

# LA Santé

de l'homme



## Les Journées INPES 2005 : partage d'expériences

### Caso :

lieu d'accueil et  
de soins des exclus

### Super Size Me :

antidote à la  
malbouffe ?

### Les nouveaux eldorados

du tabagisme

Institut National  
de Prévention  
et d'Éducation  
pour la Santé

**inpes**  
www.inpes.sante.fr

# La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé



## Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

## Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

## Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

**52 pages d'analyses  
et de témoignages**

## Abonnez-vous !

1 an	28 €
2 ans	48 €
Étudiants (1 an)	19 €
Autres pays et outre-mer (1 an)	38 €

**Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants** (en fonction des stocks disponibles) :

- Sport et loisirs : prévenir les accidents, N° 354.
- Santé et travail, N° 355.
- Éducation à la sexualité, N° 356.
- Éducation pour la santé des migrants, N° 357.
- De l'alimentation à la santé, N° 358.
- Santé mentale, N° 359.
- La promotion de la santé à l'hôpital, N° 360.
- Éducation pour la santé et petite enfance, N° 361.
- Soixante ans d'éducation pour la santé, N° 362.
- Santé : des enquêtes à la prévention, N° 365.
- Santé des enfants : la place des parents, N° 367.

### Je souhaite m'abonner pour :

- 1 an (6 numéros)
- 2 ans (12 numéros)
- Étudiants 1 an (6 numéros)  
Joindre copie R°/V° de la carte d'étudiant
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Soit un montant de \_\_\_\_\_ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES par  chèque bancaire  chèque postal

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Organisme \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

# LA Santé de l'homme

est éditée par :  
**L'Institut national de prévention  
et d'éducation pour la santé (INPES)**  
42, boulevard de la Libération  
93203 Saint-Denis Cedex  
Tél. : 01 49 33 22 22  
Fax : 01 49 33 23 90  
La Santé de l'homme sur Internet :  
**http://www.inpes.sante.fr**

Directeur de la publication :  
**Philippe Lamoureux**

### RÉDACTION

Rédacteur en chef :  
**Yves Géry**  
Secrétaire de rédaction :  
**Marie-Frédérique Cormand**  
Assistante de rédaction :  
**Danielle Belpaume**

### RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

Qualité de vie : **Christine Ferron**  
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux**  
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>  
Débats : **Eric Le Grand** <elg@mageos.com>  
Aide à l'action : **Anne Laurent-Beq**  
<abeq@club-internet.fr>  
La santé en chiffres : **Hélène Perrin-Escalon**  
<helene.perrin@inpes.sante.fr>  
Rubrique internationale : **Marie-Claude Lamarre**  
<mclamarre@uhpe.org>  
et **Stéphane Tessier** <cresif@wanadoo.fr>  
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**  
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>  
Cinésanté : **Michel Condé**  
<michelconde@grignoux.be>  
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>  
Lectures - Outils : **Centre de  
documentation et Fabienne Lemonnier**  
<doc@inpes.sante.fr>

### COMITÉ DE RÉDACTION :

**Laure Carrère** (Service de santé de la mairie de Nanterre), **Dr Michel Dépinoy** (INPES), **Alain Douiller** (Codes du Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Hôpital de jour Montsouris du Cerep), **Laurence Fond-Harmant** (Société française de santé publique), **Catherine Gaquière** (ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **Sylvie Giraud** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Marie-Claude Lamarre** (Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé), **Anne Laurent-Beq** (Crea Développement Social), **Catherine Lavielle** (INPES), **Philippe Lecorps** (École nationale de santé publique), **Eric Le Grand**, **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche), **Sylvie Rizo** et **Dr Dominique Martin** (direction générale de la Santé), **Bernadette Roussille** (Inspection générale des affaires sociales), **Dr Stéphane Tessier** (Crésif), **Dr Isabelle Vincent** (INPES), **Sarah Vozelle** (Codes Meurthe-et-Moselle).

Fondateur : **Pr Pierre Delore.**

### FABRICATION

Création graphique : **Frédéric Vion**  
Impression : **Caractère** - 15002 Aurillac Cedex

### ADMINISTRATION

Département Diffusion-Gestion des abonnements : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)  
Commission paritaire :  
0508 B 06495 - N° ISSN : 0151 1998.  
Dépôt légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2005.  
Tirage : 14 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction

SH 378

**inpes**  
www.inpes.sante.fr

**Institut national de prévention et d'éducation pour la santé**  
42, bd de la Libération - 93203 Saint-Denis Cedex - France

## ► Qualité de vie

Centre d'accueil de Médecins du Monde :  
Marioara, une « sans-droits » parmi huit mille  
*Denis Dangaix* ..... 4

« La prévention est partout dans nos centres  
d'accueil »  
Entretien avec *Jérôme Pfassmann* ..... 6

## ► La santé en chiffres

Pourquoi et comment les jeunes recourent-ils  
aux soins ?

*Vanessa Bellamy, Valérie Carrasco, Magali Coldefy,  
Marie-Claude Mouquet, Annick Vilain, Chantal Cases,  
Christine de Peretti, Emmanuelle Salines* ..... 7

## ► Études

Alcool : en cinquante ans, la grande bascule  
du langage de prévention  
*Emmanuelle Le Berre, Thierry Fillaut* ..... 11

## Dossier

### Les Journées INPES 2005 : partage d'expériences

#### Editorial

Journées de la prévention :  
à l'écoute des acteurs de terrain  
*Philippe Lamoureux* ..... 13

#### Alcool et tabac : la prévention au quotidien

Prévention du tabagisme : tester l'outil  
pour s'assurer de son efficacité ..... 15

Petit département... forte mobilisation  
pour prévenir le tabagisme en entreprise .. 16

Alcool-drogues en entreprise :  
contourner le tabou de la réalité ..... 18

Hôpital de Dreux : le personnel impliqué  
dans la prévention du tabagisme ..... 19

« Festif », un lobbying antitabac  
dans les universités ..... 20

En bref ..... 21

#### Programme national nutrition-santé : au bon plaisir des acteurs de terrain

Alimentation et santé : les banques  
alimentaires sensibilisent leurs bénévoles .. 22

L'éveil aux sens, porte d'entrée  
de la nutrition pour les retraités ..... 23

En bref ..... 24

#### Prévention du sida : développer le travail en réseau

Population d'origine africaine :  
la prévention entre dans les foyers ..... 26

Infiltrer les lieux de loisirs  
pour prévenir le sida ..... 27

Une équipe mobile de prévention  
du sida/IST dans les établissements gays .. 28

En bref ..... 29

#### Enquêtes régionales : des indicateurs pour fixer les actions prioritaires de santé

Enquêtes régionales de santé :  
se donner les moyens ..... 30

Comment la région Pays de la Loire scrute  
la santé de ses 12-25 ans ..... 32

En bref ..... 33

#### Recommandations et évaluations : des outils pour la qualité des interventions

Soutien à la parentalité : une évaluation  
commune chercheurs/praticiens ..... 34

Santé et travail : les entreprises  
de Picardie s'auto-évaluent ..... 36

En bref ..... 37

#### Éducation pour la santé : vers des pôles de compétences régionaux

Vers un espace régional de santé  
publique en Rhône-Alpes ..... 39

Éducation pour la santé : les pôles de  
compétences émergent dans les régions .. 40

En bref ..... 42

Illustrations : Nicolas Hubesch

## ► Cinésanté

Les méfaits de la restauration rapide  
expliqués aux adolescents  
*Michel Condé* ..... 43

## ► International

La pauvreté, nouvel Eldorado du tabagisme  
*Saoua Inoussa* ..... 48

## ► Lectures – outils

*Olivier Delmer, Catherine Lavielle, Anne Sizaret* ... 51

## Centres d'accueil de Médecins du Monde : Marioara, une « sans-droits » parmi huit mille

**La mission « Banlieue » de l'association Médecins du Monde coordonne un centre d'accueil, de soins et d'orientation dans la ville de Saint-Denis, en Seine-Saint-Denis. Il reçoit un public de migrants qui cumulent d'importantes difficultés. Ils viennent chercher, auprès de professionnels bénévoles, écoute, soins et droits.**

La rue des Blés, à Saint-Denis, n'a rien de champêtre. Elle connaît pourtant, chaque jour ouvré, une affluence particulière. Cette petite artère, à l'écart des principales infrastructures, accueille un local labellisé Médecins du Monde. On est aux portes de Paris, à égale distance de la porte de la Chapelle et du Stade de France, mais en périphérie. Et pourtant Marioara ne s'est pas trompée d'endroit.

Ce lieu est un centre d'accueil, de soins et d'orientation, un Caso. Un local blanc où les lettres Médecins du Monde indiquent une certaine urgence et montrent la direction à prendre. Marioara est roumaine. Elle est née le 30 octobre 1982 à côté de Bucarest. Elle est entrée en France, sans titre de séjour, le 5 novembre 2003, elle avait 21 ans. Aujourd'hui, elle est là. La file d'attente est longue, une trentaine de personnes. « *Essentiellement des Roms* », remarque Chantal, responsable de l'accueil. Mais aussi de grandes femmes aux boubous colorés, et d'autres plus fragiles aux foulards gris. Marioara est venue avec ses sésames d'entrée : les quatre derniers coupons de carte orange de transport – attestant de sa présence sur le territoire francilien depuis plus de trois mois – et un papier d'identité. Ces documents sont obligatoires et exigibles pour une inscription au Caso. Elle sait, par des amis, que dans ce centre elle peut parler de ses conditions d'existence et peut-être se voir ouvrir des droits. Marioara est représentative du public accueilli par cette mission « Banlieue » ouverte par Médecins du Monde (MDM) en 1991.

### Une population exclue des soins

Un constat s'impose : « *Aux abords de Paris vivent de très nombreuses personnes en situation de précarité* », explique Nathalie Simonnot, adjointe au directeur général de MDM, chargée des programmes en France et de l'Observatoire européen de l'accès aux soins<sup>1</sup>. Une grande partie de cette population est non seulement exclue du système de soins mais également du système de solidarité associative alors même que ces personnes ont besoin de trouver des solutions à leurs problèmes de santé dans leur environnement de proximité. En 1991, l'association décide d'ouvrir un premier centre d'accueil, de soins et d'orientation à Gennevilliers, dans le département des Hauts-de-Seine. Le Caso est ainsi né. Passons sur un tableau de la précarité qui ne cesse de faire augmenter l'activité du centre. Grâce au soutien de la mairie de Saint-Denis, à l'engagement de nombreux acteurs de l'association et aux donateurs de MDM, en 2002 s'ouvre à Saint-Denis un autre Caso, plus vaste et mieux adapté aux demandes toujours plus nombreuses.

### Un parcours pour l'orientation

Jérôme Pffassmann, 28 ans, est le jeune coordinateur du centre. Il suit depuis deux ans et demi la mission banlieue et veille aux programmes du Caso. Son parcours est limpide : deux ans de fonction d'infirmier dans un service d'urgence d'un hôpital de Paris, « *histoire d'apprendre le boulot* », un diplôme universitaire sur le thème « *inégalité, précarité, accès aux soins* », une formation sur le traitement de la malnutrition en

situation de crise et un an en Sierra Leone avec Action internationale contre la faim (AICF)... Un cursus adapté pour occuper ce poste à MDM. En 2006, il ira passer un an à la *London School Tropical Medicine*, à Londres, en tant que boursier, pour une formation sur les échanges de pratiques. Pour l'instant il relate, sans se départir d'un léger sourire, les possibilités que les soixante-deux professionnels bénévoles et les quatre salariés mobilisés proposent aux quelque huit mille personnes (chiffre 2004) qui passent dans le centre en une année.

Il explique alors le parcours que Marioara doit suivre ce jour. Passer d'abord par le pré-accueil, où Chantal, jeune femme brune, véritable vigie du centre, a d'abord la lourde tâche de vérifier si la personne remplit les conditions minimales pour accéder à l'orientation : les quatre coupons de carte orange et un papier d'identité. « *Ce n'est pas simple de dire à une personne dans une grande précarité qu'il faut un minima de documents à présenter*, répète le coordinateur. *Il arrive que l'on soit fatigué*. » Ensuite, Chantal, aidée par une interprète, dirige, en fonction des quelques mots échangés, la personne vers l'accès aux soins ou l'accès aux droits. Chantal est calme. Ses questions sont précises et permettent aux personnes à l'accueil de répondre par l'affirmative ou la négative. Elle vient du Samu social et est la double garante de la qualité de l'accueil d'une part, et de la formation des personnes qui vont ensuite faire le bilan pour ouvrir des droits d'autre part. Une fois l'accueil

passé, la personne est dirigée vers les soins ou vers l'accès aux droits.

**Faire le lien**

« Les objectifs du centre sont triples, expose Jérôme Pfassmann, *Accueillir et soigner les populations les plus vulnérables, orienter vers le système de droit commun et témoigner de l'état de santé des personnes en grande précarité et de leurs difficultés d'accès aux soins et aux droits.* » En effet, le Caso de la mission Banlieue assure depuis plus de douze ans des consultations médicales et sociales gratuites sans rendez-vous pour les personnes ne pouvant pas avoir accès aux structures de soins de droit commun. Son action permet l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité qui sont sans couverture maladie, soit par manque de connaissance de leurs droits, soit depuis la réforme de l'Aide médicale d'État, parce qu'ils n'ont pas la possibilité d'en bénéficier pendant au moins trois mois au départ. Le centre est aussi un lieu de référence complémentaire de deux actions mobiles de proximité. L'une, la mission Rom, concerne la promotion de la santé en direction des populations rom installées sur des lieux de vie dans une très grande précarité, l'autre, une mission saturnisme infantile, consiste à faire du dépistage et du suivi de familles en situation de précarité ; cette dernière couvre essentiellement certaines communes de la boucle nord des Hauts-de-Seine : Colombes, Nanterre, Villeneuve-la-Garenne, Gennevilliers... « *Nous faisons le lien entre cette population vulnérable et le système institutionnel, pour que ces personnes puissent accéder au système sanitaire et social* », complète Jérôme Pfassmann.

**Échanges et sourires**

Marioara est cette fois en entretien. Notre jeune Roumaine parle un français hésitant mais ses réponses cadrent avec le « dossier social 2005 » que saisit pour elle Jocelyne. Ce dossier est un quatre pages composé de quarante cases permettant de connaître la situation de la personne demandant des droits. Les contacts, la situation familiale, le logement, la régularisation, la demande d'asile, les procédures administratives en cours, l'emploi, les personnes à charge, les revenus, les droits, les obstacles, les démarches... le parcours est là. À noter, il existe également un dossier médical pour celles et ceux qui sou-

**Roms, demandeurs d'asile et sans-papiers**

Présent dans cinquante pays, Médecins du Monde, fondé en 1982, agit aussi en France au travers de cent dix-sept programmes et deux mille bénévoles. La mission France de MDM a été créée en 1988. Elle se déploie sur un dispositif de vingt-quatre centres d'accueil, de soins et d'orientation, dix-huit programmes de réduction des risques et soixante-douze missions mobiles hors centre.

