCIENCES COMPORTEMENTALES ET SANTÉ

REGARDS CROISÉS AU CŒUR DU CHANGEMENT

LES CAHIERS EXPERTS DE LA FONDATION APRIL

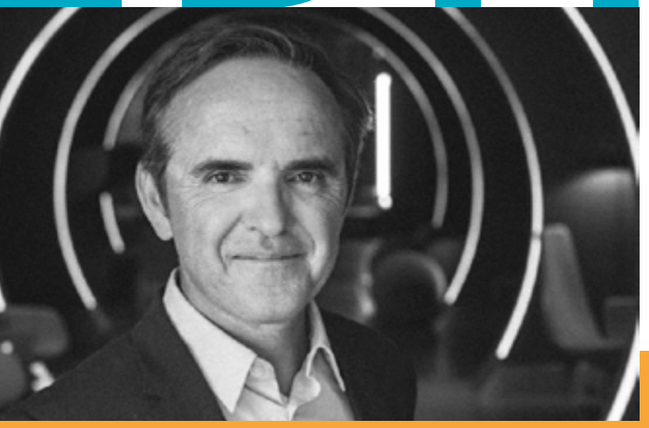
SCIENCES COMPORTEMENTALES ET SANTÉ

REGARDS CROISÉS AU CŒUR DU CHANGEMENT

LES CAHIERS EXPERTS DE LA FONDATION APRIL

FONDATION april

EDITO



Éric Maumy,
Président du groupe APRIL

Notre système de santé, l'un des plus protecteurs au monde, fait face à un enjeu majeur : celui de sa pérennité et de son efficacité au regard des nombreux défis que posent l'évolution des modes de vie des Français, les progrès scientifiques et technologiques, les difficultés rencontrées par les établissements et les professionnels de santé, l'accroissement des inégalités sociales et territoriales, l'apparition de nouvelles pathologies dont la complexité s'accroît…

En toile de fond de tous ces défis se trouve la question du financement du système de santé et des voies encore non explorées pour y contribuer, en particulier la prévention en santé qui a jusqu'alors été dans l'angle mort des politiques publiques.

Chez APRIL, nous avons la conviction qu'il est possible de construire une culture autour de la promotion de la santé et qu'il est indispensable de mettre en œuvre une politique systémique de prévention. En renouvelant la Fondation APRIL, outil d'intérêt général et prospectif, nous réaffirmons notre volonté de défricher de nouvelles thématiques d'études et de recherches, d'explorer et d'expérimenter de nouvelles approches de promotion de la santé et de la prévention, de partager nos apprentissages et de fédérer tous les acteurs sur l'ensemble des territoires, au plus proche des individus, des populations et des professionnels de santé.

Nous sommes fiers d'engager la Fondation APRIL dans cette nouvelle voie, de contribuer à accélérer le changement et de faire de la promotion de la santé et de la prévention un enjeu central pour la décennie à venir.

Céline Falco,
Médecin urgentiste SOS Médecins,
Présidente de la Fondation APRIL

La santé est la combinaison de facteurs et de variables multiples sur lesquels chacun a plus ou moins la main : l'hérédité, l'environnement, la structure familiale, le milieu social, l'hygiène de vie, pour n'en citer que quelques-uns.

Promouvoir la santé et prévenir la maladie nécessite une approche holistique alliant rigueur scientifique et pluridisciplinarité.

La promotion de la santé et la prévention constituent des territoires d'expertises et d'expérimentations immenses sur lesquels œuvrent déjà de nombreux acteurs publics, associatifs et privés. Pour concentrer son action et amplifier son impact, la Fondation APRIL a choisi d'explorer une dimension jusqu'ici relativement peu étudiée en profondeur en France : les sciences comportementales en santé.

Que peuvent nous apprendre les neurosciences, la psychologie sociale, les sciences cognitives, la sociologie, l'anthropologie, etc. pour nous aider, professionnels du soin mais aussi acteurs de terrain non spécialistes des questions de santé à modifier durablement les comportements et contribuer à construire et développer un état de santé optimal des populations et des individus ? C'est ce que nous nous proposons de déterminer, au sein de la nouvelle Fondation APRIL, en étant un facilitateur de dialogue, d'innovation et d'action entre l'ensemble des parties prenantes.

SOMMAIRE

P.8 **SCIENCES COMPORTEMENTALES ET SANTÉ, UNE APPROCHE INNOVANTE POUR MIEUX AGIR**

P.10 **Les sciences comportementales pour la promotion et la prévention en santé : principes, actualités et enjeux**
Le regard expert de Nicolas Fieulaine

P.18 **Le *behavioral design*, une approche de la conception influencée par les sciences comportementales**
Le mot de Frédérique Pain

P.20 **PRENDRE DE LA HAUTEUR**

DU *CURE* AU *CARE*, UNE VISION HOLISTIQUE POUR TRANSFORMER LES COMPORTEMENTS DE SANTÉ

P.22 Les regards experts de Daniel Benamouzig et Henri Bergeron à travers le prisme des sciences politiques

P.30 **FÉDÉRER ENCORE**

LA SANTÉ, LA RESPONSABILITÉ DE CHACUN ET L'ACTION DE TOUS POUR INSUFFLER LE CHANGEMENT

P.32 Le regard expert de Serge Guérin à travers le prisme de la sociologie

P.36 Réconcilier prévention et plaisir, une alternative efficace à une approche santé culpabilisante ?
Le mot de Michel Billé

P.38 **PENSER PLUS LOIN**

COORDINATION ET PROXIMITÉ SUR LE TERRITOIRE POUR FAIRE AVANCER LA PROMOTION SANTÉ

P.40 Le regard expert de Daniel Guillerm à travers le prisme des infirmiers

P.44 Repenser le système de santé entre les différents acteurs : une nouvelle répartition des rôles pour plus d'efficacité ?
Le mot de Laure Millet

P.46 **VOIR PLUS GRAND**

MULTIPLIER LES CONNEXIONS POUR MIEUX TRANSMETTRE L'INFORMATION

P.48 Le regard expert de Jean-Christophe Masseron à travers le prisme de la médecine

P.52 La data, un outil d'avenir au service de la recherche et de la santé ?
Le mot de Stéphanie Combes

P.54 **INITIER LE PROGRÈS**

Le regard de la Fondation APRIL

P.58 **REMERCIEMENTS**

FONDATION april

SCIENCES COMPORTEMENTALES ET SANTÉ, UNE APPROCHE INNOVANTE POUR MIEUX AGIR

Les sciences comportementales pour la promotion et la prévention en santé : principes, actualités et enjeux

Parmi les enjeux des approches en prévention et en promotion de la santé, la question des changements de comportement est centrale.

Au-delà des connaissances, des prises de conscience et des intentions, l'état de santé des populations dépend pour une large part des comportements qui seront mis en œuvre, qu'il s'agisse de comportements de prévention des risques ou de comportements favorables à la santé.

Depuis de nombreuses années, les études ont démontré la grande différence qui existe entre les connaissances, la prise de conscience, voire les intentions et les comportements effectifs. Ce que l'on appelle le « fossé » entre les connaissances et les comportements est l'objet d'étude privilégié des sciences, dites « comportementales ».

Les sciences comportementales rassemblent les disciplines scientifiques qui étudient les sources du comportement humain et qui explorent les leviers qui peuvent amener des individus ou des groupes à changer leurs usages et leurs habitudes de vie.

Ces sciences comportementales sont plurielles et correspondent à des disciplines différentes, telles que les sciences cognitives, qui se centrent sur la perception et le raisonnement humain, les neurosciences, qui explorent les mécanismes de fonctionnement du cerveau, ou encore la psychologie et la psychologie sociale, qui s'intéressent aux modes de pensée et aux états d'esprit individuels et collectifs. Les travaux dans ces disciplines ont démontré qu'il était possible de comprendre, voire d'expliquer les comportements des individus, en particulier dans le domaine de la santé. En tenant compte des dimensions émotionnelles, cognitives et sociales du rapport à la santé et à la maladie, en intégrant les impacts que peuvent avoir les environnements de vie dans les choix et les décisions concernant notre santé, ou encore en analysant les dynamiques de communication qui nous influencent sur les sujets de santé, les sciences comportementales ont mis au jour les principaux déterminants de nos comportements de santé.

Nicolas Fieulaine,
Chercheur en psychologie sociale,
Université de Lyon

Chercheur en psychologie sociale à l'Université Lyon 2, Nicolas Fieulaine enseigne actuellement à l'INSP sur l'intégration de la psychologie sociale dans la conception des politiques publiques.

Il a créé le Master de Psychologie Sociale Appliquée à Lyon et co-fondé un réseau mondial de chercheurs en SHS sur la perspective temporelle. Ses recherches portent principalement sur les temporalités et visent à comprendre le rapport que les individus et les groupes entretiennent au changement, l'impact des contextes sur les expériences et comportements quotidiens et le rôle joué par l'action publique et la participation sociale dans les enjeux liés à l'environnement. Une grande partie de son activité actuelle consiste à accompagner les acteurs de terrain (associations, institutions, ONG…) dans la conception et l'expérimentation de dispositifs et actions d'accompagnement au changement.

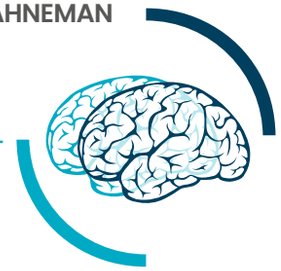
Sciences comportementales et systèmes de décisions

Les travaux ont démontré que de nombreux réflexes ou raccourcis cognitifs interfèrent dans nos choix et dans nos comportements, de manière souvent imperceptible. Par exemple, nous pouvons avoir une tendance à privilégier les conséquences que nous percevons à court terme plutôt que les conséquences à long terme dans le choix de nos comportements (la préférence pour le présent) ou encore on peut avoir tendance à s'en remettre à ce que l'on appelle l'option par défaut, c'est-à-dire le choix le plus évident ou le plus facile au moment de notre décision.

LES SYSTÈMES DE PENSÉE SELON KAHNEMAN

intuitif /pressentiment
raccourcis /rapide

SYSTÈME 1



SYSTÈME 2

rationnel / systématique
réfléchi / lent

Source : *Thinking, Fast and Slow*, ouvrage publié en 2011 par Daniel Kahneman

L'activation de ces raccourcis dépend de l'environnement, qui sera plus ou moins capable de nous encourager à prendre un temps de réflexion ou de recul avant de prendre nos décisions et ainsi à passer d'un système que l'on appelle le système 1 (système intuitif, rapide et automatique de décision), au système que l'on appelle le système 2, plus réflexif et faisant davantage appel à nos connaissances qu'à nos habitudes ou réflexes de pensée.