Dans tous ses programmes, MDM fait une place à l'accueil, l'écoute, l'orientation vers les structures de soins et de prise en charge. L'association défend une pratique médicale de proximité, des lieux de soins accessibles à tous, une inscription citoyenne des usagers de drogues dans une politique de réduction des risques, une prise en charge réelle de la souffrance psychique des personnes en situation d'exclusion. Elle travaille notamment à la prise en compte de la santé des jeunes et à l'éradication du saturnisme. Elle milite pour l'instauration d'un véritable accueil des demandeurs d'asile arrivés en France, pour la régularisation des sans-papiers... Les programmes de la mission France sont la promotion de la santé auprès des Roms migrants d'Ile-de-France, l'action de rue de Nice « l'ambulance, soins de proximité », les missions Rave, le bus méthadone bas seuil de Paris.

D. D.

**Pour en savoir plus**

Rapport 2003 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde : [www.medicinsdumonde.org](http://www.medicinsdumonde.org) – Email : [revue.humanitaire@medicinsdumonde.net](mailto:revue.humanitaire@medicinsdumonde.net)

haitent un accès aux soins. Jocelyne est franchement souriante. Elle met à l'aise la jeune fille, remplissant le dossier au rythme de ses explications – sans l'aide de l'interprète déjà occupé ailleurs –, avec toute la pudeur nécessaire. Marioara est seule, sans titre de séjour. Elle vit dans un logement insalubre, sans eau ni électricité, en compagnie de cinq autres personnes, toutes roumaines. Quand elle parle de son logement, elle souligne qu'elle « respire de la poussière ». Elle vit avec cinq cents euros par mois, « la vente de journaux », explique-t-elle. Son visage s'éclaire car Jocelyne lui explique qu'elle peut obtenir l'accès aux droits. L'entretien aura duré une trentaine de minutes. Marioara partira rassurée, avec un numéro de dossier en poche et la certitude que les choses vont évoluer. Tout en classant ce dernier dossier, Jocelyne se laisse aller à quelques commentaires. Elle était commerciale dans l'industrie pharmaceutique et gagnait bien sa vie. Au chômage, la cinquantaine venue, elle écoute une amie qui lui dit : « Viens à Médecins du Monde. » Elle remplit « avec bonheur », dit-elle, les dossiers. « Nos échanges sont toujours riches et j'ai vraiment l'impression de donner et de recevoir quelque chose. »

Le centre d'accueil, de soins et d'orientation ne désemplit pas. On y vient essentiellement de Seine-Saint-Denis pour un accueil social, des consultations médicales, un soutien

psychologique. Un psychiatre et trois psychologues bénévoles sont là tous les après-midi du lundi au jeudi. On y vient pour dépasser une situation difficile. La travailleuse sociale est tenue au courant de tous les cas nécessitant une intervention particulière. Tout cela se fait en partenariat avec la caisse primaire d'Assurance Maladie de la Seine-Saint-Denis, la caisse régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France, les services d'accueil des urgences, les permanences d'accès aux soins, les réseaux de médecins de ville, etc. La liste des solidarités est longue. Qualité de l'accueil, écoute particulière, attention portée au parcours de la personne, connaissance des parcours d'accès aux droits, etc. Et tout cela reposant sur du bénévolat, essentiellement.

**Denis Dangaix**  
Journaliste.

*L'Observatoire européen de l'accès aux soins a été créé par Médecins du Monde pour croiser les informations sur les populations en extrême difficulté, recueillies par ses antennes nationales qui travaillent auprès de ces populations : France, Belgique et Grande-Bretagne.*

**Pour en savoir plus**

Caso : 8, rue des Blés – 93000 Saint-Denis  
C/O Médecins du Monde  
62, rue Marcadet – 75018 Paris  
Tél. : 01 44 92 15 15

## « La prévention est partout dans nos centres d'accueil »

Entretien avec Jérôme Pffassmann, coordinateur du Centre d'accueil, de soins et d'orientation de Saint-Denis.

**La Santé de l'homme : Comment peut-on décrire, en termes d'éducation pour la santé, l'action d'un centre d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) comme celui que vous coordonnez en Seine-Saint-Denis ?**

**Jérôme Pffassmann :** Le Centre d'accueil, de soins et d'orientation n'est pas un lieu figé. Il se situe dans le cadre d'un soutien à l'ensemble des personnes en situation de grande précarité n'ayant pas accès aux soins et aux droits élémentaires ; dans le cadre également d'un programme global de promotion de santé des Roms migrants, qui consiste à aller sur le terrain de vie de cette population, là aussi pour les accompagner dans leurs droits. Nous constatons que beaucoup de gens qui arrivent peuvent accéder à ces droits mais ne savent pas ou ne parviennent pas à les faire valoir, conséquence directe d'ailleurs de la réforme de l'Aide médicale d'État. Regardez : ces gens sont en situation irrégulière, de faux touristes souvent. Ils sont migrants. Ils sont parfois malades, en tout cas hors de tout accompagnement médical, face à une absence totale de prévention, dans des conditions de vie difficiles... Vous imaginez aisément la prévalence constatée de la souffrance psychologique. Selon nous, l'action du centre passe par l'écoute, un autre rapport au temps passé avec la personne, par la qualité de l'accueil et par une orientation bien maîtrisée.

**S. H. : Vous insistez sur la notion de qualité, même sur l'obligation de résultats que vous vous donnez. Est-ce la marque d'une médecine humanitaire ?**

La quasi-totalité des professionnels qui interviennent au Caso sont des bénévoles. Ils viennent ici pour travailler avec des personnes qu'ils ne ren-

contreraient pas autrement. L'idée est simple, selon moi : quand on fait de la médecine humanitaire, on ne pratique plus la médecine d'une manière habituelle. On fait évoluer sa pratique. Et comme l'objectif est de faire bouger le système de santé, on pense que l'évolution de l'intérieur est la meilleure.

Sur l'exigence de qualité, cela va de soi. Une personne qui vient à Médecins du Monde sait ce qu'elle cherche. En fonction des quelques éléments qu'elle possède, nous devons lui donner les réponses. D'où l'importance du premier contact. Pourquoi ce migrant vient-il au centre ? Quelle est sa demande première ? Vous comprenez que si quelqu'un a une couverture maladie, par exemple, on va lui dire le plus gentiment possible d'aller vers une structure de soins de droits communs. Eh bien, dire cela nécessite une grande qualité d'écoute et de perception de ce qui est le meilleur pour la personne venant au centre. Quant à l'obligation de résultats, c'est une terminologie que j'accepte complètement.

**S. H. : Concrètement, après l'accueil, il y a l'orientation. Y a-t-il une phase de suivi de vos patients ?**

L'orientation et le suivi, ce ne sont pas tout à fait les mêmes notions. On préférerait faire de l'orientation plutôt que du suivi. Quoi qu'il en soit, dès que l'on oriente, la personne bénéficie d'un suivi. Ainsi, une personne arrive au préaccueil avec l'ensemble de ses demandes. Elle va signifier un besoin : soit l'accès aux soins, voir un médecin, soit l'ouverture de droits ou tout autre besoin. L'orientation commence là. La personne qui a besoin d'un logement, on ne va pas savoir lui répondre. On doit pouvoir l'orienter vers des structures dont c'est la compétence, l'informer sur les réseaux de solidarités, afin de

pouvoir frapper à la bonne porte. Si un bilan est nécessaire pour ouvrir des droits, on l'effectue. On constitue le dossier ensemble. Si cette personne ne justifie pas d'un domicile, il y a la possibilité accordée par la préfecture de Seine-Saint-Denis de la faire domicilier au centre. Le temps pour nous de plaider son dossier à la caisse primaire d'Assurance Maladie. Dans ce cas, on accompagne la personne. Mais la finalité est bien que toutes ces personnes puissent entrer dans le système de droits sanitaires et sociaux.

**S. H. : Et la place de la prévention ?**

Elle est présente à toutes les étapes du parcours. Une personne, par exemple, arrive avec un mal de gorge. On va évidemment s'en occuper. Mais on va aussi lui parler d'autre chose, de toxicomanies, de vaccination, de dépistage du VIH ou des hépatites. La prévention, administrativement parlant, est une compétence du conseil général et donc des structures officielles. Nous expliquons à la personne qui vient consulter qu'ici on peut avoir accès aux dépistages du VIH, de l'hépatite C ou de la tuberculose. J'ajoute un fait que nous observons dans toutes les structures MDM : les personnes qui viennent nous voir ne se rendent pas dans d'autres structures de soins. C'est pour cela qu'en matière de prévention nous souhaitons installer dans le Caso un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) en partenariat avec le conseil général, qui a parfaitement compris cela. Il y a urgence. Nous démontrons ainsi que nous sommes un trait d'union entre une population en situation d'exclusion et un système de santé qui a pour principe l'accès aux soins pour tous. Mais ne nous leurons pas : dans un monde idéal, MDM n'existerait pas.

Propos recueillis par Denis Dangaix.

## Pourquoi et comment les adolescents recourent-ils aux soins ?

**Comment se portent les adolescents ? La Direction de la recherche, des études et des statistiques (Drees) a effectué une revue de différentes sources de données pour analyser les motifs et modalités du recours aux soins, par âge et par sexe. Il en ressort quelques éléments importants : fréquence des problèmes métaboliques ou nutritionnels, augmentation du nombre de grossesses et d'IVG chez les mineures, part importante des traumatismes et des empoisonnements dans les causes d'hospitalisation, montée en puissance du nombre d'adolescents suivis en psychiatrie.**

Les adolescents de 12 à 17 ans se déclarent en meilleure santé que les jeunes de 18-24 ans ou les adultes. En effet, selon l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) réalisée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) en 2002, les 12-17 ans attribuent généralement une meilleure note à leur santé (moyenne à 9,3) que les 18-24 ans (moyenne à 8,9) et les 25-64 ans (moyenne 8,0).

Mais il convient toutefois de nuancer ce propos car la fréquence des troubles de santé au sens large du terme (somatique, psychologique et sociale) n'est pas négligeable. D'ailleurs, selon le Baromètre santé 2000 de l'INPES, les adolescents de 12 à 17 ans déclarent une meilleure santé physique et sociale, appréhendée par les scores de Duke<sup>1</sup>, que leurs aînés de 25 à 44 ans, mais une moins bonne santé mentale.

### Affections dentaires et ophtalmologiques : les plus fréquentes

De façon générale, les moins de 25 ans déclarent naturellement moins de maladies que les personnes plus âgées ; la plupart sont bénignes et accompagnent le développement normal de l'individu.

Selon l'enquête ESPS 2002, les problèmes les plus fréquents entre 12 et 17 ans sont les affections dentaires et ophtalmologiques – des troubles de la réfraction pour l'essentiel –, qui sont respectivement déclarés par 38 % et 30 % des adolescents<sup>2</sup>.



PHOTO : BSPF/CHASSENET

Les pathologies respiratoires sont évoquées par environ 15 % des adolescents, près de 7 % ayant déclaré de l'asthme. Viennent ensuite les problèmes nutritionnels, métaboliques ou endocriniens, qui touchent également 15 % des adolescents.

C'est à ces âges que l'on observe la prévalence la plus élevée des problèmes dermatologiques, qui atteignent globalement plus de 14 % des adolescents et plus particulièrement les 15-17 ans (16 %) : il s'agit le plus souvent d'acné, qui touche un adolescent sur dix (13 % chez les 15-17 ans).

La morbidité d'origine traumatique affecte 3 % des adolescents : 2,6 % des 12-14 ans et 3,4 % des 15-17 ans.

### Motif de consultation prédominant : les affections respiratoires

Selon l'étude réalisée en 2000 par l'Irdes (ex-Credes), les adolescents de 11 à 20 ans sont principalement suivis par des médecins généralistes qui effectuent 70 % des actes les concernant. Ils déclarent peu d'affections et, lorsqu'ils consultent, c'est le plus souvent pour des pathologies bénignes et saisonnières ou des actes administratifs ou de

prévention (certificats médicaux, visites obligatoires, etc.).

D'après la base de données IMS-Health EPPM sur les consultations libérales, les maladies de l'appareil respiratoire et les actes administratifs ou de prévention totalisent un peu plus de 43 % de l'ensemble des motifs de consultation des 12-14 ans et 40 % de ceux des 15-17 ans.

Entre 12 et 17 ans, ce sont en effet les pathologies respiratoires qui induisent le plus de consultations, pour les garçons comme pour les filles (soit près du quart). Les actes de prévention et les motifs administratifs représentent, quant à eux, un peu moins d'une consultation sur cinq.

L'ordre des motifs de recours diffère selon le groupe d'âge considéré. Chez les 12-14 ans apparaissent ensuite, pour les garçons comme pour les filles, les symptômes et problèmes de santé mal définis avec environ 10 % des motifs de consultation, les maladies infectieuses et les maladies de la peau, avec environ 8 %, puis les problèmes ophtalmologiques. Chez les 15-17 ans, les maladies de la peau représentent le troisième motif de consultation. Apparaissent ensuite les « symptômes et problèmes de santé mal définis », les problèmes ophtalmologiques, les maladies infectieuses, puis, pour les garçons, les traumatismes et, pour les filles, les maladies de l'appareil génito-urinaire.

Les troubles mentaux représentent un motif de recours à la médecine libérale relativement peu fréquent pour les adolescents, avec, selon le sexe et le groupe d'âge, entre 3 et 4 % des motifs de consultation.

### Un recours relativement élevé aux urgences

Les adolescents recourent souvent aux services d'urgence. L'enquête nationale sur les usagers des services d'urgence réalisée en janvier 2001 a montré qu'ils ont l'un des taux de passages aux urgences les plus élevés, après les enfants en bas âge et les personnes très âgées ; ils ont en revanche, comme les jeunes adultes (18-24 ans), un faible taux d'hospitalisation à l'issue de leur consultation aux urgences : 9 % contre 19 % pour l'ensemble de la population. Ce taux n'est pas uniforme et est plus



PHOTO : ESPANOL

faible pour les 12-14 ans (6,4 %) que pour les 15-17 ans (près de 11 %). Ce faible taux d'hospitalisation est dû au poids élevé de la traumatologie dans leurs motifs de recours : 74 % des passages des adolescents aux urgences sont dus à la traumatologie (contre 49 % pour l'ensemble des usagers). Les circonstances des traumatismes varient toutefois selon l'âge, la part des accidents de la circulation étant marginale pour les 12-14 ans alors qu'elle atteint 19 % pour les 15-17 ans.