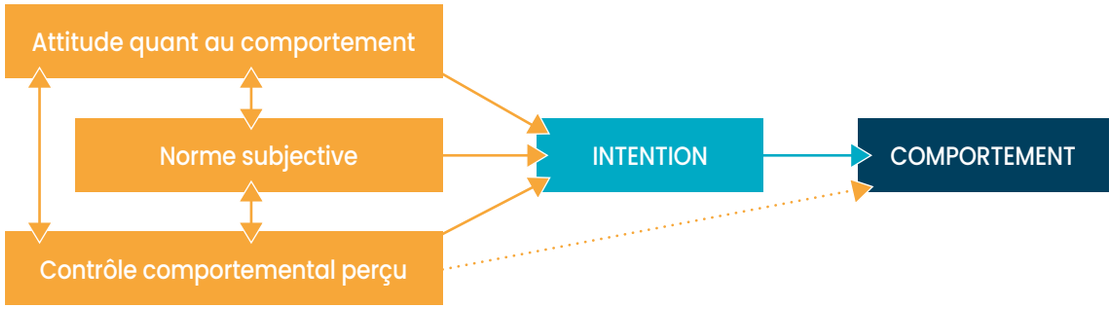
Par ailleurs, les travaux ont largement décrit le fait qu'un changement de comportement demande d'abord à faire naître une intention de changer son comportement. Cette intention repose sur quelques paramètres importants pour pouvoir être suffisamment durable et forte et surmonter d'éventuels obstacles.

Trois éléments en particulier contribuent à forger des intentions solides et durables : d'une part, l'attitude à l'égard du comportement qui correspond à l'image émotionnellement marquée (positivement ou négativement) qu'on peut avoir d'un comportement. Au-delà des connaissances, la question des attitudes est celle du goût et du désir que l'on a pour un comportement et du plaisir qu'on imagine avoir à le réaliser.

En second lieu interviennent les normes sociales, c'est-à-dire l'image que l'on a du comportement des autres et de ce qu'il est bien vu de faire. Elles influencent profondément nos choix et nos décisions, étant donné que l'image sociale, en particulier dans son groupe d'appartenance, est une motivation essentielle dans les choix et les comportements humains.

Enfin, ce que l'on appelle le contrôle comportemental, qui correspond au sentiment de notre capacité à réaliser un comportement, la croyance qu'on a dans la probabilité de réussir et la perception que l'on a de notre efficacité dans la réalisation du comportement.

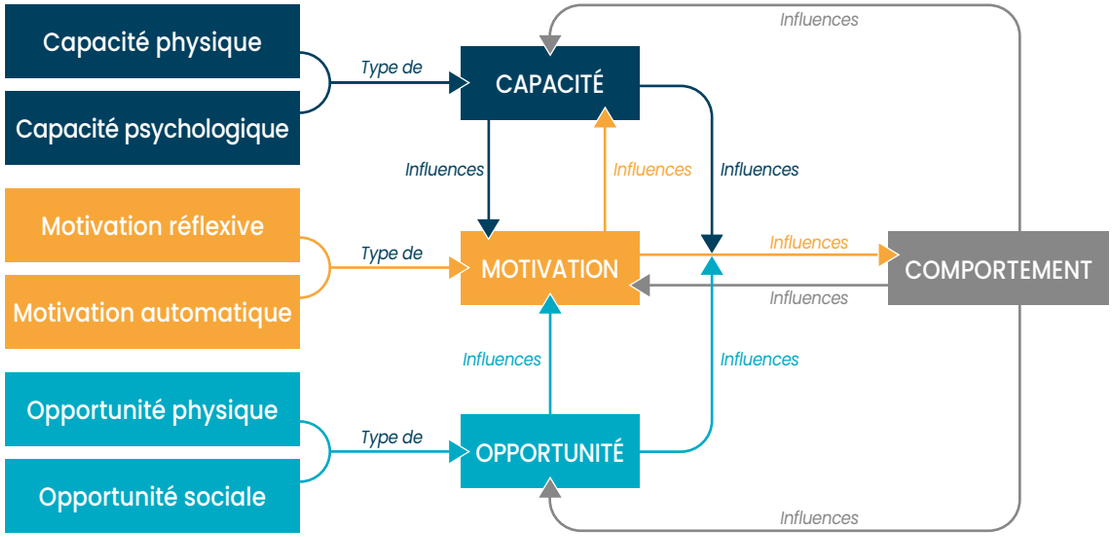
DE L'INTENTION À L'ACTION



Pour résumer ces travaux à travers un modèle plus récent, pour comprendre et changer les comportements, il faut prendre en compte les dimensions essentielles qui le déterminent et qui reposent sur des motivations (explicites et implicites), des opportunités d'agir (par le contexte et la norme) et des capacités (objectives et perçues) à réaliser le comportement.

Source : Ajzen, 1991

LES FACTEURS D'INFLUENCE DU COMPORTEMENT



Source : Michie & al., 2011

Ces différents modèles permettent de mettre en évidence les leviers qui peuvent être activés pour favoriser des changements de comportement pour aller vers des comportements plus favorables à la santé, en tenant compte des influences environnementales. En effet, les intentions peuvent permettre de mieux résister à un environnement qui, par exemple, pourrait encourager des comportements défavorables à la santé. Par ailleurs, ces travaux soulignent le rôle des environnements dans la construction des attitudes, des normes, ou des sentiments de capacité. Les lieux où on agit, les informations que l'on reçoit, les interactions que l'on peut avoir avec d'autres personnes sont des éléments essentiels de construction des ingrédients des intentions, qui ne reposent donc pas seulement sur la volonté individuelle, mais résultent de l'interaction entre les personnes et leur environnement.

L'évolution des champs d'application des sciences comportementales

Ces constats ont amené à ouvrir de nouveaux champs d'intervention, consistant à intervenir sur les environnements de perception et de décision afin d'encourager des changements de comportement (ce qu'on appelle les *nudges*).

Par exemple, l'incitation à l'activité physique peut passer par des informations répétées et une éducation à la santé, mais elle peut aussi passer par un travail sur les environnements, qui peuvent devenir davantage incitatifs et encourager les personnes à adopter des pratiques plus favorables à la santé.

Par exemple, un escalier repeint à côté d'un escalator encourage et facilite le passage à l'action et crée une expérience positive qui favorise la répétition du comportement.

Ou encore, la réorganisation de la façon dont des aliments sont proposés dans des cafétérias peut réduire la consommation de gras, de sucre ou de viande en rendant les options favorables à la santé plus faciles et évidentes à choisir.

Projet MONTE, Lyon, 2014

Les facteurs à l'origine des comportements de santé

La nécessité de bien comprendre quels sont les leviers et les freins à l'adoption des comportements sur les volets cognitifs, psychologiques et sociaux, se pose d'autant plus lorsqu'on analyse les inégalités sociales de santé. Celles-ci se construisent à travers des facteurs structurels (niveau de vie, environnement, accès aux soins et à la santé…), mais également au travers du faible impact que peuvent avoir des démarches de promotion de la santé ou encore des campagnes de communication pour la prévention des risques.

Par exemple, la prise en compte d'un facteur tel que le rapport au temps permet de mieux comprendre comment des discours et des interventions en prévention ou en promotion de la santé peuvent être non seulement ineffectifs, mais parfois même contre-productifs. Ainsi, dans les situations de précarité, où le rapport au futur est questionné voire rendu impossible par l'insécurité sociale vécue, la diffusion de messages consistant à mettre en avant les bénéfices futurs de comportements qui peuvent être coûteux dans l'immédiat peut conduire à surestimer les coûts et à sous-estimer les bénéfices de pratiques de santé.

Dans ce cas, les messages de santé publique peuvent se révéler non seulement inopérants mais contribuer à produire des inégalités sociales de santé. Nous avons ainsi montré dans différents travaux de recherche que l'exposition aux campagnes de santé publique pouvait réduire l'intention de réaliser le comportement promu pour les personnes les moins orientées vers le futur.

Ainsi, comprendre les dispositions psychologiques, cognitives et sociales des publics auxquels on s'adresse permet de favoriser le déploiement d'actions plus adaptées et surtout qui permettent de prévenir les effets contre-productifs de démarches qui reposeraient sur des considérations prises pour acquis, alors qu'elles ne sont pas partagées par les populations que l'on cherche à convaincre ou à accompagner.

Les sciences comportementales : une vision transverse

Si les sciences comportementales offrent un cadre de compréhension des représentations et des pratiques liées à la santé, leur application n'a de pertinence que dans certaines limites et leur utilisation abusive peut conduire à détourner l'attention des vrais problèmes structurels qui génèrent des problématiques de santé.

Ainsi, se centrer sur les changements de comportement est pertinent dans les situations où les acteurs ont effectivement le choix de changer leurs pratiques et les ressources pour opérer ce changement.

Si, par exemple, le paysage alimentaire ne permet pas de se tourner de façon accessible vers des aliments de meilleure qualité, encourager les changements de comportements pourra avoir un effet contre-productif et susciter de manière légitime des réactions négatives.

Le recours aux sciences comportementales doit donc toujours être conditionné par une analyse de l'espace des choix qu'ont les publics, les ressources non seulement matérielles et financières mais également psychologiques qui peuvent leur permettre d'opérer les changements promus. Enfin, en s'assurant que l'environnement permet effectivement l'adoption de pratiques plus favorables à la santé.

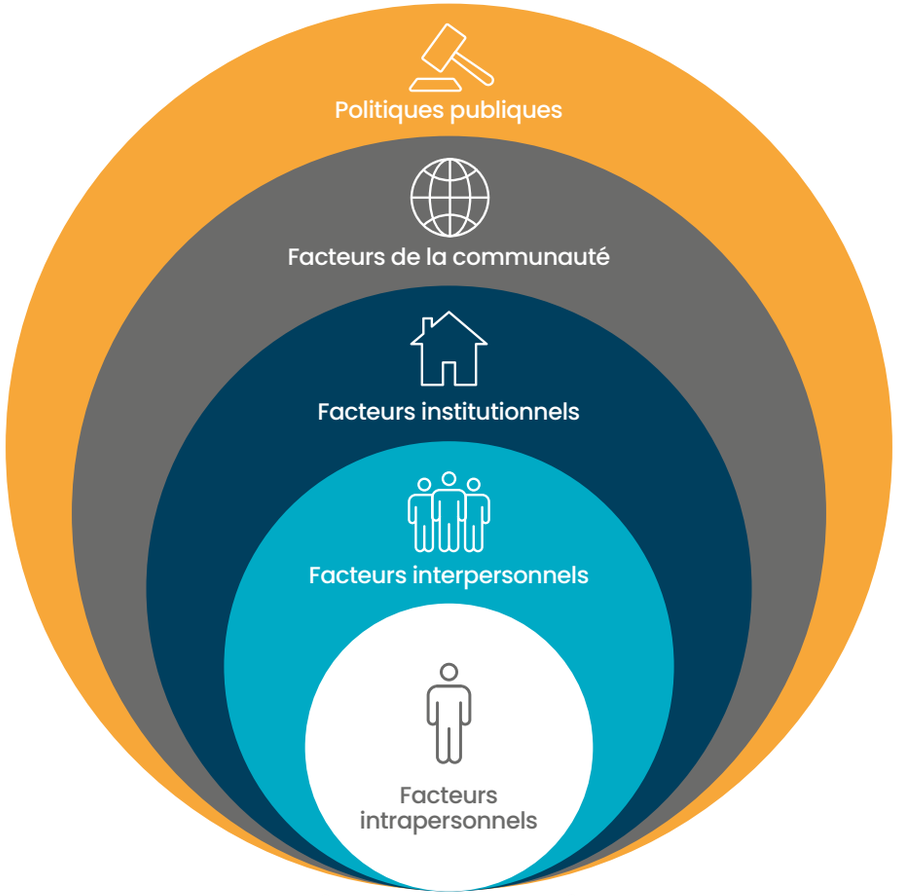
Ainsi, différents niveaux d'analyse et d'intervention cohabitent, qui tous peuvent mobiliser les sciences comportementales de manière différente, en retravaillant les politiques publiques, en intervenant aux niveaux collectifs et communautaires, en intervenant sur les situations d'interactions ou en accompagnant des changements plus individuels.

Dans le domaine des sciences comportementales, comme dans d'autres, les possibilités d'intervention sont multiples et souvent complémentaires.

Si certaines peuvent se concentrer davantage sur les mécanismes psychologiques automatiques, d'autres vont plutôt travailler sur l'accompagnement d'une prise de conscience et d'une réflexion par rapport à sa santé.

Il paraît essentiel de souligner que, dans tous les cas, le changement durable, collectif et finalement autonome des pratiques de santé repose avant tout sur le développement des capacités et des ressources psychosociales mobilisables par les publics, qui soutiendront de nombreux changements dans les modes de vie et que cet enjeu des capacités est commun aux problématiques de santé, de transition écologique ou encore d'insertion pour les publics les plus fragiles.

INTERDÉPENDANCE DES FACTEURS D'INFLUENCE



Source : Bronfenbrenner, 1986

Le *behavioral design**, une approche de la conception influencée par les sciences comportementales

LE MOT DE FRÉDÉRIQUE PAIN

Le design concerne tous les secteurs. Il apporte une vision essentielle centrée sur l'usage. Dans le domaine de la santé, lorsqu'il est confronté à des patients, le designer conçoit des réponses pour leurs besoins spécifiques.

Le *behavioral design* s'avère alors très utile. Ce champ de recherche s'intéresse à la fois à la culture, à l'environnement social et aux comportements d'une patiente ou d'un patient. Il permet ainsi d'assimiler les imaginaires que les personnes associent à certains outils, de les partager et de mieux répondre à une forte demande d'accompagnement des patients au-delà du cadre clinicien.

L'affordance désigne une forme qui évoque une fonction et qui induit une action réflexe que nous développons face à un mode d'action, comme une poignée de porte ou l'ouverture d'un robinet d'eau. C'est pourquoi l'étude des affordances est un exemple d'outil primordial utilisé en design pour accompagner un usage par l'esthétique formelle.

En ce qui concerne les nouvelles technologies, le designer doit travailler en collaboration avec des experts des sciences comportementales afin de développer de nouvelles affordances.

Les compétences en création du designer deviennent alors centrales pour concevoir des solutions aussi efficaces, efficientes, utiles, utilisables, séduisantes tout en étant innovantes et efficaces.

*Le design comportemental

Frédérique Pain,
Directrice de l'École Nationale Supérieure de Création Industrielle (ENSCI)

Forte d'une expérience professionnelle de près de vingt ans en design, Frédérique Pain est Directrice de l'École nationale supérieure de création industrielle (ENSCI).

Elle a dirigé des activités de recherche et d'innovation au sein des laboratoires Bell (les « Bell Labs »). En 2013, elle a été la Directrice de recherche de STRATE École de Design puis est devenue la Directrice du campus de Paris. Son projet pour l'ENSCI est notamment de valoriser, sur les plans national et international, cette école unique qui allie les enjeux du design et de la création industrielle à ceux de la recherche, de l'entrepreneuriat et les problématiques sociétales, économiques et environnementales.

L'impact de la démarche du design dans le domaine de la santé

EXEMPLES D'APPLICATIONS DE L'ENSCI, LES ATELIERS

DESIGN & RECHERCHE TECHNOLOGIES, INNOVATION, USAGES ET SERVICES

Les sciences comportementales constituent un outil d'observation et de description précieux.

Grâce aux enseignements de la psychologie sociale, cognitive, de la psychologie du travail ou encore de l'anthropologie, le designer est à même de comprendre les problématiques d'usage et les raisons pour lesquelles certaines personnes agissent d'une certaine manière.

HÔPITAL & TRANSFORMATION

- **Centre hospitalier national d'ophtalmologie**

Réflexions sur le concept et la programmation d'une plateforme transversale d'accueil, d'accompagnement, de prévention et de formation des patients malvoyants. Le projet consistait à développer une signalétique permettant aux patients malvoyants d'arriver en autonomie au lieu souhaité.

Atelier de Projet Invité,
Gaël Guillou et Lucile Sauzet (2022)

SANTÉ MENTALE & ÉTHIQUE

- **GHU Paris Psychiatrie neurosciences Lab-ah, Laboratoire accueil & hospitalité**

PsySon - Approche sensorielle et cognitive dans le domaine de la santé mentale. Développement et expérimentation d'un dosseret, muni d'un programme acoustique nouveau émettant des vibrations destinées à apaiser les états de crise des patients.

Studio Créatif Design sonore,
Roland Cahen (2018 - 2019 - 2022)

Prendre de la hauteur

DU *CURE* AU *CARE*, UNE VISION HOLISTIQUE POUR TRANSFORMER LES COMPORTEMENTS DE SANTÉ

Les regards experts de Daniel Benamouzig et Henri Bergeron à travers le prisme des sciences politiques

Quel regard portez-vous sur la prévention santé en France ?

Daniel Benamouzig

La politique de prévention ne constitue pas traditionnellement la force principale du système de santé français.

Il existe des politiques de prévention installées de longue date dans toute une série de domaines, par exemple en matière de dépistage du cancer et nous disposons de politiques qui jouent sur les grands déterminants de la détérioration de la santé, en particulier sur le tabac.

Cependant, dans ses grands traits, le système de santé français semble consacrer peu de moyens à la prévention.

La démarche de prévention semble très nettement défavorisée par rapport aux démarches curatives.

« La prévention, en France, est définie en référence à l'accès aux soins, plutôt que par rapport à la préservation d'un état de bonne santé, qui nécessiterait de se positionner vis-à-vis de ses grands déterminants - les modes de vie, les modes de logement, les moyens de transport.... plus encore que de la maladie. »

Autant d'éléments qui ne sont pas directement médicaux ou médicalisés, qui n'ont probablement pas vocation à l'être et qui sont clés dans la constitution de l'état de santé d'une population.

D'une certaine manière, nous restons otages de ce système à dominante curative, jusque dans les concepts et dans la représentation collective que nous nous faisons de la bonne façon d'en sortir.

Henri Bergeron

Il existe un tropisme curatif des politiques de santé françaises. Par ailleurs, nous constatons une tendance des pouvoirs publics à cibler des comportements individuels néfastes pour la santé.

Ils cherchent à faire en sorte que les gens fument moins, boivent moins d'alcool, fassent plus de sport... Les représentations que nous avons des ressorts sur lesquels il faut agir sont en premier lieu individuels.

Cela sert de fondement à de grandes campagnes de santé publique mises en place par l'État et tend également à favoriser des travaux en sciences comportementales qui cherchent à encadrer les comportements.

Or, nous pouvons nous apercevoir que les comportements non favorables à la santé ne sont pas du tout aléatoirement distribués dans l'espace social.

Les fumeurs résistants et récalcitrants sont par exemple plus nombreux au sein des populations qui souffrent de situations socio-économiques difficiles.

« Les déterminants des comportements de santé ne peuvent pas être réduits à des déterminants de type individuel, mais ils renvoient à des facteurs plus collectifs. »

Une vraie politique de santé, c'est en premier lieu une politique de l'emploi, une politique du logement, une politique de lutte contre la pauvreté.

Une majorité de Français connaît les bons comportements à adopter et ceux qui sont néfastes pour la santé.
Pour autant, ils ne les traduisent pas toujours en actions.
Comment l'expliquez-vous ?

Henri Bergeron

« Les comportements alimentaires ou les pratiques addictives, qui constituent les grands déterminants de la santé, sont des comportements très socialement encastrés. »

La sociologie permet par exemple de comprendre les modes d'alimentation des familles, qui varient largement en fonction des catégories sociales.

Sur les questions de surpoids, nous savons par exemple que certaines catégories sociales considèrent l'embonpoint comme le signe que l'on sait bien s'occuper d'un enfant et le fait d'être un peu grassouillet constitue en réalité un indicateur de bonne santé.

Daniel Benamouzig,
Sociologue, directeur de recherche au CNRS, Titulaire de la Chaire Santé de Sciences Po

Daniel Benamouzig est sociologue, directeur de recherche au CNRS au Centre de Sociologie des Organisations.

Il est titulaire de la Chaire Santé de Sciences Po et Président du Conseil scientifique de l'École des Hautes Études en Santé Publique. Il est membre du Conseil national de l'alimentation et a été membre de nombreuses instances dans le champ de la santé publique.

De 2020 à 2022, il a notamment été membre du Conseil scientifique Covid-19. Ses travaux portent sur les institutions et sur la régulation du secteur de la santé. Daniel Benamouzig a un intérêt pour les acteurs et les raisonnements économiques. Il est l'auteur de nombreux articles scientifiques et de plusieurs ouvrages, parmi lesquels, avec Joan Cortinas-Munos, Des Lobbys au menu, les entreprises agroalimentaires contre la santé publique, paru en 2022 (Éditions Raisons d'agir).

Par conséquent, nous ne pouvons pas uniquement considérer les déterminants psychologiques, puisqu'ils sont eux-mêmes façonnés, travaillés ou pré-contraints par un environnement et par des variables qui relèvent plus proprement de la sociologie.