### Les hospitalisations en services de soins de courte durée

Selon les données du PMSI MCO, le taux de recours à l'hôpital en soins de courte durée diffère sensiblement selon le groupe d'âge concerné. Les 12-14 ans sont ainsi, avec les 6-10 ans, la tranche d'âge qui a le moins recours à l'hôpital. Dans ce groupe, le taux d'hospitalisations des garçons est un peu plus élevé que celui des filles (103 séjours pour 1 000, contre 96) en lien avec le surcroît d'hospitalisations masculines pour causes accidentelles.

Les 15-17 ans ont un niveau de recours plus élevé que les 12-14 ans : 124 pour 1 000 jeunes gens et 149 pour 1 000 jeunes filles. L'hospitalisation plus fréquente des jeunes filles est expliquée par les causes spécifiques liées à la fécondité (avortement, grossesse ou accouchement).

À l'adolescence, les maladies de l'appareil digestif (catégorie incluant également les problèmes dentaires) et les traumatismes et empoisonnements sont

les principales causes d'hospitalisation, totalisant entre 41 et 52 % des séjours selon le sexe et le groupe d'âge. Mais la répartition entre ces deux groupes de maladies diffère selon le sexe. La part des maladies de l'appareil digestif est plus élevée que celle des traumatismes et empoisonnements pour les filles, alors qu'elle est à peu près équivalente pour les garçons (Figure).

En 2001, les maladies de l'appareil digestif ont ainsi été à l'origine de près du tiers des hospitalisations des filles de 12 à 17 ans. Les maladies des dents et du parodonte (extraction des dents de sagesse en particulier) y occupent une place prépondérante, les problèmes dentaires représentant la première cause d'hospitalisation des adolescents.

Le groupe des traumatismes et empoisonnements a motivé, en 2001, près du quart des séjours des garçons de 12 à 17 ans. Pour ces derniers, les fractures représentent la deuxième cause d'hospitalisation. Elles sont responsables de 52 % des séjours pour « traumatismes et empoisonnements » des garçons de 12 à 14 ans et de 43 % pour les 15-17 ans. Pour les filles de 12 à 14 ans, ce sont également les fractures qui sont le plus souvent à l'origine des séjours, alors qu'entre 15 et 17 ans ce sont les intoxications par produit pharmaceutique.

### Grossesse et IVG chez les adolescentes

En 2001, 4845 mineures ont eu un enfant, soit un taux de 4,3 pour 1 000 jeunes filles de 15 à 17 ans, ce qui

représente un taux un peu plus élevé que pendant la période 1995-1999 (aux environs de 3,6 naissances pour 1 000).

Le nombre d'interruptions de grossesse effectuées pour des mineures en 2001 est de 10 245, soit un taux de 9,1 pour 1 000, qui a également augmenté ces dernières années (7,5 pour 1 000 en 1995).

Au niveau international, les comparaisons concernent exclusivement les jeunes femmes de moins de 20 ans. L'Amérique du Nord se distingue par un taux élevé de recours à l'interruption de grossesse chez les 15-19 ans, avec aux États-Unis trois fois plus de recours qu'en France. Les grossesses précoces sont également beaucoup plus fréquentes outre-Atlantique.

## Des troubles mentaux différenciés selon l'âge et le sexe

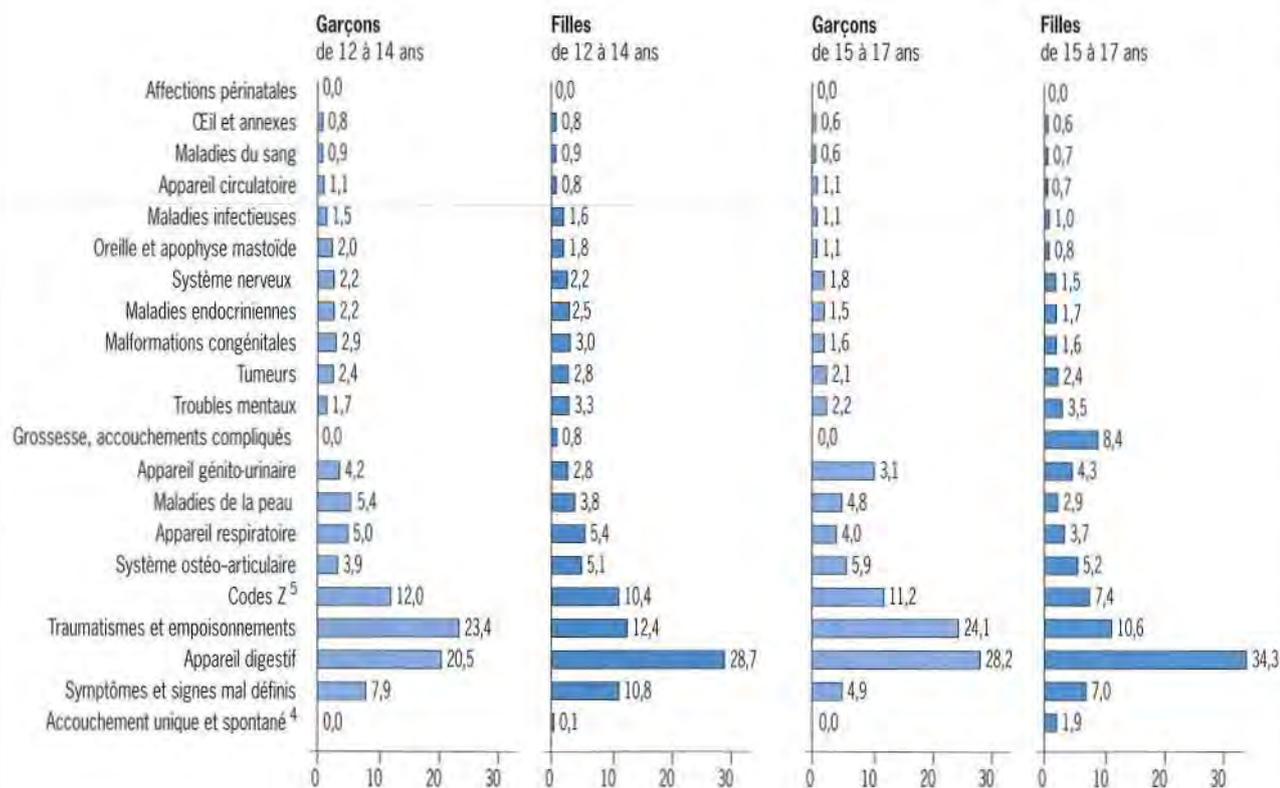
Les adolescents pris en charge dans les établissements de soins spécialisés pour troubles mentaux le sont principalement dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (176 000 jeunes âgés de 10 à 19 ans). Le taux de recours<sup>3</sup> global aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en France est passé de 16 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans en 1991 à 28 pour 1 000 en 2000.

Les adolescents peuvent également être suivis en ambulatoire dans des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), quelques-uns bénéficiant en outre de soins à temps complet ou à temps partiel dans des cliniques ou hôpitaux de jour privés. Par ailleurs,

21 % des adolescents accueillis dans les établissements et services médico-sociaux ont pour déficience principale un trouble psychique. Parmi les adolescents suivis par les secteurs psychiatriques, les 10-14 ans sont surreprésentés, contrairement aux 15-19 ans.

Jusque vers 15 ans, les garçons sont plus nombreux à être suivis dans les structures psychiatriques dépendant des secteurs infanto-juvéniles. À partir de 15 ans, la tendance s'inverse pour les prises en charge ambulatoires (les plus importantes en termes de file active). Les filles sont donc plus nombreuses que les garçons à être suivies après 15 ans, mais ceux-ci restent plus représentés pour les prises en charge les plus « lourdes » (temps partiel et temps complet). Cela doit être mis en lien avec la

Répartition des séjours<sup>1</sup> annuels effectués en 2001 dans les services de soins de courte durée MCO<sup>2</sup> selon la pathologie traitée<sup>3</sup>, l'âge et le sexe du patient.



Note : En dehors de l'accouchement unique et spontané et des symptômes, signes et états morbides mal définis, les groupes de maladies ont été classés par ordre décroissant de fréquences pour l'ensemble des 12-17 ans.

1. Hospitalisations  $\geq$  24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations  $<$  24 heures pour des motifs autres que traitement itératif (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, etc.).

2. Médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales, gynécologie-obstétrique.

3. Diagnostic principal manifestation clinique, regroupement selon les chapitres de la CIM de l'OMS 10<sup>e</sup> révision.

4. Code O80 de la CIM de l'OMS 10<sup>e</sup> révision.

5. Motifs de recours aux services de santé autres que maladie ou traumatisme tels que surveillance, prévention, motifs sociaux, etc.  
Champ : établissements publics et privés - résidents en France métropolitaine.

Source : ministère de l'Emploi, du Travail et de la Consolidação sociale, ministère de la Santé et de la Protection sociale, Base nationale PMSI, exploitation Drees.

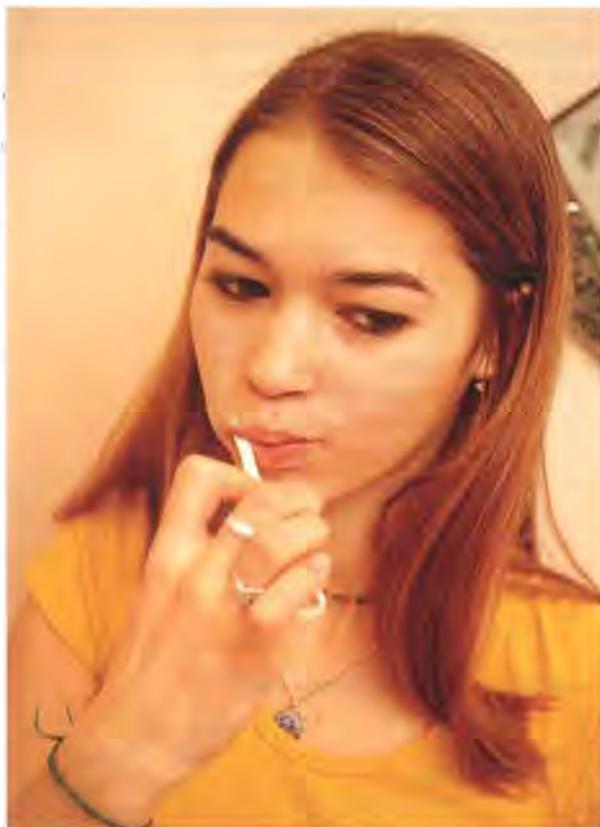


PHOTO : BSF/LAURENT/BORG

prédominance constatée dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile des troubles névrotiques et réactionnels chez les filles et des troubles de la personnalité et des psychoses chez les garçons<sup>5</sup>.

## 15-19 ans : morts violentes trois fois plus fréquentes chez les garçons

Passé la première année de vie, le taux de mortalité des enfants diminue fortement (16 pour 100 000 entre 10 et 14 ans) mais il augmente à partir de l'adolescence, s'élevant à 48 pour 100 000 pour les 15-19 ans, cette tendance s'accroissant ensuite avec l'âge.

Entre 10 et 19 ans, les décès sont deux fois plus fréquents chez les garçons (43 pour 100 000 contre 21 pour les filles). Cet écart est particulièrement marqué dans la deuxième partie de l'adolescence, les morts violentes devenant alors presque trois fois plus fréquentes dans la population masculine.

En effet, les causes de décès les plus fréquentes entre 10 et 19 ans<sup>5</sup> sont les morts violentes, qui représentent 64 % des décès de cette tranche d'âge. Parmi elles, les accidents de la circulation

représentent à eux seuls 44 % des décès des 15-19 ans, contre 25 % entre 10 et 14 ans. Les taux de mortalité par accidents de la circulation augmentent ainsi de 4 pour 100 000 entre 10 et 14 ans, à 21 pour 100 000 entre 15 et 19 ans (31 pour 100 000 pour le sexe masculin et 11 pour 100 000 adolescentes) et même à 27 pour 100 000 entre 20 et 24 ans.

Globalement, pour l'ensemble de la tranche d'âge des 10-19 ans, les suicides représentent la troisième cause de décès, après les accidents de la circulation (991 décès en 2000) et les tumeurs (285). Toutefois, si l'on restreint l'observation aux adolescents âgés de 15 à 19 ans, les suicides représentent alors la deuxième cause de mortalité. Il convient également de noter que les taux de suicides sont plus élevés aux âges adultes et qu'ils représentent la première cause de mortalité entre 30 et 34 ans.

**Vanessa Bellamy, Valérie Carrasco, Magali Coldefy, Marie-Claude Mouquet,**

**Annick Vilain**

Chargées d'études,

**Chantal Cases**

Sous-directrice,

**Christine de Peretti, Emmanuelle Salines**

Chargées de mission,

Sous-direction de l'Observation

de la santé et de l'assurance maladie,

Drees, Paris.

*1. Il s'agit d'un instrument permettant d'explorer la santé perçue et la qualité de vie ressentie par les individus. Il comporte dix-sept questions qui, combinées entre elles, permettent d'obtenir différents scores de santé. Le score de santé physique résulte de la combinaison de cinq questions relatives à la difficulté à monter un étage, la difficulté à courir une centaine de mètres, le fait d'avoir eu, au cours des huit derniers jours, des problèmes de sommeil, des douleurs quelque part et/ou l'impression d'être fatigué(e). Le score de santé sociale est obtenu à partir de cinq questions relatives au sentiment de ne pas être quelqu'un de facile à vivre, d'être content de sa vie de famille, d'être à l'aise avec les autres, au fait de s'être retrouvé au cours des huit derniers jours avec des gens de sa famille qui n'habitent pas chez soi ou avec des copains en dehors de l'école et/ou d'avoir eu des activités de groupe ou de loisirs.*

*2. Les problèmes dentaires atteignent 36 % des 12-14 ans et 39 % des 15-17 ans.*

*3. Le taux de recours est le rapport du nombre de patients suivis dans l'année par le secteur à sa population (pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, il s'agit de la population de moins de 20 ans).*

*4. Rapports annuels de secteurs 2000 - Exploitation Drees. Recensement de la population 1999 - Insee.*

*5. Les causes de décès ont été examinées pour les adolescents de 10 à 19 ans, pour des raisons de disponibilité de données.*

## Les sources de données

### Enquête ESPS 2002

Irdes (ex-Credes)

Enquête biennale ESPS menée auprès d'un échantillon représentatif de la population métropolitaine (7 342 ménages participant, 20 834 personnes en 2002) sur l'état de santé, le recours aux soins et la couverture maladie.

### Données IMS Health

Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM). Base de données sur les soins libéraux (motifs, prescriptions, etc.) produite à partir d'un échantillon de médecins libéraux.

Champ : France métropolitaine.

Année : septembre 2001-août 2002.

### Enquête urgence

Enquête effectuée auprès d'un échantillon de près de 10 000 usagers des services d'urgences hospitalières métropolitains en janvier 2002.

### PMSI MCO

Données exhaustives sur les hospitalisations de court séjour en médecine, chirurgie ou obstétrique. Données redressées 2001, exploitation Drees.

Champ : résidents en France métropolitaine.

### Psychiatrie

Les rapports de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, généralisés depuis 1983 à l'ensemble des 320 secteurs, constituent une enquête administrative exhaustive exploitée depuis 1986.

L'enquête sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les centres médico-psycho-pédagogiques et les hôpitaux de jour privés a été réalisée en 1996 par la Direction générale de la santé et le Centre collaborateur OMS pour la formation et la recherche en santé mentale (Inserm) dans la totalité de ses établissements.

### Données de mortalité sur les causes médicales de décès

Inserm, CépiDc, année 2000, données exhaustives sur les causes de décès.

Champ : France métropolitaine.

# Alcool : en cinquante ans, la grande bascule du langage de prévention

**En cinquante ans, la communication sanitaire sur l'alcool est devenue plus intransigeante. Hier, quand le vin était considéré comme un aliment, dix verres par jour étaient une consommation raisonnable pour un travailleur de force. Aujourd'hui, l'alcool étant devenu une addiction parmi d'autres, le maximum conseillé n'est plus que de deux ou trois verres par jour pour un homme. C'est ce que montre un médecin rennais qui a consacré sa thèse à l'évolution de la perception de l'alcool et au langage de prévention durant un demi-siècle, au travers des articles publiés dans *La Santé de l'homme*.**

Quand certains rendent la lutte contre l'alcoolisme pour partie responsable du marasme viticole actuel, s'intéresser à l'évolution du regard porté sur le boire et ses excès par les tenants de l'antialcoolisme n'est pas sans intérêt. Pour ce faire, rien de mieux que la lecture de *La Santé de l'homme*, qui, depuis sa création en 1942, pour enseigner « les lois de la vie saine » (1), a consacré à ce thème pas moins de neuf numéros spéciaux et plusieurs centaines d'articles et d'entrefilets. On y mesure combien, en un demi-siècle, le regard sur le boire a changé : du vin aliment, on est peu à peu passé à l'alcool drogue, et la tolérance vis-à-vis des excès a sensiblement diminué.

## Du vin aliment...

En France, au début des années cinquante, nul n'aurait imaginé faire le moindre repas sans quelques verres de « bon » vin ni fêter le moindre événement sans quelques libations. Il était normal de boire beaucoup à une époque où « le public accept[ait] difficilement de croire que le champagne, le vin, le cidre et la bière [étaient] des boissons alcoolisées et [pouvaient] engendrer l'alcoolisme » (2) et où « les deux tiers des alcooliques [étaient] des buveurs de vin et très souvent des buveurs de vin exclusifs » (3).

Seulement, dans les contextes de la reconstruction puis des Trente Glorieuses, une telle alcoolisation généralisée était vécue comme un frein au progrès

et à la modernité car « boire de l'alcool, c'est être incapable d'affronter la vie moderne, qui demande des réflexes sûrs et une intelligence vive, c'est vivre en arrière » (4).

Mesures législatives et réglementaires allaient donc se succéder jusqu'au début des années soixante pour faire baisser la consommation. Sous l'impulsion du Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme, créé en 1954, les actions de promotion de la modération vont se multiplier. Le mot d'ordre était clair : « santé, sobriété ». Il convenait de convaincre la population que toutes les boissons fermentées – en particulier le vin – contenaient de l'alcool ; qu'il fallait les consommer avec modération et les déconseiller aux femmes enceintes et aux enfants auxquels mieux valait proposer des jus de fruits. Il s'agissait de leur faire adopter un « code du savoir-boire adapté à notre époque » qui consistait, par exemple, lors des repas « à ne pas servir d'office », « ne pas insister pour servir à nouveau » et à « laisser à la libre disposition des convives une eau de qualité » (5).

Pour atteindre ce but, encore fallait-il s'accorder sur la notion de consommation modérée et fixer une norme qui tienne compte des réalités culturelles du moment. Ce sera la clé de voûte de la communication publique. Prescriptions de l'Académie de médecine à l'appui, le Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme allait ainsi marteler dans



ses campagnes des années cinquante : « Pas plus d'un litre de vin par jour ! » (6)

## ... à l'alcool drogue

L'erreur qui consistait à considérer les boissons alcooliques comme un complément alimentaire indispensable demeura le leitmotiv de beaucoup d'articles jusque dans les années soixante-dix, et les buveurs excessifs, ceux qui « commettent chaque jour des erreurs alimentaires liquides accompagnées bien souvent d'excès dans l'alimentation solide » (7), la cible privilégiée de la prévention.

Mais, alors que la tendance à la baisse de la consommation du vin s'affirme à cette époque, on assiste à un



changement de regard sur le produit : dans les propos, le vin aliment cède progressivement sa place à l'alcool drogue. L'idée n'est certes pas nouvelle puisque, dès le milieu des années cinquante, Paul Perrin parlait d'alcoolomanie ou de « l'impossibilité de se priver de boissons alcoolisées » (8) et que, dix ans plus tard, A. Verhaeghe et R. Schootet reconnaissaient que les boissons alcoolisées agissent comme des drogues en favorisant des états d'accoutumance.

Cette idée fait si bien son chemin que l'alcool est de plus en plus considéré comme une drogue licite à partir des années quatre-vingt, « Une drogue en vente libre » pour reprendre le slogan d'une affiche de l'époque. Finalement, les notions de dépendance – définie à la fin des années soixante par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un « assujettissement de l'individu à la prise d'une drogue » (9) – puis d'addiction s'imposent, et l'approche globale l'emporte sur l'approche par produit.

Il est vrai que les alcoologues ont alors de nouveaux sujets d'inquiétude. C'est en premier lieu le fait que l'alcoolisme « gagne... les femmes à une cadence inquiétante » (10), avec le risque, lorsqu'elles sont enceintes, qu'elles font courir à leur enfant de naître prématuré ou malformé. Puis, au cours de la décennie suivante, c'est l'alcoolisation des adolescents et jeunes adultes qui retient l'attention, une alcoolisation marquée par un « abandon de la culture du vin au profit de la

bière et des alcools forts » et l'essor d'une « manière nordique de boire de l'alcool... centrée sur l'enivrement » (11). Enfin, l'alcool est avec la vitesse le principal facteur d'accidents de la route.

## Une tolérance en baisse

Dans ce contexte, le seuil de tolérance face aux excès alcooliques n'a cessé de baisser alors que la consommation alcoolique a pourtant notablement diminué. De 27,4 litres d'alcool pur par adulte en 1960, elle est tombée à 13,4 litres en 1999 tandis que la part des boissons alcoolisées dans le budget des ménages passait de 12,4 % en 1960 à 8,9 % en 2002.

Dorénavant, « un homme dont les réflexes n'ont pas la vivacité ni la précision normales, parce qu'il boit un peu trop, est déjà un danger pour la société... » (12) Même la modération semble de moins bon goût. Car, entre les « bons buveurs » qui savent boire normalement et déguster raisonnablement le produit et les « mauvais » qui en font un mésusage, la marge est étroite : de « boire par goût, pour le palais et pour la fête », on peut vite « boire par entraînement, par habitude sociale, devenir dépendant et, donc, avoir besoin de boire » (13). Au volant, en tous les cas, elle n'est plus de mise : le conducteur est sommé de choisir,

comme le lui rappellent tant les slogans des campagnes de communication que les réglementations et les contrôles plus stricts de l'alcoolémie.

Si bien qu'aujourd'hui, alors que les Français consomment quasiment moitié moins d'alcool qu'en 1960 et qu'ils achètent davantage d'eau que de vin, on imaginerait mal les pouvoirs publics reprendre à leur compte les grandes campagnes de modération d'il y a cinquante ans. Nous sommes désormais bien en deçà des dix verres quotidiens que l'on conseillait pour un travailleur de force et il paraît déjà loin le temps où l'éducation sanitaire, ciblant presque exclusivement les erreurs alimentaires communes à la majeure partie de la population, proposait de « boire peu mais bon ».

**Emmanuelle Le Berre**

Docteur en médecine, Rennes

**Thierry Fillaut**

Professeur d'histoire contemporaine, Université de Bretagne Sud.

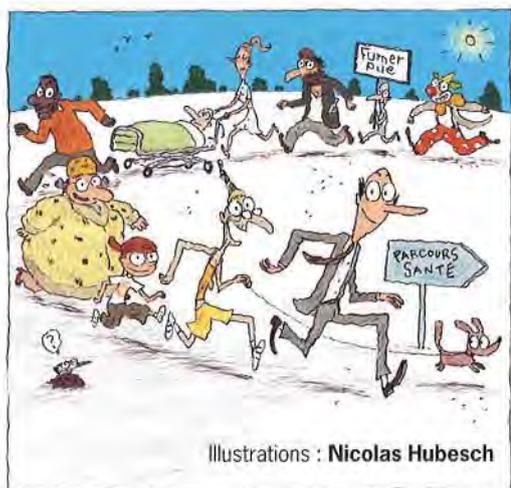
Cet article a été rédigé à partir de la thèse de médecine d'Emmanuelle Le Berre, « Soixante ans d'alcoolisme dans La Santé de l'homme. Évolution de la perception de l'alcoolisme en France à travers une revue d'éducation sanitaire (1942-2002) », Rennes 1, décembre 2004 : 190 p.

## ► Références bibliographiques

- (1) Delore P. Présentation. La Santé de l'homme n° 1, avril 1942 : 1-2. Pour l'histoire de la revue, se reporter au numéro spécial : Soixante ans d'éducation pour la santé. La Santé de l'homme n° 362, novembre-décembre 2002 : 14-40.
- (2) Verhaeghe A. Moi, un alcoolique ? Mais ne je ne bois jamais d'alcool ! La Santé de l'homme n° 89, mai-juin-juillet 1955 : 83-4.
- (3) Perrin P., Trémolières J. L'Alcool, erreur alimentaire. La Santé de l'homme n° 131, mars-avril 1964 : 16-25.
- (4) Bertrand A. L'action contre l'alcoolisme dans les collectivités du travail... La Santé de l'homme n° 111, 1959 : 11.
- (5) De Givry Y. Pour un code de savoir-boire. La Santé de l'homme n° 136, janvier-février 1965 : 37-9.
- (6) Fillaut T., Garçon J. La prévention de l'alcoolisme par l'affiche en France, en Belgique, en Suisse et au Québec. ENSP/Ireb, 2000 (cédérom).

- (7) Le Go P.-M. Nouvelles conceptions de la lutte contre l'alcoolisme par la prévention. La Santé de l'homme n° 171, janvier-février 1971 : p. 24.
- (8) Perrin P. Causes psychiques de l'alcoolomanie. La Santé de l'homme n° 89, mai-juin-juillet 1955 : p. 80.
- (9) Touzeau D. Les dépendances, de quoi parle-t-on ? La Santé de l'homme n° 347, mai-juin 2000 : 16-8.
- (10) Membrado M. Boire au féminin. La Santé de l'homme n° 250, mars-avril 1984 : 19-20.
- (11) Warsell L. L'Europe de la prévention. La Santé de l'homme n° 320, novembre-décembre 1995 : 44-6.
- (12) Lutte contre l'alcoolisme à l'Académie nationale de médecine. La Santé de l'homme n° 219, janvier-février 1979 : 34-5.
- (13) Arnold-Richez F. Plaisir ou besoin de boire ? La Santé de l'homme n° 250, mars-avril 1984 : 14-6.

# Les Journées de l'INPES 2005 : partage d'expériences



Illustrations : **Nicolas Hubesch**

Dossier coordonné par **Yves Géry**, rédacteur en chef de *La Santé de l'homme*, avec l'ensemble des équipes de l'INPES.

Les textes des interventions et des débats sont disponibles en ligne sur [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr) à la rubrique Actualités, Journées de la prévention

## Journées de la prévention : à l'écoute des acteurs de terrain

Les 12 et 13 avril 2005, l'INPES a organisé ses premières « Journées de la prévention ». Leur objectif était de rassembler les professionnels et l'ensemble des intervenants en prévention et en éducation pour la santé autour du thème : « La prévention en actions : partage d'expériences ».

Depuis sa création en 2002, l'INPES a noué des partenariats étroits avec les acteurs de terrain afin de mieux mettre en œuvre les missions de santé publique qui lui ont été confiées par la loi. En effet, sans ces actions de proximité, aucune politique nationale ne pourrait être menée efficacement auprès de nos concitoyens.

Ce thème du partage d'expériences a été particulièrement rassembleur puisque six cents personnes ont assisté à ces Journées. Pas moins de quatre-vingt dix experts sont intervenus pour présenter leurs actions et débattre autour de leur

pratique professionnelle. Le public avait le choix entre six sessions thématiques :

- la prévention au quotidien de la consommation excessive d'alcool et du tabagisme ;
- les déclinaisons locales du Programme national nutrition-santé ;
- la prévention du sida : solidarité et travail en réseau ;
- les enquêtes régionales de santé et les baromètres régionaux ;
- l'élaboration et l'utilisation des recommandations, et l'évaluation en santé publique ;
- les pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé.

À l'occasion de l'ouverture des Journées, Didier Houssin, Directeur général de la santé, a souligné que le rôle majeur de la prévention et de l'éducation pour la santé était désormais reconnu au plan législatif par la nouvelle loi de santé publique.

**Ces journées auront été le lieu d'expression des attentes – voire des inquiétudes – des acteurs de prévention et d'éducation pour la santé, au moment où la nouvelle loi de santé publique qui fait la part belle à la régionalisation se met en place, mais que l'on constate une contraction préoccupante des moyens dédiés à la promotion de la santé dans un certain nombre de régions.**

La lutte contre les principales causes de mortalité prématurée « évitable », la prise en compte de la santé dans sa globalité et la réduction des inégalités de santé sont autant de priorités de santé publique. Des premiers résultats encourageants méritent d'être relevés, tels que la baisse de la mortalité attribuée au tabac et la réduction du nombre de décès sur la route.

Pour le directeur général de la santé, il convient de poursuivre l'effort et de développer les actions dans tous les domaines : enrayer le relâchement des comportements concernant la transmission du sida, aller au-delà de l'actuelle stagnation de la consommation d'alcool, etc.

La prévention et l'éducation pour la santé doivent « devenir un réflexe dans notre pays », selon le professeur Houssin, qui a bien montré la marge de progression des politiques de prévention et d'éducation pour la santé, tout en mettant en exergue l'importance croissante des préoccupations des pouvoirs publics en ce domaine.

Intervenant également en ouverture des Journées, le Professeur Jean-Louis San Marco, Président du conseil d'administration de l'INPES, a lui aussi appelé à la diffusion d'une véritable culture de prévention à l'ensemble de la société, rappelant que la France consacrait actuellement infiniment plus de moyens financiers (dans un rapport de 1 à 50 !) aux soins qu'à la prévention.