Par exemple, plusieurs études ont été réalisées pour essayer de comprendre pourquoi il existait des fumeurs résistants et pourquoi l'information sur les risques de l'addiction à la cigarette n'est pas dissuasive.

Ces études montrent qu'au sein des classes sociales plutôt défavorisées, ce que les économistes nomment le calcul intertemporel - soit la capacité dont on dispose à se projeter dans l'avenir - est plus difficile. Gagner quelques années de vie a beaucoup moins de valeur lorsque l'on n'est pas sûr d'avoir sa retraite, par exemple.

Cela est beaucoup plus intéressant lorsque l'on sait que ces années vont être passées dans un certain niveau de confort. Nous constatons donc qu'un grand nombre des comportements d'addiction ne peuvent pas simplement se mesurer à l'aune d'une résistance de type psychologique.

Daniel Benamouzig

Au-delà du rapport au temps, il existe d'autres mécanismes, tels que des formes de déni - pour soi ou de façon plus large - d'une situation qui pourrait se dégrader et qui est donc vécue à distance, sans que les moyens nécessaires pour la surmonter ne soient employés.

« Il est donc nécessaire de penser l'articulation entre des comportements individuels et un environnement construit socialement pour favoriser les bonnes conduites. Cela nécessite des formes d'action collective. La collectivité en question peut être l'État à l'échelle nationale ou territoriale, mais aussi d'autres acteurs, notamment dans le secteur de l'assurance et des mutuelles, ou encore les entreprises, en matière de santé au travail et au-delà. »

Cette articulation entre l'individu et le collectif est, en tous cas, décisive.

LES 4 TEMPS FORTS DE L'ÉVOLUTION DES POLITIQUES DE PRÉVENTION

selon Henri Bergeron

Régime de Vichy 1940 - 1944	**Après-guerre** Après 1945	**Arrivée de Simone Veil au Ministère de la Santé** 1974	**Influence des sciences comportementales** aujourd'hui
Politique hygiéniste massive dictée par les comportements à suivre ou à proscrire	Politique d'information auprès du citoyen	Politique orientée vers la mobilisation des stratégies marché contre marché via les mécanismes d'identifications	Politique de modification de l'architecture de choix
Objectif : imposer les comportements de santé	Objectif : informer pour impulser les prises de conscience en matière de « bonnes pratiques santé » et faire adopter des attitudes rationnelles	Objectif : agir sur les croyances et attitudes des citoyens pour changer les comportements de santé	Objectif : transformer les croyances et attitudes pour influencer les comportements de santé

Note de l'auteur : *Les politiques de prévention ne se substituent pas dans le temps, mais s'accumulent.*

Henri Bergeron,

Coordinateur scientifique de la Chaire Santé de Sciences Po-FNSP, Codirecteur du « domaine santé » aux presses de Sciences Po

Directeur de recherche au CNRS et auteur de l'ouvrage Le biais comportementaliste, Henri Bergeron poursuit ses recherches sur les politiques de santé et les transformations des pratiques et de la profession médicale en étudiant divers objets : drogues illicites, alcool, obésité, recherche médicale, santé publique.

Il mobilise les outils de la sociologie de l'action publique, des mouvements sociaux et surtout de la sociologie des organisations afin de rendre compte des dynamiques à l'œuvre dans les processus de formation de l'action publique et dans ceux qui président aux reconfigurations des champs organisationnels et institutionnels. Il est particulièrement intéressé par les liens entre savoir, expertise et politique, à la transformation numérique des organisations et des champs organisés et, de manière plus générale, au changement institutionnel.

Quels sont les fondements d'une approche basée sur les sciences comportementales ?

Henri Bergeron

Ces sciences recherchent dans les résultats des travaux de psychologie expérimentale ou de psychosociologie, les mécanismes qui permettent d'expliquer que les décisions ne sont pas toujours prises pour son propre bien-être, ou pour le bien de la société. Elles cherchent à expliquer, d'une certaine façon, les écarts vis-à-vis de la rationalité.

« Il existerait des biais cognitifs de toutes natures, sur lesquels il serait nécessaire de jouer pour orienter le comportement des individus sans modifier leurs croyances, leurs convictions, ou leur niveau d'information. »

Il existe par exemple les biais d'ancrage : à partir du moment où l'on demande à des individus d'évoquer une fourchette de chiffres, ils vont avoir tendance à rester à l'intérieur de cette fourchette.

Le biais d'escompte hyperbolique implique une tendance à valoriser un bien ici et maintenant plutôt que dans le futur.

Le biais de routine expliquerait la tendance des individus à ne pas s'arrêter lorsqu'ils sont engagés dans une activité. On va par exemple placer quelques chips rouge à l'intérieur d'un paquet pour susciter la réflexion de la personne.

Le biais d'engagement est également souvent évoqué : une étude sur l'obésité a montré que lorsque les individus paient un traitement pour la perte de poids, ils se sentent davantage contraints que s'ils n'avaient pas payé.

Il existe toute une série de façons de jouer sur ces biais, pour tenter de faire adopter des comportements considérés comme positifs pour la santé et pour le bien public.

En quoi ces mécanismes sont-ils plus efficaces que d'autres approches ?

Daniel Benamouzig

L'une des grandes forces de cette approche est qu'elle est capable de produire des preuves, des évidences quantifiées, expérimentales, mesurables. Cela permet de mettre en place des dispositifs dont on peut quantifier les résultats, à des échelles individuelles.

Les démarches comportementales ont le mérite d'avancer des arguments qui - bien qu'ils simplifient beaucoup la réalité - permettent de parvenir à des conclusions mesurables. Cet élément explique une partie de leur force de conviction, y compris auprès des décideurs publics.

Un succès d'estime qui ne se traduit pas encore vraiment dans la réalité des politiques publiques ?

Daniel Benamouzig

Au sein des espaces de décision publique, chaque problème est d'une très grande complexité, en ce qu'il mobilise un grand nombre d'acteurs aux intérêts divergents. Par conséquent, les mécanismes simples que nous arrivons à faire valoir, à mesurer et à prouver dans les revues scientifiques se retrouvent en décalage par rapport aux enjeux d'une politique réelle.

À partir des sciences comportementales a été élaboré le *nudge*, qui consiste à inciter un individu à agir sans chercher à le contraindre. Quel est son intérêt pour les politiques de prévention ?

Henri Bergeron

« Dans une approche basée sur les sciences comportementales, l'expérimentation réalisée permet d'obtenir des résultats quantifiables, ce qui est nécessairement intéressant pour les décideurs politiques ».

La Prix Nobel d'économie Esther Duflo est par exemple une fervente défenseuse de l'expérimentation comme un instrument de choix de politique publique. Il est néanmoins nécessaire de garder à l'esprit que les conditions de transposition des résultats en situation d'expérience à la vie réelle sont parfois assez décevantes.

Par ailleurs, si la mise en œuvre de politiques de modification de l'architecture peuvent paraître, en première instance, comme ne coûtant pas très cher, il existe souvent « des coûts cachés » : les efforts faits en termes de négociation avec tous les décideurs, de mobilisation des différents publics, d'évaluation des méthodes etc, sont conséquents, comme ce fut le cas pour la mise en place du Nutriscore par exemple.

Ce type de pratiques est assez fréquent dans d'autres domaines que celui de la santé. Nous savons qu'Uber, par exemple, *nudge* régulièrement ses conducteurs. Il ne peut pas les contrôler directement avec un lien de subordination, sous peine de voir les relations que la firme a avec ses conducteurs requalifiées et soumises aux mêmes obligations qu'une entreprise salariant des employés, mais doit dans le même temps pouvoir réduire leur autonomie pour éviter, par exemple, qu'ils soient concentrés dans les mêmes zones ou sur les mêmes plages horaires.

Il est intéressant de constater qu'un certain nombre de questions se posent néanmoins sur la durabilité des effets.

L'un des seuls *nudges* qui joue sur la réflexivité est celui qui concerne le biais de routine. La grande majorité des autres *nudges* cherche à agir à l'insu des individus, sans susciter leur réflexion. Dès lors, lorsque le mécanisme est révélé aux individus, les effets se réduisent.

Enfin, un dernier aspect négatif concerne l'apprentissage que les politiques publiques sont censées également favoriser chez les citoyens. Imaginez par exemple que l'on développe un *nudge* qui endigue les discriminations (ethnique, de genre etc.) à l'embauche. Ce serait formidable car cela réduirait (si c'est efficace) le nombre des discriminations. Mais le rôle du politique est également d'éduquer, en réussissant à convaincre, sur le long terme, les citoyens que la discrimination n'est pas un phénomène souhaitable.

« Le *nudge* pose la question de l'intégration : comment faire en sorte que les individus continuent de choisir des comportements favorables, sans incitation ? »

Quelles politiques de prévention dans d'autres pays peuvent être sources d'inspiration ?

Henri Bergeron

La littérature montre que les préventions individualisées (*targeted*) et universelles - par exemple telles qu'elles sont mises en place par les États via les médias - sont plus efficaces lorsqu'elles s'appuient sur une culture de la tempérance préalable, particulièrement présente dans les pays nordiques.

Cela a notamment été l'argument de certains industriels, selon lesquels le régime alimentaire français était déjà en soi un facteur de prévention par rapport à l'obésité. Le fait que nous déjeunions et dînions ensemble, en face à face, permet d'exercer une forme de contrôle social, par exemple sur les quantités ingérées.

Daniel Benamouzig

« Ces éléments culturels ne sont pas les seuls à influer sur les pratiques des pays. Il existe également un phénomène de mise à l'agenda au niveau mondial. »

C'est le cas de la lutte contre le tabac : un certain nombre de pays ont initié, par un phénomène de mimétisme, des politiques publiques très similaires les unes aux autres à l'échelle internationale. C'est un facteur de réussite majeur de ce type de politiques. Cet élément permet de relativiser en partie l'explication culturaliste. Certains types de démarches se déclinent de manière très comparable dans des pays pourtant très différents.

LA SANTÉ, LA RESPONSABILITÉ DE CHACUN ET L'ACTION DE TOUS POUR INSUFFLER LE CHANGEMENT

Le regard expert de Serge Guérin à travers le prisme de la sociologie

Serge Guérin,
Sociologue et professeur à l'INSEEC GE

Sociologue et consultant, Serge Guérin est professeur (HDR) à l'Inseec GE, où il dirige le MSC directeur des établissements de santé.

Précurseur et spécialiste des questions liées aux enjeux du vieillissement et de l'intergénérationnel, il travaille aussi sur les dynamiques et les formes d'action et de solidarité au sein de la société.

Il a publié une quarantaine d'ouvrages dont La Silver économie pour les Nuls (First 2023, avec D. Boulbès), Les Quincados (Calmann-Lévy, 2019), La Silver économie (La Charte, 2018, avec D. Boulbès), La guerre des générations aura-t-elle lieu ? (Calmann-Lévy, 2017, avec PH Tavoillot) et Silver génération. 10 idées fausses à combattre sur les séniors (Michalon, 2015).

Quel regard portez-vous sur les politiques de prévention en matière de santé ?

« Le système de santé français suit une logique de *cure* davantage qu'une logique de *care*. »

Ainsi, trop souvent nous attendons qu'un problème survienne avant d'agir. Or, investir massivement et collectivement dans ce domaine s'avèrerait humainement et économiquement très « rentable » sur le moyen et long termes. Une partie de la société évolue en ce sens.

Notons que pour la première fois, le Ministère de la santé se voit accoler le terme de prévention. Pour autant, beaucoup de chemin reste à parcourir au niveau institutionnel et sociétal.

Quelle est votre perception des grandes campagnes de prévention santé ?

En France, nous regardons la problématique de la prévention à travers un spectre égalitaire et bien souvent infantilisant, sans chercher à adapter les discours et les approches concrètes.

Les messages généraux diffusés lors des grandes campagnes publiques ne suffisent pas.

« Les différences sociales, comportementales et géographiques pèsent très lourd dans l'appréhension des problèmes de santé et nous ne réussirons pas à traiter correctement la question sans les prendre en compte. »

Par exemple, le slogan « mangez 5 fruits et légumes par jour », ne parle qu'à 15 % de la population.

Tout l'enjeu est donc de personnaliser la prévention : le discours doit s'adapter aux personnes visées, non l'inverse. Partir des usages, des pratiques et des imaginaires des personnes.

Vous présentez la prévention comme une priorité sociale, comment agir concrètement ?

Cela passe d'abord par une prévention délivrée tout au long de la vie. Elle démarre à la gestation, au sein même des familles. Elle passe ensuite par l'école puis le monde du travail et enfin le monde du vieillissement. Trois visites médicales devraient bientôt être instaurées à 25, 45 et 65 ans. C'est un bon signal.

Mais il faut accompagner et intervenir avant et après ces bornes d'âge en prenant en compte que certaines populations font face à davantage de difficultés économiques et culturelles en matière de santé que la moyenne.

L'obésité, par exemple, touche plus grandement les personnes défavorisées, qui ont un accès, en termes aussi bien économiques que symboliques, plus difficile à une nourriture de qualité. Des expériences ont été mises en place, en particulier dans le Nord de la France, où les espérances de vie en moyenne s'avèrent plus faibles qu'ailleurs en France. Accompagner les habitants pour réapprendre à s'alimenter, s'engager dans une activité physique plus régulière ou faire évoluer ses représentations entraînent à moyen terme des évolutions positives et réduisent le déterminisme social.

Comment faire passer ce message efficacement à tous les publics ?

Rester sur une mentalité de contrainte ne fonctionne pas. Le plaisir fait partie de la prévention et la rend audible. Si nous ne trouvons pas de plaisir, nous ne serons pas motivés à vivre plus longtemps et à adopter une bonne démarche vis-à-vis de notre santé.

« Ne pas se focaliser sur des messages d'interdiction pour rendre plus audibles des discours centrés sur les gains en santé mais aussi en qualité de vie. Nous devrons faire appel à la psychologie sociale et comportementale, aux imaginaires des personnes. »

Vous préconisez de passer de la culture du *cure* à celle du *care*, qu'entendez-vous par là ?

La prévention représente l'un des leviers majeurs du *care*. Intervenir en amont par des changements de comportements et de modes de vie meilleurs pour soi et pour l'environnement permet d'éloigner les risques de maladie et de perte d'autonomie.

Cette évolution implique tous les acteurs, les professionnels du soin, comme, par exemple, les aides à domicile s'occupant de personnes fragiles ou les cuisiniers des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'enjeu consiste aussi à valoriser davantage la prévention dans l'exercice de la médecine. Les facultés de médecine devraient intégrer une meilleure prise en compte de la santé intégrative et des médecines de prévention dans leurs cursus.

Des spécialités devraient se développer autour de ces questions et peut-être des diplômes d'université (DU) autour des enjeux de prévention dans la santé. Parallèlement, la notion de prévention devrait faire partie intégrante des politiques des entreprises, des collectivités locales et des politiques publiques plus généralement.

Ainsi, on peut imaginer que les mesures les plus efficaces se feraient sur les lieux de résidence ou de travail avec l'intervention de professionnels de la santé, des médiateurs spécialisés, des animateurs, des experts en médecine complémentaire – et mettraient à profit des occasions externes, comme les activités de loisirs par exemple, pour bien faire passer les messages de prévention.

Quid du dépistage des publics fragilisés dans le cadre du travail et dans le monde du logement ?

La loi du 2 août 2021 vise à diminuer les risques liés à la santé au travail. Pour les employeurs, il s'agit d'une occasion de se différencier et de fidéliser leurs salariés.

L'association Siel Bleu a, par exemple, expérimenté de démarrer la journée par une activité physique. Cela a conduit à une réduction des accidents du travail, ce qui s'avère particulièrement rentable pour les entreprises de bâtiment et travaux publics (BTP). Le but est d'accompagner les salariés afin de réduire le risque humain ainsi que le risque d'image pour l'entreprise. Sur l'habitat, le grand projet MaPrimeAdapt' porte l'idée d'adapter les logements des personnes âgées assez tôt pour prévenir les chutes, notamment.

Vous défendez l'idée d'une co-responsabilité sur sa propre santé. On reproche parfois au *care* de renvoyer la responsabilité à l'individu, en se dégageant des facteurs structurels ?

Rappelons que la santé tient à 20 % de la génétique et à 80 % de l'épigénétique. Bien sûr que les effets de contexte et de situation sociale et géographique existent mais ne soyons pas prisonniers d'une lecture déterministe.

« Tout le monde ne jouit pas des mêmes conditions de vie ni de la même autonomie, mais nous disposons tous d'une marge de manœuvre pour adopter des routines qui amélioreront notre qualité de vie et notre santé ».

Nous avons besoin d'un État visionnaire qui mobiliserait et structurerait l'ensemble des politiques de prévention. D'un autre côté, il revient à la société civile, aux collectivités locales et aux individus de se mobiliser. Nous sommes co-responsables.

Par exemple, les villes ont, entre autres, la responsabilité des cantines scolaires. Il y a des leviers pour impliquer les enfants et les familles dans le choix des menus et des types d'aliments à servir, dans la valorisation du maraîchage, des acteurs locaux, dans l'attention à la réduction des déchets…

Cette démarche peut également inclure le tissu associatif ou les bailleurs sociaux. L'objectif étant de trouver un équilibre entre responsabilités individuelle et collective. Nous avons besoin de soutien, mais aussi d'apprendre à faire nous-mêmes. En s'engageant d'elles-mêmes, les personnes trouvent souvent plus de sens à la démarche de prévention. Cette dernière a des effets à plus long terme.

Dans l'entreprise, les salariés expriment la volonté de disposer de davantage de services de santé et de bien-être sur leur lieu de travail, comme des séances de yoga ou de dépistage. Cela pose la question des limites des missions de l'employeur en termes de prévention.

Où commence et où s'arrête l'implication de l'employeur ?

Une partie de la réponse se trouve dans la légitimité de l'entreprise, y compris sur le plan de la santé. La période Covid a montré que bon nombre de salariés voyaient en l'entreprise un acteur légitime en termes de santé et de prévention.

Dès lors qu'il y a le respect de l'intégrité et du choix de la personne, c'est la question de la cohérence entre le discours, les pratiques et la culture d'entreprise qui doit se poser.

« Nous pourrions alors parler de tri-responsabilité entre celle de l'État, de l'entreprise et de l'individu. »

Vous souhaitez favoriser un suivi personnalisé, mais cela pose la question de l'utilisation des données personnelles de santé des individus.

Nous avons la chance de vivre en Europe, où le cadre réglementaire continue de se construire. Nous pourrons bientôt opérer un partage d'informations entre le dossier médical partagé et le dossier médical au travail.

À chaque étape, les individus auront bien sûr le choix de ne pas partager l'information si la confiance n'existe pas, on n'avancera pas. Et la confiance se mérite.

Réconcilier prévention et plaisir, une alternative efficace à une approche santé culpabilisante ?

LE MOT DE MICHEL BILLÉ

Si chacun est responsable de sa santé, il n'en est pas pour autant coupable. Michel Billé est catégorique. Chacun est acteur de sa santé, mais il y a des limites aux actions qui peuvent être menées.

La santé peut être abimée au travail, détériorée par des conditions défavorables. Cela ne signifie pas que personne ne peut agir pour sa santé, mais implique que personne ne peut être tenu comme coupable des problèmes de santé qu'il peut rencontrer. La vie affecte et impacte le potentiel de santé qui est le résultat d'une interaction entre le capital génétique et l'environnement.

Lorsque l'environnement est favorable et que le capital génétique est positif, cela permet d'exercer sa responsabilité. Cependant lorsque l'environnement est mauvais voire hostile, la question de la responsabilité se pose.

Face à cette inégalité sanitaire et à la disparité de l'accès aux comportements préventifs, Michel Billé porte un regard circonspect sur les messages de prévention qui sont les mêmes pour tous et très souvent, confondent responsabilité et culpabilité.

Michel Billé,
Sociologue et auteur de
La tyrannie du bienvieillir

Sociologue, Michel Billé est ancien Directeur adjoint de l'IRTS de Poitiers.

Il a présidé l'Union Nationale des Instances et Offices des Retraités et Personnes Âgées et il a été membre du Conseil scientifique de France Alzheimer.

Il est également Directeur de la collection L'âge et la vie - prendre soin des personnes âgées et des autres aux éditions érès, avec Christian Gallopin et José Polard.

Derniers ouvrages parus : La société malade d'Alzheimer (érès, 2014) ; Lien conjugal et vieillissement (érès, 2014) et Dépendance quand tu nous tiens, en collaboration avec D. Martz et M.-F. Bonicel (érès, 2014), La tyrannie du Bien vieillir (Le Bord de l'eau, 2010).

Une approche positive

Il faut trouver une manière positive de dire les choses, inviter chacun à la réflexion, à l'analyse des situations plutôt que d'imposer un interdit culpabilisant.

Michel Billé insiste sur l'importance de formuler différemment les messages de prévention pour qu'ils délivrent un message positif, pour qu'ils permettent à chacun de se rassurer au lieu de s'inquiéter et de se culpabiliser.