Invité comme « grand témoin » de ces Journées, le Professeur Jean-Pierre Deschamps, Président de la Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnes), a insisté, pour sa part, sur l'impératif de soutenir les acteurs de terrain, de leur donner les moyens humains et financiers nécessaires à leur action, sans pour autant les enserrer dans des carcans trop rigides. Bref, de garder intacte la créativité et la capacité des intervenants locaux à répondre aux demandes des publics avec lesquels ils sont en contact quotidien.

Après ce panorama national, l'intervention de confrères venus de Belgique et de Suisse a

permis de démontrer la diversité des politiques de prévention en présentant d'autres approches possibles.

J'ai, comme d'autres, été particulièrement frappé par la richesse des expériences présentées, mais aussi par la diversité et le professionnalisme croissant des intervenants. Ces Journées auront, je l'espère, également permis de percevoir tout l'intérêt de mutualiser ces savoirs et ces pratiques. Enfin, elles auront, à n'en pas douter, été le lieu d'expression des attentes – voire des inquiétudes – des acteurs de prévention et d'éducation pour la santé, au moment où la nouvelle loi de santé publique qui fait la part belle à la régionalisation se met en place, mais que l'on constate une contraction préoccupante des moyens dédiés à la promotion de la santé dans un certain nombre de régions.

Attentif à cette contradiction, l'INPES a réaffirmé le rôle qui était le sien : soutenir l'action des acteurs locaux soit au travers du subventionnement, qui représente une part croissante de son budget, soit au travers de la fourniture de conseils méthodologiques et d'outils destinés à faciliter la pratique et l'action, soit enfin au travers de l'animation et de la mutualisation des échanges en matière de prévention et d'éducation pour la santé.

En conclusion, ces Journées auront permis un débat sans tabou. Merci à tous ceux qui, à quelque titre que ce soit, ont accepté d'y participer.

Ce dossier de *La Santé de l'homme* restitue avant tout la parole des acteurs. S'il donne un coup de projecteur particulier sur quinze actions d'éducation pour la santé qui ont fait l'objet d'une présentation lors de ces premières journées, l'ensemble des interventions y est également présenté.

Fort de la satisfaction exprimée par la plupart des participants, l'INPES a décidé de pérenniser cette rencontre annuelle. Rendez-vous donc les 29 et 30 mars 2006 à la Mutualité à Paris pour une édition centrée sur la prévention et l'éducation pour la santé en direction des jeunes.

**Philippe Lamoureux**  
Directeur général de l'INPES.

# Alcool et tabac : la prévention au quotidien

Peu d'entreprises en France se sont lancées dans une démarche de prévention de la consommation d'alcool auprès de leurs salariés : sur les dix actions présentées aux Journées de l'INPES sur les thèmes du tabac et de l'alcool, une seule traitait de ce sujet qui demeure tabou. Jean-François Valette, d'Aides Alcool, souligne que souvent les entreprises se préoccupent de cette question à la suite d'un accident survenu à un salarié.

En matière de lutte contre le tabagisme, en revanche, les projets sont nombreux. Mais, là encore, la démarche de prévention ne coule pas de source. Ainsi plusieurs entreprises se sont lancées dans la prévention avec leurs médecins du travail afin d'éviter un accident sur un poste

de travail, le plus souvent parce qu'il est devenu impossible de fumer en certains endroits compte tenu de l'utilisation de substances chimiques. Dans le Limousin, les entreprises sont épaulées par un centre de sevrage tabagique et une équipe de professionnels pour accompagner leur salariés dans l'arrêt du tabac. Par ailleurs de nombreux établissements scolaires se sont lancés dans la lutte contre le tabagisme, inscrivant souvent leur action dans le cadre du Plan cancer. Mais c'est finalement dans un centre hospitalier – celui de Dreux – que la démarche d'aide au sevrage des salariés est la plus aboutie, avec un suivi individuel par consultations ainsi que la fourniture des substituts nicotiques.

## Prévention du tabagisme : tester l'outil pour s'assurer de son efficacité

**Comment concevoir un outil d'aide à la prévention du tabagisme en milieu scolaire ? L'expérience en région Rhône-Alpes présentée ci-dessous permet d'identifier la marche à suivre mais aussi de repérer les principaux écueils à éviter. Testé dans plusieurs lycées, l'outil a été épuré et adapté aux préoccupations des professionnels des établissements, sans renoncer aux règles d'éthique de l'éducation pour la santé.**

Le réseau rhônalpin d'éducation pour la santé<sup>1</sup> a élaboré, en 2003-2004, un outil d'aide à l'action sur la loi Evin et la prévention du tabagisme en milieu scolaire. Sa conception fait suite, d'une part, à un programme régional de prévention du tabagisme dans les lycées en 2001-2002 dont l'évaluation a montré une application inégale et imparfaite de la loi Evin et, d'autre part, à des demandes répétées de la part des professionnels des établissements scolaires qui se sentaient en difficulté pour appliquer cette loi. « Face à ce constat, nous avons souhaité apporter une aide méthodologique et concrète pour faciliter l'application de cette loi », indique Gwenaëlle Le Ponner, du Craes-Crips. Notre objectif était de rappeler la fonction de cette loi, qui cherche à protéger les non-fumeurs, mais surtout de saisir l'opportunité de cette loi pour promouvoir la santé et favoriser la conduite d'actions d'éducation pour la santé en milieu scolaire ».



Le travail a débuté par des rencontres auprès d'une dizaine de lycées pour connaître leurs démarches et leurs difficultés pour appliquer la loi Evin et ainsi repérer les questions à aborder dans cet outil. « Notre expérience en appui méthodologique a permis de déterminer les différentes étapes qui

nous semblaient indispensables pour faciliter l'application de la loi », poursuit Gwenaëlle Le Ponner. Nous avons ainsi établi une méthodologie type s'inscrivant dans les principes de l'éducation pour la santé (concertation, durée de l'action, etc.). « Une fois la méthodologie posée, nous l'avons testée

dans deux établissements scolaires pour réajuster notre proposition ». Cette étape s'est révélée « essentielle car elle a permis de confronter notre proposition théorique aux particularités du terrain. Notre proposition est apparue très idéaliste car très exigeante et déconnectée des réalités du terrain. »

Le groupe a alors modifié son projet de départ pour proposer des pistes de réponses aux questions les plus fréquemment posées et pour que cet outil serve au plus grand nombre possible. Les questions retenues traitent notamment du contenu de la loi, de ses inté-

rêts et limites, des grandes étapes de sa mise en application (question qui constitue le cœur de la méthodologie d'action) et de la mobilisation des ressources internes et externes à l'établissement. Elles abordent également la construction d'un questionnaire pour réaliser un état des lieux, l'arrêt du tabagisme d'un jeune, les actions concrètes pour faire de la prévention du tabagisme ou encore les suites à donner à une telle action. Une dernière partie relate des exemples d'application de la loi dans trois établissements scolaires avec l'identification des difficultés rencontrées et les conseils à en retirer.

L'outil a ainsi pour sommaire l'ensemble de ces questions pour lesquelles les membres du groupe de travail ont apporté des réponses concrètes. L'outil, qui a reçu un accueil très favorable, a été édité en sept cents exemplaires et diffusé dans les établissements scolaires de la région Rhône-Alpes.

*1. Associations départementales d'éducation pour la santé 26, 38, 42, 69 et Craes-Crips.*

L'outil d'aide à l'action « Loi Evin et prévention du tabagisme en milieu scolaire » est disponible sur le site [www.craes-crips.org](http://www.craes-crips.org) (onglet Publication/2004).

## Petit département... forte mobilisation pour prévenir le tabagisme en entreprise

**Le département de la Creuse compte un seul centre d'aide au sevrage tabagique, rattaché à un centre médical. C'est sur cette structure que repose la réussite du programme de prévention du tabagisme en entreprise développé depuis 2000. Les motivations des entreprises qui s'engagent sont diverses : raisons impératives de sécurité, amélioration des conditions de travail...**



Jusqu'en 2000, les salariés de l'entreprise Dagard à Boussac (Creuse), fabricant de panneaux isothermes en polyuréthane, pouvaient fumer à leur poste de travail. En septembre 2000, l'entrée en vigueur de nouvelles normes environnementales oblige, lors de la production, à renoncer à l'utilisation d'un produit chimique parce qu'il est nocif

pour l'environnement. Cette substance est remplacée par un gaz explosif. Ce qui implique *de facto* l'interdiction de fumer aux postes de travail pour éviter tout risque d'incendie ou d'explosion.

Pour mettre en œuvre cette mesure, l'entreprise et le médecin du travail se tournent vers l'échelon départemental :

Assurance Maladie, comité départemental d'éducation pour la santé, Ligue contre le cancer, centre médical MGEN avec son centre d'aide au sevrage tabagique, unique dans le département et la région. Un comité de pilotage est créé et un plan élaboré à partir de début 2001. Outre l'interdiction de fumer à certains postes de travail, l'entreprise vise la réduction de 20 % du nombre de fumeurs parmi les salariés.

### 40 % de réussite après un an

Le plan d'action mis en œuvre s'articule autour de cinq mesures :

- information de l'ensemble des salariés du contenu du projet, par une lettre jointe au bulletin de salaire ;
- lancement d'une enquête anonyme auprès de tous les salariés pour recenser habitudes tabagiques et gênes ;
- organisation de modules d'information et de sensibilisation des salariés et mise en place d'une campagne d'affichage itinérante dans les ateliers ;
- création d'une salle fumeurs à partir du moment où l'interdiction de fumer devient effective aux postes de travail ;
- soutien des fumeurs dans leur démar-

che d'arrêt par des consultations individuelles ou par la mise en place de groupes de sevrage tabagique.

L'essentiel de l'action s'est déroulé en 2001. Trois groupes de sevrage tabagique ont été constitués, regroupant au total vingt-sept personnes. Les résultats sont les suivants : après six mois, 55 % des fumeurs qui se sont arrêtés tiennent bon. Après douze mois, ils sont 41 %. En 2001, on recensait deux cent vingt-quatre non-fumeurs et cent vingt-deux fumeurs dans l'entreprise. En 2004, ils sont deux cent soixante-douze non-fumeurs et soixante-quatorze fumeurs. Pour Claudine Busset, coordonnatrice de l'unité d'aide au sevrage tabagique du centre médical MGEN de Sainte-Feyre, dans la Creuse, qui participe au suivi de l'action, plusieurs facteurs se sont conjugués pour parvenir à ces résultats : « *Le soutien total de la direction, les compétences de l'équipe, l'octroi de temps, la non-diabolisation des fumeurs et la proposition d'une aide au sevrage.* » En outre, le médecin du travail a joué un rôle central.

### Améliorer l'hygiène dans les ateliers

Derrière cette initiative, on retrouve des partenaires rassemblés dans un collectif intitulé « Creuse sans tabac ». Les entreprises souhaitant mener une action de prévention du tabagisme trouvent ainsi des interlocuteurs organisés. Depuis, d'autres entreprises ont suivi : par exemple, en 2004, Wagon, quatre cents salariés, propriété d'un fonds de pension britannique, fabricant de pièces automobiles à La Souterraine (Creuse). Une activité industrielle qui implique bruit, poussière et fumée d'huile. Sur ce site, ce n'est pas pour des raisons de sécurité qu'une démarche de prévention a été initiée mais parce que le directeur du site voulait prendre en charge l'hygiène de vie au travail. Cela sans perdre de vue la question de la rentabilité, tout en composant avec le contre-pouvoir puissant des syndicats sur ce site.

De ce fait, l'action est allée au-delà de la simple prévention du tabagisme : un travail d'ensemble a été réalisé sur l'hygiène des locaux, sur le filtrage des poussières et l'aspiration des fumées. Sur le volet tabac, la même méthodologie a été appliquée que dans l'entreprise précédente : groupe de travail,

sensibilisation, affichage et offre de sevrage tabagique de groupe. Les négociations ont été serrées entre syndicats et direction sur l'affectation ou non de l'activité de prévention sur le temps de travail. « *La sensibilisation a été prise sur le temps de travail et la poire a été coupée en deux pour les groupes de sevrage : moitié temps de travail et moitié temps personnel* », indique Claudine Busset. L'évaluation à un an montre des résultats légèrement inférieurs à ceux obtenus chez Dagard.

### La délicate question des financements

Depuis, d'autres initiatives ont été mises en place dans le département de la Creuse (six entreprises, quatre centres hospitaliers et deux lycées) et le projet a été étendu aux autres départements de la région du Limousin.

Dans tous les cas, ce type de projet demande du temps – souvent plusieurs années – au rythme propre de l'entreprise. Leur efficacité est à considérer en

croisant les résultats obtenus et les moyens engagés. En Creuse, des ressources humaines importantes s'impliquent pour pouvoir répondre aux demandes des entreprises : une personne au comité d'éducation pour la santé, une autre à la caisse d'Assurance Maladie, deux personnes au centre d'aide au sevrage tabagique. L'engagement financier des pouvoirs publics a participé à cette mobilisation : en 2002, des crédits ont été alloués pour l'obtention de quatre demi-postes (médecin, infirmière, cadre et secrétaire) qui servent de socle au dispositif : ils font fonctionner le sevrage tabagique en entreprise, les actions dans les hôpitaux, les consultations internes/externes, etc. Soit des crédits de cent quatre-vingt-dix mille euros en 2004, qui ont été reconduits in extremis en 2005, sans savoir ce qui se passera en 2006. Enfin, d'autres facteurs de réussite dépendent de l'engagement de l'entreprise : sur certains sites, 70 % du coût des substituts nicotiques ont été pris en charge par cette dernière.



## Alcool-drogues en entreprise : contourner le tabou de la réalité

Depuis 1991, Aides Alcool et Contact-Isère accompagnent plusieurs dizaines d'entreprises de la région Rhône-Alpes sur la maîtrise du risque alcool en milieu professionnel. Ils soulignent qu'aucun modèle d'intervention n'existe si ce n'est la concertation entre la direction des entreprises, le service social et médical, les salariés eux-mêmes et les intervenants extérieurs. Et la prise en compte des conditions de travail comme facteur de fragilisation psychologique.