Le vocabulaire autour du médecin est suggestif de l'injonction et du contrôle : il faut « se faire suivre » ou « surveiller » par un médecin qui « prescrit une ordonnance ». Il conviendrait de remplacer cela par des termes qui renforcent l'idée de liberté : un médecin « veille sur » nous et « suggère » des traitements.

Sur le modèle sportif également, il serait intéressant de décorréler l'activité physique de la performance et de la présenter comme le plaisir du corps en mouvement pour être adaptée à tous.

Penser plus loin

COORDINATION ET PROXIMITÉ SUR LE TERRITOIRE POUR FAIRE AVANCER LA PROMOTION SANTÉ

Le regard expert de Daniel Guillerm à travers le prisme des infirmiers

Quel regard portez-vous sur la prévention en santé et quel rôle les infirmiers peuvent-ils jouer ?

Les infirmiers libéraux (environ 135 000) pourraient jouer un rôle important de prévention.

Nous réalisons aujourd'hui des actes de prévention sans qu'ils ne soient ni reconnus ni valorisés. Par exemple, lors de prises de sang effectuées pour la mesure du cholestérol, l'infirmier peut conseiller le patient sur sa nutrition. Cela correspond à de la prévention, qui se déroule au cours d'un autre acte médical, ici un prélèvement sanguin.

Nous souhaiterions mettre en place des consultations infirmières de prévention et une valorisation de l'éducation thérapeutique dans les champs conventionnels. Prévention et éducation thérapeutique vont en effet de pair.

Les infirmiers ont aussi une spécificité : ils interviennent au domicile des patients 98 % du temps. C'est très intéressant dans le cadre de la prévention car elle est plus efficace quand le patient est appréhendé dans son milieu psychosocial.

« Le défi à relever est de faire en sorte qu'à chaque contact avec un patient, des actes de prévention soient mis en place et valorisés en complément des soins prodigués. »

Comment favoriser et valoriser la prévention effectuée par les infirmiers libéraux ?

Tout d'abord, les infirmiers demandent une reconnaissance de leur rôle dans la prévention. Dans le cadre du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS), trois rendez-vous de prévention ont été inscrits dans les textes à 25, 45 et 65 ans. Notre crainte est que ces trois rendez-vous de prévention se limitent à des consultations médicales spécifiques, à un âge donné de la vie. Nous demandons à être partie prenante de ces rendez-vous. Ainsi, le médecin diagnostique, peut détecter un risque et mettre en place un plan d'actions et c'est à partir de ce moment que les infirmiers interviennent.

Dans le cadre de la désertification médicale que nous subissons, les médecins n'auront pas le temps de réaliser ces consultations : ils devront pouvoir s'appuyer sur d'autres professionnels, dont les infirmiers.

Cela passe aussi par l'inscription d'un acte spécifique dans la nomenclature des actes professionnels infirmiers.

Toutes les professions de santé ont une Nomenclature Générale des Actes Professionnels qui classifie les actes reconnus. Hormis la vaccination, très peu d'actes de prévention sont reconnus pour les infirmiers.

La mauvaise observance thérapeutique génère 15 milliards d'euros par an de gaspillage direct ou indirect (séjours hospitaliers évitables, mauvaise prise de médicaments, gaspillage médicamenteux, …).

Des actions de prévention allant de la prescription médicamenteuse à la dispensation et l'observance de la prise au domicile des patients créeraient un cercle vertueux qui permettrait d'économiser une partie de ce gaspillage. Cela demande de reconnaitre le rôle des infirmiers dans la prise en charge des patients.

Vous défendez la création du statut d'infirmier référent. Comment concevez-vous son rôle ?

« L'infirmier référent ne remplacerait pas le médecin traitant ou le pharmacien correspondant. Le statut complèterait ces professions pour créer un triptyque, socle solide dans la prise en compte du double défi à relever : le vieillissement de la population et la hausse des maladies chroniques. »

Les plus-values de la profession infirmière sont sa démographie importante bien que celle-ci ne soit pas parfaitement répartie sur le territoire, ses déplacements quotidiens à domicile et sa soumission à la contrainte de continuité des soins. Quand un cabinet prend en charge un patient nécessitant des soins quotidiens, celui-ci doit s'organiser pour être présent tous les jours et à toute heure du jour et de la nuit. Cela constitue un avantage par rapport à d'autres professions.

Daniel Guillerm,
Président de la Fédération Nationale des Infirmiers

Diplômé d'Etat d'infirmier auprès de l'IFSI de Morlaix (1985), Daniel Guillerm exerce en tant qu'infirmier libéral à Saint-Thégonnec de 1989 à 2016.

À partir de janvier 2008, il est Vice-Président délégué de la Fédération Nationale des Infirmiers, avant d'en devenir Président en 2018. En 2012, il fonde et préside Sphère Consulting Santé. En parallèle de ses fonctions de Président de la FNI, il préside aussi la Fédération Française des Praticiens de Santé à partir de 2019.

Dans la stratégie de « l'aller vers » prônée par les autorités sanitaires, les infirmiers ont un rôle à jouer puisque nous avons cet atout de réaliser une majorité de nos interventions au domicile des patients. Cela nous donne accès à des informations non visibles dans l'espace public. Certains patients sont coupés socialement et nous les découvrons pendant des interventions ponctuelles.

Par ailleurs, selon un concept défendu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), nous souhaiterions utiliser la dénomination « infirmier de famille » plutôt qu'infirmier référent.
La typologie des familles a évolué mais la famille existe toujours et reste un acteur clé de la vie.

« Cette approche d'infirmer de famille développe le concept de la prévention dans une approche d'individu-famille. »

Cela rejoint l'approche du patient dans son contexte psychosocial.

Plusieurs dispositifs existent toutefois. Quels leviers pourraient-être actionnés pour améliorer leur efficacité ?

Un autre enjeu consiste à coordonner des actions dans le cadre d'une approche populationnelle au sein d'un territoire donné. Les structures existent avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Dans le cadre de la réorganisation du système de santé, trois lois cadres ont été implémentées : la loi Bachelot de 2009, la loi Touraine de 2019 et la loi Ma santé de 2022.

Ces trois lois cadres ont défini des niveaux de coordination autour du patient. Le premier niveau est celui de la coordination clinique de proximité, une coordination autour du patient. Le deuxième échelon est l'approche populationnelle dans laquelle s'inscrivent les CPTS.

Le troisième niveau est celui des prises en charge complexes d'un point de vue médico-social matérialisé par les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC).

La question est alors d'utiliser et organiser ces différentes structures. Malgré leur statut d'objet social, les maisons de santé pluridisciplinaires ne correspondent qu'à 15 % de l'offre. Elles ont du mal à s'implanter et il faut envisager d'autres solutions. Les CPTS s'installent également mais leur plus-value n'est pas encore mesurable ni mesurée au niveau du système de santé. Ces CPTS ne couvrent pas l'intégralité du territoire national. Il faut inscrire certaines professions dans des projets alignés sur les problématiques de santé publique. Dans un système contraint, il faut faire des économies pour pouvoir réinvestir dans de nouvelles ressources. Dans le cadre de la prévention, il faudrait également une loi de programmation qui fixe des objectifs de long terme sur 5 ou 10 ans.
Les effets se mesurent sur des générations et parler de prévention dans un cadre annuel est un non-sens.

Qu'en est-il du volet prévention de la formation initiale des infirmiers ?

La partie prévention dans la formation initiale est insuffisamment développée. Si nous souhaitons migrer d'un système de *cure* vers un système de *care* il faut augmenter la place attribuée à la prévention.

Dans la formation continue, sa place est légèrement plus importante. Nous promouvons l'éducation à l'observance thérapeutique avec des stages de 40 heures mis en place. Dans le cadre des nouvelles prérogatives données sur la vaccination nous faisons également des formations mais il faut que la valorisation d'actes suive et que ces formations débouchent sur une activité rémunérée sinon les infirmiers risqueraient de ne pas jouer le jeu.

L'approche de la question par les sciences comportementales me semble très intéressante. Dans les déterminants en termes de prévention, les capacités psycho-cognitives et la littéracie en santé sont très importants. L'approche comportementale est un cadre adapté pour appréhender la prévention, notamment sur le volet communication car on ne peut pas s'adresser aux différentes générations de la même manière.

« Le changement de paradigme à opérer aujourd'hui est de dire que la prévention est l'affaire de tous et pas seulement des professionnels de santé. »

Un agriculteur ou un urbaniste peut faire beaucoup de prévention sanitaire. Cela n'est pas le champ exclusif des professionnels de santé, qui peuvent avoir une approche très humble de leur rôle dans la prévention.

Repenser le système de santé entre les différents acteurs
Une nouvelle répartition des rôles pour plus d'efficacité ?

LE MOT DE LAURE MILLET

Laure Millet,
Responsable du pôle en charge des études sociales, Institut Montaigne

Responsable du pôle Cohésion sociale et territoriale de l'Institut Montaigne, Laure Millet est diplômée en économie de Sciences Po Paris et titulaire d'une licence de philosophie à l'Université Paris Nanterre. Elle a fait une partie de ses études à Singapour, à la Nanyang Technological University.

Elle a été chargée de projets au sein de l'Université Paris Descartes, dans le département de simulation numérique iLumens. Elle a également exercé des missions de conseil pour une start-up développant des formations médicales en réalité virtuelle.

Depuis 2018, Laure Millet travaille à l'Institut Montaigne. Tout d'abord en tant que responsable du programme santé, où elle a pu contribuer à de nombreux projets en lien avec l'innovation numérique, thérapeutique et organisationnelle du système de santé, puis comme responsable du pôle en charge des études sociales. Elle est lauréate du Harkness Fellowship 2023-2024 du Commonwealth Fund.

Les dispositifs de prévention déployés par l'Etat français, notamment sur la consommation d'alcool et le tabac, ne rencontrent pas les effets escomptés. Laure Millet déplore également un retard dans le dépistage de certains cancers en France. Le résultat d'investissements trop faibles ?

Pour Laure Millet, on ne peut pas vraiment comparer les chiffres alloués à la prévention qui sont calculés de manière trop disparate au sein même de l'Union européenne : les dépenses de prévention sont comptabilisées différemment selon les pays.

En France, certains actes de prévention primaire et secondaire entrent dans la catégorie des interventions médicales et non dans celle de la prévention (comme le dépistage).