Depuis quatorze ans, Aides Alcool et Contact Isère, deux associations d'alcoologie, ont aidé à mettre en œuvre des politiques de gestion des risques de l'alcoolisation dans plusieurs dizaines d'entreprises privées (Nexans, Société d'Autoroute Paris-Rhin-Rhône), des collectivités territoriales et services déconcentrés de l'État (mairie de Grenoble, Communauté urbaine de Lyon, qui compte quatre mille cinq cents agents, Directions départementales de l'équipement (DDE) de la Loire, du Rhône et de l'Isère). Les résultats, s'ils ne sont pas toujours aisément quantifiables, n'en sont pas moins tangibles : tel médecin du travail témoigne qu'après une séance de parole sur la réalité alcool, les salariés se confient sur cette question lors de la visite médicale ; tel directeur des ressources humaines assure que depuis que la règle existe et qu'une formation a été proposée à ses agents de maîtrise, l'intervention sur les problèmes de comportement est plus aisée et débouche sur une proposition d'aide... Formation, questionnement des conditions de travail constituent l'essentiel de la posture de prévention initiée sur l'alcool dans certaines entreprises (pour plus d'informations voir aussi *La Santé de l'homme* n° 368). Ce n'est d'ailleurs pas d'alcool dont on devrait parler mais plus largement du lien entre consommation de psychotropes, équilibre de vie et épanouissement au travail.

### L'écueil de la culture « alcoophobe »

Sur la base de ce travail mené par Aides Alcool depuis bientôt dix ans, Jean-François Valette, directeur et for-



mateur d'Aides Alcool Rhône-Alpes, souligne que l'entreprise est démunie en termes de management, que le code du travail est flou et contradictoire. Souvent le problème est pris trop tard et la personne concernée risque d'être exclue plutôt qu'accompagnée managérialement et thérapeutiquement de façon adaptée. Aides Alcool pointe aussi une « grande méconnaissance, par l'entreprise, de l'ensemble des dispositifs existants pouvant accompagner les médecins du travail ». Autre problématique récurrente rencontrée : la culture alcoophile (survalorisation symbolique du produit) cohabite avec la culture alcoophobe (stigmatisation des personnes en difficulté). Il y a souvent également un déni des facteurs de risques générés par l'entreprise elle-même (charge mentale, stress, ennui, solitude, pénibilité, contraintes managériales paradoxales, incertitude sur l'avenir, etc.). D'où la très grande difficulté des entre-

prises à jouer un rôle de prévention de l'usage de ces produits en rapport à sa propre équation « plaisir/souffrance au travail ».

Pour intervenir en entreprise, les deux associations ont élaboré un guide méthodologique, « fruit d'un travail collectif, afin de récapituler vingt ans de pratiques d'un certain nombre d'intervenants dans le champ de l'alcoologie », résume Jean-François Valette. Cet ouvrage (1) a été rédigé par un formateur consultant intervenant à Aides Alcool depuis de nombreuses années, Jean-Paul Jeannin. L'intervention repose en particulier sur des formations, dispensées aux encadrants et à d'autres acteurs essentiels de l'entreprise (médecins du travail, membres de CHSCT, responsables sécurité, etc.) ; des sessions sont organisées sur des thèmes spécifiques, pour expliquer quelles stratégies « actives et respec-

ieuses des résistances légitimes » mettre en place, ajoute le directeur d'Aides alcool. Ce dernier se méfie des modèles d'intervention tout faits : « Il n'existe pas de plan d'action a priori définitif sur cette question, mais simplement des principes, des repères, des postulats à proposer à un collectif qui va vivre cette réalité de toute façon de manière singulière. »

### Instaurer un climat préventif

La mise en œuvre de toute intervention « passe par une vision globale, une sorte de politique d'ensemble, rappelle-t-on à Aides Alcool. Il faut créer un climat de communication fort mais non incantatoire sur ces questions, arriver à parler du rapport aux substances psychoactives de façon adulte, c'est-à-dire intégrant la complexité, la durée, la patience et la rigueur méthodologique. » Créer un climat favorable et travailler en profondeur. Pour cela, il est nécessaire d'instaurer un vrai débat entre les principaux acteurs pour pouvoir ensuite dégager un consensus minimal, éthique, stratégique et opérationnel. Autre passage obligé : la mise

en place d'un projet sur la qualité managériale, d'un climat préventif et d'un réseau d'aide.

En résumé, selon l'association, toute intervention nécessite :

- un management qualitatif ;
- la mise en œuvre d'un réseau d'aide interne et externe ;
- la création, le plus vite possible, d'une culture collective de l'accompagnement des gens en difficulté ;
- la mise en œuvre d'une politique volontariste de prévention des risques et des facteurs de risques.

Il n'existe pas d'action qui se déroule de façon isolée et parcellaire. Idéalement, la politique de gestion des risques de l'alcoolisation doit s'appuyer sur trois piliers :

1. un groupe de volontaires pour travailler sur la question de la prévention dans l'entreprise, mandatés par le CHSCT, dans une perspective de santé, de sécurité et d'épanouissement au travail ;
2. un protocole de management élaboré par les cadres et la Direction ;

3. un protocole d'aide et d'accompagnement animé par les professionnels du médico-social dans l'entreprise et des salariés formés à la relation d'aide. Ces trois chantiers doivent s'inscrire dans le cadre d'une politique d'ensemble préalablement définie par un groupe ressources (composé de membres de la direction et de la hiérarchie, du pôle médico-social et du CHSCT).

Enfin, aucune action globale ne peut se dérouler si les facteurs objectifs de fragilisation des salariés dans leur travail sont niés ou insuffisamment pris en considération : il est illusoire de travailler sur la prévention du risque alcool et des autres psychotropes sans accepter de prendre en compte l'ensemble du système et pas seulement des « individus en risques ou en difficultés », c'est-à-dire une nécessaire attention aux conditions de travail et à l'organisation de l'entreprise

(1) Jeannin J.-P., Vuille J.-F., Harzo C. Gérer le risque alcool au travail. Lyon - Ed. Chronique sociale 2003. Disponible à Aides Alcool : 71, quai J.-Courmont, 69002 Lyon.

## Hôpital de Dreux : le personnel impliqué dans la prévention du tabagisme

**Peu de lieux de travail en France peuvent se targuer d'avoir mis en place un dispositif aussi incitatif à l'arrêt du tabac. L'hôpital de Dreux, premier employeur de la ville avec un effectif de mille cinq cents personnes, a mis en place une consultation de tabacologie et fournit les substituts nicotiques aux membres du personnel qui veulent arrêter de fumer.**

Pionnier dans la lutte contre le tabagisme, le centre hospitalier de Dreux s'est doté depuis 1997 d'une « unité de coordination en tabacologie », animée par un médecin (une journée et demie par semaine), une infirmière (à mi-temps) et une psychologue (une journée par semaine). Informé notamment via le bulletin de salaire, le personnel bénéficie d'un accompagnement complet pour le sevrage tabagique : « Les membres du personnel ont gratuitement accès aux consultations d'aide à l'arrêt du tabac, qui sont prises en charge sur le temps de travail ; les substituts nicotiques sont gratuits, autant en durée qu'en quantité »,

explique Béatrice Decelle, infirmière de l'unité de tabacologie. Ce programme d'accompagnement à l'arrêt soutient aussi l'abstinence temporaire pour les fumeurs les plus dépendants qui ont des difficultés à s'arrêter ; ces derniers ont, de la même façon, accès aux substituts nicotiques. Pour l'ensemble des fumeurs, l'objectif est bien entendu l'arrêt définitif du tabac, soit à court soit à moyen terme. Selon une enquête menée dans l'hôpital en 2003, 24 % des membres du personnel fumaient et plus de la moitié d'entre eux souhaitaient arrêter. Chaque consultant de l'unité de tabacologie a un dossier individuel informatisé (base

de données nationale « CDTnet »), ce qui permet de réaliser des évaluations à six et douze mois.

### Une approche globale de prévention du tabagisme

Sur un an, de mi-2003 à mi-2004, trois cent quatorze fumeurs ont consulté l'unité de tabacologie, dont quatre-vingt-cinq membres du personnel ; après six mois, 32 % des membres du personnel déclaraient avoir arrêté de fumer. Et 24 % des autres consultants avaient arrêté au bout d'un an.

Cette action d'aide au sevrage tabagique des employés s'inscrit dans un



contexte de forte mobilisation : l'établissement de Dreux, membre du réseau « Hôpital sans tabac »<sup>1</sup> depuis 1997, a progressivement mis en place une politique globale de prévention : ouverture de consultations d'aide à l'arrêt pour les patients, formation des soignants à la tabacologie, actions menées au sein de la maternité, sur le thème « femmes et tabac », mise en place d'un local pour les fumeurs, apposition d'affiches dans les locaux et diffusion d'articles dans le journal de l'établissement, etc.

Ce plan de prévention du tabagisme dépasse le cadre de l'hôpital puisque des actions ont été mises en place dans les quartiers et les écoles de l'arrondissement. Depuis trois ans, des infirmières, enseignants, conseillers principaux d'éducation et documentalistes sont for-

més à la prévention des dépendances en milieu scolaire.

Cette politique de prévention bute toutefois sur l'instabilité des ressources financières. « *Le manque de financements pérennes constitue le principal frein à la mobilisation et au développement à long terme* », précise Florence Da Silva, coordinatrice du pôle Addictologie, Prévention Éducation : « *Nous consacrons une grande partie de notre travail à la recherche ou à la reconduction des financements. Il faut justifier de l'intérêt de la prévention du tabagisme, alors que l'on sait combien coûte la prise en charge d'un patient atteint de cancer à l'hôpital.* »

<sup>1</sup> L'hôpital de Dreux est aussi membre du réseau européen « Hôpitaux promoteurs de santé ».

## « Festif », un lobbying antitabac dans les universités

**Depuis 2004, le Comité national contre les maladies respiratoires, la Ligue nationale contre le cancer, Paris sans tabac et plusieurs dizaines d'autres associations apportent leur soutien aux universités pour qu'elles luttent contre le tabagisme. Dans le cadre de ce projet, dénommé Festif, une signalétique anti-tabac est installée et des consultations médicales sont proposées aux étudiants. Les résultats les plus probants ont été obtenus à l'université Paris-X Nanterre et à l'université Paris-VIII Vincennes-Saint-Denis.**

Le projet est intitulé « Facultés et écoles sans tabac en Ile-de-France » (Festif). Il est mis en œuvre depuis 2004 par l'Alliance contre le tabac en Ile-de-France (Actif), laquelle réunit vingt-sept associations dont les comités départementaux du Comité national contre les maladies respiratoires (CNMR), de la Ligue nationale contre le cancer, et Paris sans tabac (PST). Ce projet a pour objectif « *d'aider les établissements d'enseignement supérieur à devenir des établissements sans tabac* », explique le Dr Tihomir Iatchev, chef du projet Festif : dix-sept universités d'Ile-de-France y participent, ce qui représente environ cinq cent mille personnes si on y ajoute les grandes écoles. Dans le cadre de ce projet, les associations participantes apportent une expertise, un soutien à la coordi-

nation. Après douze mois d'activités, Actif a réussi à mettre en place des groupes de travail (dans certaines universités), des animations régulières, des consultations de tabacologie et à aider chaque établissement à développer une signalétique antitabac. Chaque université participante a un chargé de mission qui suit l'avancement du projet. C'est avec l'université Paris-X Nanterre et l'université Paris VIII Vincennes-Saint-Denis que cette coopération a débouché sur les actions les plus concrètes.

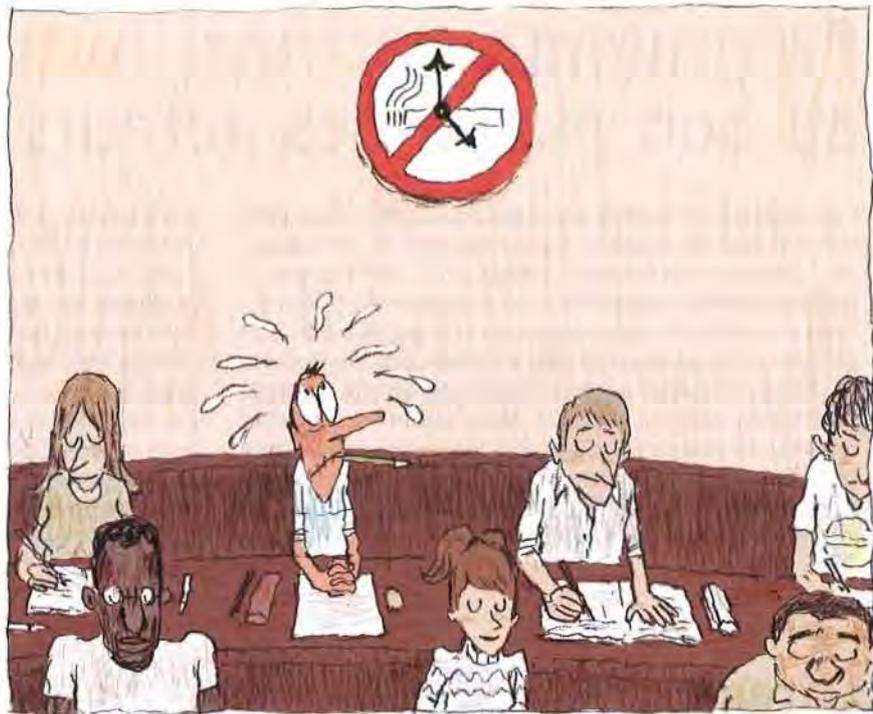
### Lobbying et soutien logistique

L'une des premières étapes a été la réalisation d'une enquête sur l'usage du tabac dans les universités, au cours de laquelle six mille étudiants ont été interrogés ; il en ressort que 29 % des

étudiants interrogés déclarent fumer, dont 17 % tous les jours et 12 % occasionnellement. Quatre cinquièmes des fumeurs ont envie d'arrêter et un établissement sans tabac est souhaité par 65 % des étudiants.

Le travail de *lobbying* et de soutien logistique effectué par Actif commence à porter ses fruits, selon les initiateurs du projet : l'Alliance a interpellé les présidents d'universités pour les placer face à leurs responsabilités de faire appliquer la loi Evin. Au départ, l'accueil a été modérément enthousiaste, puis finalement, à l'été 2004, tous les présidents d'universités ont signé un appel à leurs personnels et étudiants pour une université sans tabac. « *L'audit que nous avons mené auprès des établissements avec lesquels nous travaillons montre*

que l'image sociale du tabac dans les universités est en train d'évoluer en profondeur, dans un sens favorable à la santé publique », poursuit Tihomir Iatchev. Ces premiers résultats sont jugés intéressants mais « le chemin reste long avant d'obtenir un contrôle du tabagisme dans l'enseignement supérieur », conclut-il. Parmi les multiples problèmes qui se posent, celui du local fumeurs : sur les dix-sept universités concernées, seule Paris-VIII Vincennes – Saint-Denis s'est dotée d'un local mais l'expérience n'est guère concluante et bute en particulier sur des problèmes techniques. « C'est difficile. Quelqu'un qui fume depuis longtemps ne peut pas s'arrêter du jour au lendemain, il est tout à fait humain de lui créer les conditions pour fumer de temps en temps sans porter atteinte à la santé d'autrui », souligne-t-on à l'Alliance. Mais, globalement, le plaidoyer pour des universités sans tabac, au nom de la santé publique, commence à être entendu dans les « facs ».