Ce qui est comparable en revanche, c'est la manière dont ces moyens sont répartis entre les services : les pays pris comme modèles, notamment les pays nordiques, bénéficient d'une organisation très décentralisée de leur système de soin. Les acteurs locaux disposent ainsi des leviers nécessaires pour promouvoir les politiques de prévention. Par exemple, l'infirmière qui se rend au domicile du patient une fois par mois, lui rappellera de se faire dépister au lieu d'une autorité nationale impersonnelle comme l'Assurance Maladie.

Pour Laure Millet, la proximité avec le prescripteur de prévention représente l'un des facteurs déterminants dans la réussite des programmes de prévention, tout comme la dimension humaine. La véritable problématique ne réside pas nécessairement dans les dépenses (qui restent faibles même chez nos voisins européens) mais dans la distance. Il faut relancer les « dés » : dé-centraliser, dé-cloisonner, dé-léguer.

Faire le pari des territoires

Dans le rapport santé de l'Institut Montaigne publié en mai 2022, dont elle est coauteure, Laure Millet expose sa vision : utiliser les données de santé pour mieux connaitre les populations au niveau régional ou départemental. Cela permettrait de fixer de grands objectifs nationaux (comme diviser par 2 les pathologies cardiaques) et de les décliner sur les territoires par les acteurs de santé locaux en s'adaptant aux modes de vie des citoyens, car les territoires présentent de nombreuses disparités.

La cartographie permet de comparer les dépenses de santé par habitant entre départements. Les données traitées comprennent également le ratio de population rurale par rapport à la population urbaine, la consommation d'alcool, le taux de maladies chroniques, le taux de maladies psychologiques, le taux de chômage, ou encore l'âge de la population.

À l'intérieur des territoires, la question du rôle des acteurs de prévention se pose. Pour limiter l'incidence de certaines maladies, les hôpitaux devraient notamment se focaliser sur les actes de soin aigus, tandis que la médecine de ville ou à domicile se chargerait du traitement des pathologies chroniques. Laure Millet rejoint ainsi les propos de Daniel Guillerm sur la délégation des compétences entre médecins et infirmiers, le statut des infirmiers référents, renvoyant au débat autour du décloisonnement des acteurs santé de la prévention. Il faut reconnaître l'intérêt de l'activité des infirmiers qui se déplacent à domicile pour les démarches de prévention, mais elles pourraient aussi reposer sur la médecine scolaire et celle du travail.

Voir plus grand

MULTIPLIER LES CONNEXIONS POUR MIEUX TRANSMETTRE L'INFORMATION

Le regard expert de Jean-Christophe Masseron à travers le prisme de la médecine

Quels sont, selon vous, les grands enjeux de la prévention ?

Nous faisons face, tout d'abord, à des enjeux cruciaux au niveau de la santé mentale et de la jeunesse. Je pense notamment aux infections sexuellement transmissibles ou aux addictions (et pas uniquement au tabac). En effet, nous observons une aggravation des conduites à risque et des conduites addictives chez les adolescents ces dernières années. Il faudrait ainsi développer une prévention active, notamment à travers le système éducatif.

Ensuite, il y a un enjeu fort autour du dépistage et de la prévention en cancérologie et de la santé au travail.

Comment expliquez-vous qu'une majorité de Français soient conscients des comportements néfastes pour leur santé, mais que cela ne se traduise pas en action ?

Les gens ont une impression d'immortalité et que la maladie ne les concerne pas. Jusqu'au moment où des problèmes sérieux surgissent. Je constate souvent ce déni dans ma pratique. Les patients atteints de maladies cardio-vasculaires, par exemple, changent très difficilement leurs comportements face au tabagisme. Il peut aussi s'avérer difficile, pour certains, d'identifier des moyens de se faire accompagner convenablement. Le rôle de la prévention est alors notamment d'aiguiller le patient vers les professionnels ressources.

Pensez-vous que le corps médical soit bien équipé pour accompagner les patients vers cette prise en charge ?

La prévention représente un élément intégré à la pratique du médecin généraliste, mais l'implication reste grandement dépendante du professionnel en question. Certains médecins disposent d'un intérêt pour la prévention, tandis que d'autres ne bénéficient pas du même niveau de connaissances pour orienter leurs patients.

« La prévention nécessite un temps long, souvent incompatible avec le mode d'exercice des généralistes qui enchaînent les actes tout au long de la journée. De ce fait, l'exercice coordonné me paraît de nature à faciliter les actions de prévention. »

Les professionnels paramédicaux peuvent ainsi animer des ateliers, faire de l'éducation thérapeutique, sensibiliser en parallèle des consultations. Le médecin, quant à lui, peut ainsi se concentrer sur la consultation elle-même, l'entretien motivationnel en addictologie, le projet d'accompagnement, la thérapeutique éventuelle. S'appuyer sur des équipes me paraît essentiel dans ce contexte, afin que la prévention ne repose pas uniquement sur le médecin traitant.

Docteur Jean-Christophe Masseron,
Président de SOS Médecins France

Médecin généraliste originaire de Cherbourg, diplômé en 2011, le Docteur Jean-Christophe Masseron s'installe comme médecin de famille dès l'obtention de son DES de médecine générale, suite à la soutenance d'une thèse décrivant l'offre de soins de premiers recours et sa réorganisation territoriale. En 2014, il rejoint l'association SOS MÉDECINS Chambéry, dont il devient le Président en 2018. Il est élu au Conseil d'administration de la fédération SOS MÉDECINS FRANCE en 2019. En octobre 2020, le Dr Jean-Christophe Masseron est élu Président de la fédération SOS MÉDECINS FRANCE, premier réseau d'urgence et de permanence de soins en France, qui regroupe 1300 médecins généralistes structurés en 64 associations réparties sur le territoire.

La consultation ne représenterait donc pas un cadre propice à la prévention, quel que soit le type de médecin ?

Effectivement, bien que le cas des médecins urgentistes diffère un peu. Les professionnels de SOS Médecins effectuent souvent de la prévention, mais de manière improvisée. Nous avons notamment l'avantage de réaliser les consultations à domicile et sommes amenés à observer l'environnement du patient. Il nous arrive, ainsi, de rebondir dessus durant la consultation si quelque chose nous alerte. Schématiquement, la prévention primaire s'effectue dans le cadre du suivi longitudinal et les médecins intervenant en urgence se situent plutôt sur de la prévention secondaire.

Concernant ce que vous observez dans l'environnement du patient, quels moyens vous permettraient de passer le relais au médecin traitant ?

« Selon moi, nous devons développer de meilleures interconnexions numériques entre les médecins traitants et les autres professionnels de santé qui voient les patients. »

Faire remonter l'information au référent représente une étape essentielle. Chez SOS Médecins, nous contactons le médecin par téléphone en cas de situation sensible. Un exemple parlant concerne les nourrissons atteints de bronchiolite en hiver. Lorsque nous arrivons dans le domicile familial, nous pouvons rapidement constater un tabagisme passif.

Nous faisons alors immédiatement passer les messages nécessaires et pouvons même aller jusqu'à signaler l'intervention dans les cas de mise en danger grave du nourrisson. Enfin, nous nous sommes déjà occupés de patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et qui ne suivaient pas de traitement de fond.

En effet, certaines personnes n'ont pas de médecin traitant et ne consultent qu'en dernier recours, bien qu'elles soient conscientes de ne pas avoir la bonne attitude préventive. Les urgentistes jouent donc le rôle de lanceurs d'alerte.

Que pensez-vous des trois visites médicales qui devraient être mises en place à 25, 45 et 65 ans ?

Je soutiens cette mesure. Atteindre les jeunes adultes en bonne santé s'avère particulièrement complexe. Ils se rendent principalement chez leur médecin en septembre pour des consultations dédiées à la pratique du sport. La consultation à 25 ans permettrait d'aborder un certain nombre de sujets : les addictions, la vie professionnelle, le mode de vie et les risques psycho-sociaux.

Je considère qu'une consultation à 25 ans est tout de même tardive vis-à-vis des problèmes que rencontrent les jeunes dans le passage de l'adolescence à la vie d'adulte. Cette période représente, en effet, un moment déterminant pour la suite de leur vie.

Plus tard, le médecin doit repérer les déséquilibres entre vie professionnelle et personnelle. Il s'agit d'identifier les signes avant-coureurs d'un éventuel épuisement professionnel ou de dépression.

« Les internes que je reçois me demandent souvent pourquoi les patients nous racontent autant leur vie. Je leur réponds alors que c'est là que tout se joue pour saisir l'état de santé de la personne. »

Les infirmiers et autres professionnels paramédicaux sont amenés à jouer un rôle accru en ce qui concerne certaines maladies chroniques. Quel regard portez-vous sur cette coopération en matière de prévention ?

« Le personnel paramédical constitue l'une des clés de l'enjeu de prévention en France. »

Les médecins s'en méfient par corporatisme et par crainte de voir leurs prérogatives leur échapper. Toutefois, il faut savoir différencier la délégation de tâches du transfert de compétences. Si on peut déléguer certaines tâches sous le contrôle du médecin assez facilement, les transferts de compétences avec des actes délégués à des infirmiers sans que le médecin ait un droit de regard dessus suscitent une réticence.

Ils ne veulent ni perdre certains champs de leurs compétences ni porter des risques à la place d'un professionnel qui exécutera les actes. Cela demande une préparation en amont pour savoir qui fait quoi et sous quel protocole. Il faut aussi revoir les modes de rémunération.

Le modèle économique du médecin repose, aujourd'hui, sur les actes simples. Or, ce sont précisément ces actes que nous pourrions plus aisément déléguer aux infirmiers. Nous devrions ainsi mieux valoriser les actes complexes pour améliorer la pertinence des soins et utiliser pleinement la valeur ajoutée du médecin. Rappelons toutefois que médecin et infirmier sont indissociables et parfaitement complémentaires. Il y a un risque à vouloir opposer l'un à l'autre.

Quelle place occupe la prévention dans la formation initiale des médecins ?

Elle occupe une place minime, si elle existe. On la retrouve davantage en formation continue bien qu'elle ait été réduite. Les médecins choisissent leur programme en fonction de leurs intérêts. Cela dépend donc de la sensibilité de chacun.

La France ne représente pas le pays qui porte le plus d'intérêt aux sujets de prévention. On soigne quand la personne est malade. Paradoxalement, les discours autour du développement personnel rencontrent un certain succès et s'accroissent dans une société qui va mal.

SOS Médecins joue un rôle clef de surveillance épidémiologique en faisant remonter ses données journalières à Santé publique France.

Effectivement, nous remontons une quantité importante d'informations aux autorités de santé car nous voyons proportionnellement plus de patients présentant un problème de santé aigu que nos confrères en ville.