## EN BREF



### ► Lycées : la loi Evin mal appliquée

Dans seulement 30 % des collèges et des lycées, il existe au moins une salle des professeurs sans tabac. Telle est l'une des conclusions de l'enquête réalisée par Serge Karsenty et Christine Diaz-Gomez pour l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Ce travail, mené sur un échantillon représentatif de six cents établissements du premier et du second degré, a permis de dresser, en 2002, l'état des lieux du tabagisme en milieu scolaire. C'est dans les lycées que la loi Evin est la moins appliquée, où le « tabagisme des élèves a droit de cité », avec notamment 40 % des lycées qui autorisent à fumer en cour de récréation.

Pour en savoir plus : [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr) (rapport téléchargeable).

### ► Prévention du tabagisme : cent quarante établissements scolaires impliqués

Cent quarante lycées et collèges de la région Nord-Pas-de-Calais sont impliqués depuis 2004 dans un programme de prévention du tabagisme. Le rectorat et son service infirmier pilotent cette action aux côtés d'une association, « Espace de concertation et de liaison addictions tabagisme » (Eclat), dont l'objectif premier est d'accompagner les établissements dans la mise en œuvre des programmes de prévention.

Contact : Delphine Testard, association Eclat, Lille.



### ► À Gémozac, un groupe de parole antitabac au collège

À Gémozac, en Charente-Maritime, une action de prévention du tabagisme a été menée dans le collège par le comité départemental d'éducation pour la santé (Codes), avec l'organisation d'un groupe de parole concernant treize collégiens volontaires. La sensibilisation a notamment été effectuée par l'infirmière tabacologue du comité départemental contre les maladies respiratoires. Points forts de cette action : la durée (dix séances de deux heures), la valorisation des élèves et le développement dans la foulée d'une action plus globale d'éducation pour la santé dans le collège, abordant la prévention des risques via un atelier de théâtre. Points faibles : le petit nombre des collégiens impliqués et le manque de moyens. Le groupe de parole a permis de souligner que, pour les collégiens, fumer cela « fait grand », « rend cool », « permet de gérer son stress » et de « s'intégrer à un groupe ».

Contact : Blandine Bouvet, Codes 17.

# Programme national nutrition-santé : au bon plaisir des acteurs de terrain

L'alimentation et l'activité physique ont un rôle à jouer dans la prévention des maladies cardio-vasculaires, du diabète, des cancers et de l'obésité. Depuis 2001, le Programme national nutrition-santé (PNNS) a pour objectif d'informer et de sensibiliser les professionnels et le grand public. Les grandes campagnes nationales sur l'intérêt de consommer des fruits et légumes ou de pratiquer une activité physique s'inscrivent dans ce contexte. Mais comment sont-elles relayées localement ? Comment les actions favorisant l'équilibre nutritionnel se mettent-elles en place ? Venus d'Alsace, de Brest, de Lille, de Marseille ou d'ailleurs, les intervenants conviés par l'INPES ont présenté et commenté

leurs actions. Très diverses, elles prennent en compte les particularismes culturels et de santé des différents territoires. Comme l'a souligné Serge Herberg (Inserm), vice-président du comité stratégique PNNS et modérateur de cette session, le Programme national offre certes un cadre de référence indispensable. Mais « sa réussite dépend de la capacité des acteurs de terrain à s'approprier ces outils, ces objectifs, et à développer des actions ». Serge Herberg a également souligné que ces mêmes acteurs de terrain « n'ont pas attendu le PNNS pour agir dans le domaine de la santé publique et de la nutrition ». En voici quelques exemples.

## Alimentation et santé : les banques alimentaires sensibilisent leurs bénévoles

Depuis 2004, la Fédération française des banques alimentaires a formé à l'équilibre nutritionnel environ mille deux cents bénévoles d'associations partenaires. La distribution des denrées alimentaires est une opportunité pour informer sur l'intérêt d'une bonne alimentation mais les colis alimentaires sont souvent eux-mêmes peu équilibrés et les bénéficiaires ont d'autres priorités que l'aliment-santé. L'opération est néanmoins jugée positive.

Les banques alimentaires participent via les associations et les CCAS partenaires, à l'alimentation de familles en situation de précarité. « Pour un certain nombre de familles en difficulté, l'aide alimentaire est devenue une prestation sociale », souligne Marie-Jo Rozières, chargée des relations avec les associations au sein de la Fédération française des banques alimentaires (FFBA). La distribution de denrées était conçue à l'origine pour répondre à l'urgence, or, actuellement, en France, la durée de l'aide alimentaire pour une famille peut aller jusqu'à quatre ou cinq ans. D'où l'opportunité de distribuer des produits satisfaisants sur le plan nutritionnel et de former les bénévoles assurant les distributions pour faire passer un message d'alimentation-santé. En 2003, dans le cadre du plan national « Alimentation et insertion » initié par les pouvoirs publics, la FFBA a donc mis en place dans huit grandes villes un

programme de formation de ses bénévoles. L'idée de base est que, dans un second temps, les personnes formées deviennent à leur tour formatrices. Les formations durent deux jours et la prestation est assurée par un organisme extérieur.

### Des recommandations adaptées aux personnes en difficulté

Quelle information faire passer aux personnes bénéficiaires, en l'occurrence un public en difficulté ? Les recommandations du Programme national nutrition-santé (PNNS) ont été adaptées et transformées en plusieurs préconisations :

- donner envie de se mettre à table (plaisir et convivialité), de manger équilibré pour préserver sa santé, de boire de l'eau ;
- donner les clés pour être attentif à l'hygiène, pour concilier équilibre alimentaire et petit budget.

« Il n'est pas question de transmettre l'ensemble de ces préconisations lors d'une distribution de produits alimentaires, cela doit se faire de façon naturelle ; dans certains cas, l'intervenant bénévole pourra formuler une préconisation, dans d'autres aucune », indique Marie-Jo Rozières. Il faut en effet que le récepteur soit en mesure d'entendre le message, « ce qui n'est pas facile », ajoute-t-elle. C'est la raison pour laquelle la première préconisation (donner envie...) a consisté à travailler sur la convivialité.

La formation a permis aux bénévoles de se sensibiliser aux problèmes nutritionnels et à l'aspect qualitatif des distributions, avec pour finalité de transmettre des messages simples et ciblés. « Les intervenants font souvent de la distribution sans accompagnement. Ces formations sont fondamentales car elles permettent de faire émer-



ger le volet santé, qui peut servir de support pour entrer en contact avec la personne accueillie », indique-t-on à la Fédération des banques alimentaires. Actuellement, toutes les associations caritatives se préoccupent de placer davantage au cœur de leur action les personnes en difficulté pour les aider à s'en sortir. Or l'alimentation, en plus

du volet santé, est un sas d'entrée pour réaliser des actions d'intégration sociale avec les personnes en difficulté.

Deux années après le lancement des premières formations, un bilan vient d'être dressé : fin 2004, mille deux cents bénévoles avaient été formés. Sur les soixante-dix-neuf banques alimentaires

dénombrées sur notre territoire, quarante-neuf s'y sont investies. Ce programme s'est poursuivi en 2005 et la formation est en cours d'évaluation. Pour la FFBA, ces formations sont un « grand pas en avant » ; mais le plus difficile reste à faire : les étendre à un nombre élargi d'intervenants, en s'appuyant sur les acteurs locaux.

### Difficile de distribuer des produits « équilibrés »

Enfin, pour ce qui est du type de denrées distribuées, les banques alimentaires tentent de rapprocher leur panel de produits d'une alimentation équilibrée. Les banques alimentaires se mobilisent pour améliorer la diversification des produits mais cette démarche n'est pas toujours facile car elle dépend également des quantités données gratuitement par les partenaires agro-alimentaires (beaucoup de viennoiseries, par exemple). Un effort est fait au niveau des fruits et légumes et des conserves de poissons. Si la banque alimentaire ne peut distribuer certains produits, l'association peut soit compléter, soit donner des conseils.

## L'éveil aux sens, porte d'entrée de la nutrition pour les retraités

**Pendant plusieurs mois, quatre-vingts personnes âgées de huit maisons de retraite en région Lorraine ont suivi des ateliers Boire-Manger-Bouger. L'évaluation de cette action met fortement en avant la notion de plaisir et de convivialité. L'éveil aux sens a beaucoup plus intéressé les participants que les conseils nutritionnels basiques. Le module d'animation de ces ateliers sera disponible sur cédérom.**

Comment inciter les personnes âgées hébergées en maison de retraite à veiller à leur équilibre nutritionnel et à pratiquer des activités physiques ? En Lorraine, un programme de promotion de santé nutritionnelle a été mené, en 2004, dans huit établissements pilotes, sous forme d'une recherche-action. À l'origine de cette initiative, le Collège régional d'éducation pour la santé (Cres) de Lorraine a obtenu un financement dans le cadre de l'appel à projets 2003 du Programme national nutrition santé (PNNS). Y a participé l'ensemble des professionnels de santé et des collectivités territoriales. Fer de lance de cette action : l'implantation dans ces établis-

sements d'ateliers nutrition-activité physique intitulés Boire-Manger-Bouger. Le rythme ? Une séance hebdomadaire pendant cinq semaines.

Chaque séance était découpée en quatre temps de vingt minutes :

- accueil ;
- pratique d'activités physiques ;
- activités autour des thèmes boire ou manger ;
- débats.

Les séances étaient coanimées par deux professionnels, l'un en activité physique, l'autre en activités nutritionnelles. Ces intervenants ont bénéficié d'une formation de deux jours, incluant

l'initiation à quatre outils d'intervention. L'ensemble de ces outils a été conçu d'une façon pluridisciplinaire par le Cres.

### Éveil sensoriel et plaisir

« La porte d'entrée éducative de ces cinq séances était l'éveil sensoriel et le plaisir », explique Lucette Barthélémy, directrice du Cres Lorraine et coordinatrice de l'action.

Les cinq séances ont été découpées comme suit :

- séance 1 : l'hydratation, la vue, le goût et la coordination des mouvements ;
- séance 2 : les fibres (fruits et légu-

mes), l'odorat et la digestion (relaxation et exercices de respiration) ;  
 – séance 3 : les besoins en protéines et en calcium, le toucher et les sensations tactiles ;  
 – séance 4 : les glucides, l'ouïe et, pour l'activité physique, la danse sur chaise ;  
 – séance 5 : thé dansant proposant un buffet-collation.

Cette action incluait une double évaluation (qualitative et quantitative). Les premiers résultats concluent que ces ateliers ont indéniablement profité aux personnes participantes : conscience accrue de la complémentarité des trois fonctions « boire, manger et bouger », envie de pratiquer de nouvelles activités physiques, regain de curiosité nutritionnelle sur les aliments et les boissons. Très réceptifs, les participants ont particulièrement apprécié la convivialité et la possibilité de créer des liens, une activité qui « redonne le sourire » et permet de se remémorer des souvenirs. Enfin, les séances d'éveil sensoriel ont été plébiscitées.

### Les ateliers pérennisés

Plus inattendu, cette recherche-action a entraîné une modification de certains aspects du fonctionnement des maisons de retraite concernées. Impact essentiel : dans plusieurs cas, les ateliers – tant activité physique que nutrition – ont été pérennisés. Par ailleurs, les menus de certains repas ont été modifiés. Et le rôle des professionnels a été valorisé. Il reste que cette initiative n'a pu se dérouler que grâce à un soutien financier extérieur aux établissements, lesquels n'ont engagé aucune dépense. On peut objecter également que cette action a requis une logistique importante – trente professionnels des maisons de retraite et



professionnels du réseau Cres/Codes – pour un nombre réduit de bénéficiaires : quatre-vingts personnes âgées. Mais n'est-ce pas analyser cette expérience par le petit bout de la lorgnette ? Pour en revenir aux aspects positifs, cette recherche-action aura une suite : son module de formation est désormais au programme des sessions – d'une durée de trois jours – organisées par le Conservatoire national des arts et métiers en partenariat avec le Cres Lorraine. Sept villes de France l'inaugureront en 2006 : Nancy, Paris, Montpellier, Nantes, Marseille, Rennes puis Toulouse. En Lor-

raine, ce programme n'en est qu'à ses débuts : « pendant quatre ans, les deux cent soixante maisons de retraite de la région vont pouvoir émarger sur ces formations et mettre en place des actions dans le domaine nutritionnel », souligne Lucette Barthélémy. Des appuis méthodologiques sur site sont proposés et peuvent être financés sous certaines conditions. Afin que le savoir-faire acquis lors de cette action puisse continuer de sortir de Lorraine, la mallette pédagogique contenant les outils d'intervention sera accessible à partir de 2006 au Cres Lorraine.

## EN BREF

### ► Brest : cent soixante mille habitants sensibilisés à l'équilibre nutritionnel

À Brest, le service de santé publique de la Ville organise, depuis 2004, un programme nutrition-santé qui décline localement les messages du Programme national nutrition-santé (PNNS) en organisant plusieurs types d'actions : tenue des « Lundis de la santé », conférence d'information réunissant six cents à mille personnes tous les mois (parmi les thèmes récents traités : artères et cholestérol) ; organisation de petits déjeuners pédagogiques dans les écoles maternel-

les et primaires, les centres sociaux ; ateliers de cuisine encadrés par une diététicienne, impliquant des populations diverses : enfants, adolescents en surcharge pondérale, adultes souffrant de maladies cardio-vasculaires, seniors. La Ville a notamment édité un classeur pédagogique, des affiches et des publications pour informer ses administrés sur l'équilibre nutritionnel. Un effort particulier a été fait pour ouvrir les conférences santé à tous les citoyens : ces

réunions sont traduites en langue des signes et les usagers peuvent intervenir à la suite du conférencier lors d'une séance de questions/réponses. Enfin, Brest vient d'obtenir le droit d'utiliser le logo du Programme national nutrition-santé dans le cadre d'un programme sportif couplé à l'incitation à consommer des fruits et des légumes.

Contact : Dr Ronan Le Reun, mairie de Brest.

### ► À Lille, « Bougez ! C'est la santé »

À Lille, Villeneuve-d'Ascq et dans d'autres communes du département du Nord, des parcours « Bougez ! C'est la santé » sont organisés sur le modèle des préconisations de l'Organisation mondiale de la santé depuis 2002. Des professionnels de la santé répondent aux questions des personnes désireuses d'évaluer leur condition physique et d'être orientées vers l'activité la plus adaptée. Par ailleurs, des conférences sont organisées sur l'alimentation, l'activité physique, le sommeil, la prévention des chutes. Depuis 2004, les structures départementales de coordination gérontologique sont associées à ces parcours et conférences. Lancé par la caisse d'Assurance Maladie du Nord, ce dispositif est géré par de multiples partenaires dont le conseil régional du Nord-Pas-de-Calais et les communes concernées.