Nous avons ainsi des indicateurs précoces lorsqu'une épidémie démarre. Nous essayons d'aller encore plus loin que ce que nous faisons aujourd'hui en nous intéressant au profil sociologique du patient. Et la visite à domicile est essentielle pour affiner ce profil.

L'un de nos formulaires comprend, notamment, une case « pas de médecin traitant » à cocher. Nous transmettons aussi les motifs d'appel et les résultats de consultation à Santé publique France. D'où l'importance d'une communication active entre les professionnels de santé, afin d'informer au mieux les médecins traitants sur l'état de leurs patients.

« Nous sommes plus efficaces en groupe. Dans cette optique, nous devons lutter contre l'errance et le nomadisme médical. »

La data, un outil d'avenir au service de la recherche et de la santé ?

LE MOT DE STÉPHANIE COMBES

Stéphanie Combes,
Directrice du Health Data Hub

Stéphanie Combes est polytechnicienne (promotion 2005) et diplômée de l'ENSAE (2009) et de la Paris School of Economics (2010). Elle commence sa carrière professionnelle à la Direction générale du Trésor du Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, en tant qu'économiste de 2010 à 2014. Puis elle devient responsable de la création de l'activité Big Data à l'Insee avant de rejoindre en juin 2017 la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) en tant que chef du Lab Santé. En 2019, elle est nommée directrice du Health Data Hub, groupement d'intérêt public visant à garantir l'accès aisé et unifié, transparent et sécurisé aux données de santé à des fins de recherche et d'innovation.

Sensibiliser la population à la réutilisation de leurs données de santé

Afin de co-construire une culture de la donnée de santé et de renseigner les citoyens sur les bénéfices à l'utilisation des données de santé et leurs droits vis-à-vis de leurs données personnelles, le HDH a créé une direction citoyenne se focalisant sur quatre axes de travail : l'information et l'écoute des citoyens, l'organisation de formations vulgarisées sur le sujet des données de santé, la réalisation d'études par des acteurs de la société civile et des associations de patients et une réflexion sur l'implication des citoyens dans la gouvernance de ses activités. Le HDH collabore avec France Assos Santé sur de nombreuses actions par exemple.

L'enjeu de la création de grandes bases de données cliniques

Le HDH est également mobilisé pour appuyer la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) dans le déploiement d'entrepôts de données de santé dans les établissements hospitaliers.

Grâce à une mise en réseau nationale, le HDH pourra à terme être en mesure de mettre en relation des quantités importantes de données cliniques qui représentent une ressource essentielle pour réaliser des projets de recherche. Notamment, les données permettraient d'examiner plus précisément le rôle de certains facteurs, comme la consommation d'alcool ou le tabagisme, dans le développement de problèmes médicaux.

De manière similaire, une démarche se développe dans la médecine de ville. Un des projets soutenus par le HDH vise à créer un entrepôt de données de médecine de ville pour alimenter une base de données sur un échantillon spécifique de professionnels et de patients. Dans cette démarche, les données issues des consultations pourraient être réutilisées pour la recherche.

Stéphanie Combes souligne cependant deux défis que cela pose : la structuration de ces données et l'harmonisation de leur renseignement par les médecins.

L'une des problématiques majeures concerne le manque de données contextuelles dans le cadre de la prévention primaire.

Pour Stéphanie Combes, la création de data hubs sectoriels représenterait une avancée car elle permettrait de faire remonter des données spécifiques à des enjeux de santé précis, dont l'étude permettrait d'améliorer la connaissance.

Le HDH pourrait également collaborer avec des sociétés ayant développé des applications ou des objets connectés récoltant des données comportementales ou contextuelles. Ces données, croisées avec d'autres telles que celles de l'Assurance Maladie permettant de construire des parcours de soin, pourraient être analysées à partir de méthodologies innovantes telles que l'intelligence artificielle pour prédire l'impact des mesures de prévention et de certaines politiques publiques dans les 5 ou 10 ans à venir.

Il s'agira toutefois de prendre garde au biais de sélection de ces applications, qui touchent des personnes déjà sensibilisées aux problématiques de santé. Rendre les citoyens acteurs de leur santé représente un défi culturel.

Mon espace santé va dans ce sens, en informant les individus sur les données qu'ils partagent et en leur permettant de modifier leurs préférences.

Mon espace santé pourrait devenir le lieu de recueil de diverses données comportementales et contextuelles et représenterait alors un outil inestimable et à géométrie variable, qui permettrait de toucher l'ensemble de la population.

LE REGARD DE LA FONDATION APRIL

Initier le progrès

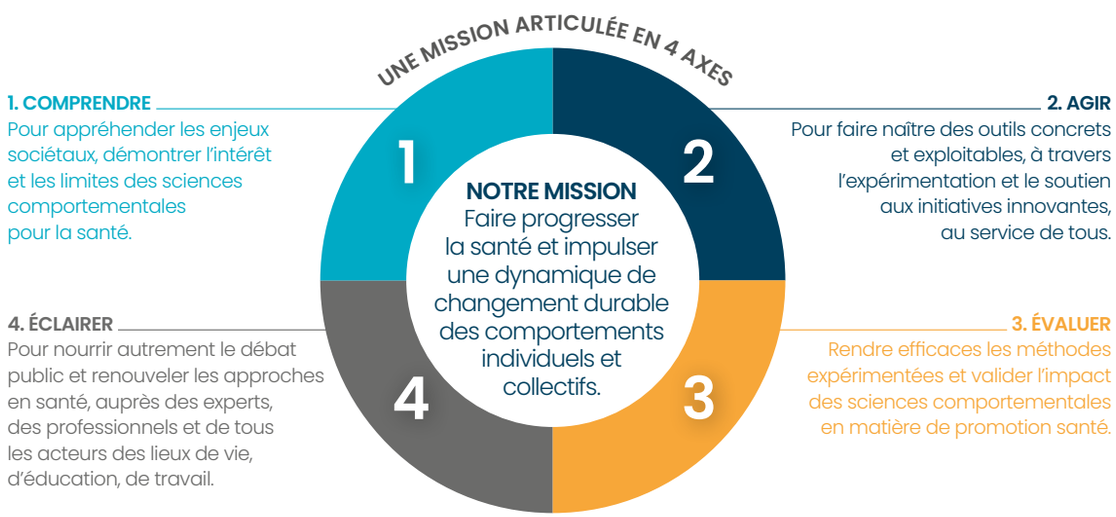
Initier le progrès

Créée en 2008 avec une conviction forte : *« chacun peut être acteur de sa santé à condition de disposer des clés de compréhension et d'outils pour préserver son capital santé »*, la Fondation APRIL a pour mission de promouvoir une santé tournée vers la valorisation des comportements préventifs comme alternative au « tout soin ». Au-delà de la responsabilité individuelle, se pose la question de la responsabilité collective et de l'impact, positif et négatif, que nos écosystèmes peuvent avoir sur notre capital santé. **Ainsi, en 2023, la Fondation APRIL renforce et élargit sa mission en questionnant la mise en œuvre durable du passage de l'intention à l'action en matière de santé, à l'échelle de l'individu et de la société.**

«Parce que la question des changements d'attitude face à son capital santé est centrale, nous voulons mettre à profit l'apport de toutes les sciences comportementales (neurosciences, psychologie positive, sciences cognitives, anthropologie…) dans une démarche active de promotion de la santé au service de tous. Nous sommes convaincus d'être à un tournant : parce que les questions de santé sont résolument au cœur du débat public, parce que le grand public est à la fois saturé d'informations et en quête de réponses à ces enjeux, parce que notre système de soins est fatigué… Nous avons l'opportunité de contribuer à faire bouger les lignes et passer du cure au care, collectivement et individuellement.

En tant que fondation agissante, nous allons nous employer à jouer ce rôle de facilitateur du changement, autour de quatre grandes missions : comprendre, agir, évaluer et éclairer.»

Sophie Ferreira Le Morvan,
Déléguée générale de la Fondation APRIL



DEUX ILLUSTRATIONS CONCRÈTES DE CHAMPS D'ÉTUDE ET D'EXPÉRIMENTATION QUE LA FONDATION APRIL SOUHAITE EXPLORER :

Quel rapport ont les jeunes de 18-25 ans à la santé ?

- Enquêtes, focus groupes, etc. nous livreront de multiples enseignements sur la perception des jeunes de leur exposition aux risques santé, leur compréhension du système de soins, leur recours aux dispositifs de prévention et en particulier leur usage des applications de e-santé, des réseaux sociaux mais aussi nous éclaireront sur les leviers et les freins pour que les 18-25 ans prennent leur santé en main.
- Des expérimentations nous permettront alors d'imaginer quels dispositifs déployer pour « équiper » cette population afin qu'elle entre en toute autonomie dans son parcours de prévention et de santé.

Dans un monde du travail en plein changement, quelle place pour la promotion de la santé et la prévention ? Quel rôle pour chaque acteur ?

- Etudes 360°, interviews, etc. permettront de croiser les regards, de réinventer les rôles de chacun et de proposer de nouvelles organisations pour développer une culture de la santé en entreprise.
- Des actions ciblées concrètes pourront être menées, par exemple sur l'introduction du design actif au cœur du lieu de travail pour lutter contre la sédentarité, varier les modes de mobilité ou d'alimentation, la place de l'activité physique, etc.

Remerciements

Forts de notre approche holistique et fédératrice, nous sommes allés à la rencontre de nombreuses personnalités pour recueillir leurs expertises, confronter les points de vue et nourrir nos réflexions.

Nous tenons à les remercier chaleureusement pour leurs contributions.

- Beltrane Bakoula
- Robert Barouki
- Daniel Benamouzig
- Henri Bergeron
- Michel Billé
- Jean-Baptiste Capegras
- Franck Chauvin
- Coralie Chevallier
- Stéphanie Combes
- Morgan David
- Nicolas Fieulaine
- Jacques Fradin
- Gerard Friedlander
- Claire Fromentin
- Anne-Laure Gallay
- Thomas Gauthier
- Quentin Gicquel
- Serge Guérin
- Marie-Renée Guevel
- Daniel Guillerm
- Melanie Heard
- Caroline Henry
- Philippe Korda
- Laura Litvine
- Alima Marie-Malikite
- Pauline Martinot
- Dr Jean-Christophe Masseron
- Stéphanie Mazza
- Laure Millet
- Clémence Montagne
- Frédérique Pain
- Benjamin Rohaut
- Nicolas Rousset
- Rebecca Shankland

- Les membres du conseil d'administration de la précédente Fondation APRIL
- Les collaborateurs d'APRIL qui ont participé aux ateliers de réflexion

Propos recueillis par Elisabeth Bonnet Katz, journaliste
et Sophie Ferreira Le Morvan, Déléguée générale de la Fondation APRIL.