**Contact :** Christian Sepieter, caisse régionale d'Assurance Maladie Nord-Picardie.



### ► Programme régional nutrition-santé : l'Alsace expérimente la concertation

Pour l'obésité, le diabète et la surmortalité liée aux maladies cardio-vasculaires, l'Alsace est l'une des régions françaises qui affiche les indicateurs les plus préoccupants. Les autorités sanitaires locales – réunies autour de l'Assurance Maladie et de la Mutualité française – définissent actuellement les objectifs d'un programme régional nutrition-santé pour 2005-2015. Une enquête a été réalisée pour identifier les priorités, et les différents scénarios du programme ont été examinés lors d'un débat public. Au vu de ces résultats, le programme prendra tout particulièrement en compte le fait que les normes de minceur véhiculées par les médias accentuent le risque de stigmatisation des personnes obèses. Par ailleurs, concernant l'état nutritionnel, le fossé continue de se creuser entre populations favorisées et défavorisées ; ces dernières feront l'objet d'actions prioritaires.

**Contact :** Patrice Ferre, Ddass du Haut-Rhin.

### ► Essonne : enquête alimentation auprès des migrants

Le comité d'éducation pour la santé de l'Essonne a mené une enquête sur la perception de l'équilibre nutritionnel auprès de cinquante-quatre personnes migrantes vivant en foyer. Ces personnes sont essentiellement originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne. Il en ressort que les messages nutritionnels du PNNS sont plutôt bien connus, en particulier celui portant sur la limitation des produits sucrés et du sel. Pour autant, les migrants interrogés ne suivent pas toujours ces recommandations et n'identifient pas toujours les bénéfices qu'ils peuvent en retirer pour leur santé. Avec cette enquête, le Codes souhaitait mieux comprendre les représentations de ces personnes et les freins à la compréhension des messages nutritionnels. Le comité travaille sur des recommandations spécifiques en direction de ces populations, qui souffrent davantage que la moyenne nationale de diabète, de maladies cardio-vasculaires et d'hypertension artérielle.

**Contact :** Anne Maarek, Codes de l'Essonne.

### ► Un réseau de prise en charge de l'obésité en Aquitaine

Actuellement, plusieurs réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité se mettent en place en France, en régions Midi-Pyrénées, Ile-de-France, Franche-Comté et Aquitaine. Dans cette dernière région, une harmonisation des dossiers informatiques médicaux est en cours. Les médecins et infirmières scolaires de plusieurs territoires vont être équipés de logiciels pour un meilleur suivi de l'obésité. L'accent est mis sur le rôle essentiel du professionnel pour battre en brèche la culpabilisation des personnes concernées et de leurs familles, et au contraire valoriser les progrès effectués. Parallèlement, la région Aquitaine met en place un programme « Nutrition, prévention et santé des enfants », qui vise à appliquer les recommandations du PNNS ; trois types d'intervention sont privilégiés : une approche globale de la prévention de l'obésité de l'enfant, une approche de l'offre alimentaire en milieu scolaire, et une démarche pédagogique au sein des écoles.

**Contact :** Hélène Thibault, pédiatre, Bordeaux.

### ► Des cartes postales « nutrition » à l'entrée des cantines scolaires

Pour informer les adolescents sur l'intérêt de manger équilibré, l'entreprise de restauration collective Scolarest, basée à Marseille, distribue depuis début 2005 des cartes postales humoristiques à l'entrée de ses restaurants scolaires. Chaque carte délivre une information nutritionnelle sous forme d'un message simple, accompagné d'un visuel humoristique. Un autre kit d'information (panneaux-menus, affiches-conseils, jeux, etc.) a été mis en place dans les cantines des écoles maternelles et primaires. Ces deux supports d'information sur la nutrition ont obtenu l'agrément des pouvoirs publics pour arborer le logo du Programme national nutrition-santé.

**Contact :** Arnaud Neyrac, Scolarest.



## Prévention du sida : développer le travail en réseau

La session s'intitulait « Les réseaux VIH/sida : de la prévention à la solidarité ». Dix intervenants, issus d'associations et organismes nationaux – Aides, Sida Info Service, etc. – et de structures associatives plus modestes – Afrique Avenir, *African Positive Association* –, ont présenté leurs pratiques de prévention et d'accompagnement des personnes atteintes. Premier constat : le travail en réseau fait souvent défaut, en particulier entre intervenants nationaux et de taille plus petite.

Une association nationale a ainsi découvert avec un grand intérêt la méthode d'infiltration des bars et salons de coiffure pratiquée par Afrique Avenir, n'excluant pas

de s'en inspirer. Comme l'a souligné Christian Saout, président d'Aides et modérateur de cette session, le réseau est extrêmement précieux, « les rapports de l'OMS montrent assez clairement que les marges de manœuvre dans la lutte contre le sida sont à trouver dans la formation et dans les ressources humaines ». Au-delà de la promotion du préservatif et des messages de prévention, le renforcement de ces réseaux est un levier d'action pour le futur. Un moyen pour réduire le nombre de contaminations intervenant chaque année, qui se situe aux alentours de quatre à cinq mille, comme l'a appelé Christian Saout.

## Population d'origine africaine : la prévention entre dans les foyers

Constituée de personnes d'origine africaine atteintes du VIH et vivant en France, *African Positive Association* informe et accompagne les personnes atteintes en allant à leur rencontre dans les foyers, les bars mais aussi les hôpitaux. L'association organise notamment des groupes de parole pour tenter de rompre l'isolement des malades rejetés par leur famille. Une démarche qui exige une bonne dose d'activisme.

Tout est parti d'un constat simple : les personnes d'origine africaine atteintes du sida et vivant en France font souvent l'objet d'une discrimination dans leur milieu, voire leur famille, avec le danger du repli sur soi, entraînant l'exclusion sociale, l'isolement affectif et sexuel. En 2001, une poignée de militants créent l'association *African positive association*. Tous sont d'origine africaine, vivent en France et sont atteints par le VIH. Leur objectif : mettre en place des actions de prévention de proximité auprès des personnes atteintes. « *Quatre éléments nous ont poussés à agir : l'impact du VIH sur le bien-être de la personne, la mauvaise diffusion de l'information et de la prévention au sein de la communauté migrante, la réticence de ces personnes à se protéger ou à protéger les autres et, enfin, les dénis entourant la maladie* », souligne Noël Ahebla, coordinateur de l'association.

Proximité est le maître mot d'*African positive Association*, qui a mis en place



plusieurs types d'actions : rencontres avec les personnes concernées dans la rue, dans les foyers, dans les bars, les restaurants ; organisation de groupes de parole hebdomadaires menés par des médiateurs ; organisation de permanences d'information/prévention au sein de certains hôpitaux et de centres de dépistage ; production d'outils de prévention, distribution de préservatifs masculins et promotion du préservatif féminin. Parmi les intervenants, quatre médiateurs mettent en œuvre ces actions ; le fait qu'ils vivent eux-mêmes

avec le VIH instaure une confiance réciproque avec les personnes accompagnées : « *Pouvoir ainsi s'exprimer sans limites ni tabous permet d'acquiescer une confiance en soi et conduit à formuler des projets d'avenir auxquels les personnes ne croyaient plus* », précise Noël Ahebla. Une part importante des activités est consacrée à l'accompagnement des personnes malades au cours des démarches administratives, de l'insertion sociale, de la recherche de logement, de l'accès aux soins et de la bonne observance. Les groupes de

parole permettent d'échanger les expériences de vie et de promouvoir la solidarité entre patients.

*African Positive Association* travaille auprès d'un public qui échappe le plus souvent aux réseaux traditionnels de la prévention. Outre ses propres outils, l'association utilise, entre autres, ceux créés par l'INPES en lien avec les acteurs de terrain, par exemple « Moussa le taximan », cassette audio regroupant douze

sketches de prévention, un support jugé adapté. Les moyens de cette jeune association sont limités – quatre salariés et trois bénévoles actifs sur le terrain – et sa marge d'action parfois étroite. Parmi les multiples difficultés auxquelles elle est confrontée, le fait que nombre de ses interventions s'effectue dans des foyers, dont les portes ne sont pas toujours ouvertes à une telle démarche de prévention : « *Il est difficile de convaincre les responsables de ces structures, il*

*nous a fallu parfois menacer de porter plainte pour non-assistance à personne en danger afin de pouvoir intervenir.* » Les actions de proximité requièrent souvent forcing et activisme. En dépit de ces nombreux écueils, l'association estime avoir, depuis quatre ans, apporté un soutien aux personnes isolées en privilégiant l'information sur trois thèmes : les moyens de prévention, l'accès aux soins et aux droits, le dépistage du VIH.

## Infiltrer les lieux de loisirs pour prévenir le sida

**Infiltrer un milieu pour répandre une culture de prévention : l'idée n'est pas nouvelle, elle fait partie des pratiques des actions « communautaires » d'éducation pour la santé. À Paris et dans plusieurs grandes villes françaises<sup>1</sup>, l'association Afrique Avenir infiltre les bars et les salons de coiffure/beauté fréquentés par la communauté africaine. Pour informer sur le sida et distribuer des préservatifs.**

Bars, salons de coiffure... Pourquoi avoir choisi ces lieux ? Parce que nombre des personnes qui les fréquentent sont exclues de l'information préventive. Et que ce sont des lieux conviviaux où la prévention peut trouver un canal d'expression. En les investissant, l'association Afrique Avenir, soutenue notamment par les pouvoirs publics, touche un public difficilement atteignable autrement. « *Nous sommes nés d'une idée simple : les problèmes africains ne peuvent être résolus sans l'implication des Africains eux-mêmes* », rappelle Romain Mbiribindi Rukebeka, coordinateur du programme Zac (Zone d'action communautaire) et président d'Afrique Avenir. « *Pour intervenir dans le milieu migrant africain, il faut connaître les dynamiques culturelles qui s'y développent et notamment les transformations qu'elles subissent du fait de leur transplantation en France* », ajoute-t-il.

Comment faire de la prévention du VIH dans des lieux de commerce qui n'ont pas vocation à véhiculer ce type d'information ? La particularité de la démarche d'Afrique Avenir, ce sont les « facilitateurs », qui font le lien entre l'association et ces lieux ; la constitution d'un réseau de facilitateurs a d'ailleurs été un travail de longue haleine. Leur rôle est capital : ils introduisent des agents de proximité, recrutés pour faire de la prévention. Ces agents utilisent des

documents d'information édités par l'INPES et d'autres organismes, ainsi que des supports spécifiques (verres, t-shirts, peignoirs) créés par l'association elle-même, car les outils traditionnels ne fonctionnaient pas toujours. Pour pouvoir intervenir efficacement, il est nécessaire de distribuer des documents rédigés dans un langage adapté et de s'appuyer sur une animation qui prenne en compte l'aspect « loisirs » du lieu. « *Ces milieux semblent hermétiques, mais, une fois qu'on les a infiltrés, il est possible d'y faire de la prévention* », assure Romain Mbiribindi Rukebeka.

### Des relais pour expliquer l'utilisation des préservatifs

Retour en arrière : lorsque ces actions ont commencé, en 1996, elles ne rencontraient pas beaucoup de succès puisque les clients ne prenaient ni les préservatifs, ni les brochures déposés par l'association dans les bars et les salons. Le travail des facilitateurs et des agents de proximité a changé la donne : en 2004, un matériel conséquent a été distribué, soit sept mille préservatifs masculins, deux mille cinq cents féminins, cinq mille brochures « Vaincre le sida », mille cinq cents dépliants avec l'adresse des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Par ailleurs, vingt-deux réunions ont eu lieu sur le dépistage, le port du préservatif, l'origine du VIH. L'association s'appuie for-

tement sur des personnes relais : au sein du réseau, « *huit coiffeuses ayant utilisé le préservatif féminin servent de relais pour en expliquer l'utilisation aux autres femmes* », précise-t-on à Afrique Avenir. Et cinq gérants de bars diffusent de façon ciblée des préservatifs auprès de clients multipartenaires.

Afrique Avenir modifie ses supports d'information en fonction des remarques des utilisateurs ; et pour les organismes de prévention comme l'INPES, elle fait remonter les informations. Ainsi, par exemple « Maimouna », petit livret édité par l'Institut expliquant notamment le mode d'emploi du préservatif féminin, a été modifié en prenant en compte les réactions des femmes ayant testé le préservatif féminin.

### Entrisme communautaire

Cette forme d'entrisme communautaire est une technique qu'Afrique Avenir utilise pour l'ensemble de ses actions d'éducation à la santé, soit les quatre programmes suivants : – l'action « Zac » prévention sida (à laquelle s'intègre l'action bars et salons) inclut aussi des actions de proximité, au domicile, dans les institutions et sur d'autres lieux tels les terrains de foot, les fêtes ethniques, la production des outils liés à ces actions, la médiation culturelle et une aide financière ponctuelle aux malades ;

- l'action « Édulaf » : traduction en langues africaines des brochures de santé et d'éducation pour la santé ; relecture de la traduction de la brochure « Vaincre le sida » en langue lingala ;  
- l'action « Sedam » : sensibilisation sur les complications de la drépanocytose (infections, crises d'anémie, complica-

tions vaso-occlusives) et la prise en charge en France ;  
- l'action « Ebene » : information sur les produits éclaircissants que les femmes africaines utilisent.

Dans tous les cas, l'association privilégie le contact *via* des lieux informels autres que le domicile et développe

une démarche de prévention auprès de ceux qui en sont exclus.

*1. Caen, Evreux, Lyon, Nantes, Strasbourg et en région Ile-de-France : Alfortville, Aubervilliers, Aulnay-sous-bois, Choisy-le-Roi, Créteil, Evry, Grigny, Ivry-sur-Seine, Orly, Saint-Denis, Sarcolles, Sevran, Stains, Villeneuve-Saint-Georges.*

## Une équipe mobile de prévention du sida/IST dans les établissements gays

**Depuis 1990, le Syndicat national des entreprises gays (Sneg) mobilise les exploitants des établissements gays autour d'une culture de prévention en direction de leur clientèle. Dans le cadre de cette mobilisation une priorité est donnée à la mise en place d'outils spécifiques et de formations à destination des gérants et salariés des établissements disposant de parcours sexuels. Un travail de persuasion difficile mais qui semble s'avérer efficace.**

Créé en 1990, le Syndicat national des entreprises gays (Sneg) avait pour objectif initial de défendre et conseiller les mille huit cents entreprises que compte ce secteur, dont quarante-deux établissements de sexe à Paris. L'épidémie de sida étant alors en forte croissance, le Sneg a d'emblée « *affiché la volonté de mettre en place une politique de prévention, puisque parmi ces commerces gays fleurissaient des établissements de sexe* », rappelle Charles Chaillou, délégué prévention du Sneg pour Paris. Dès le départ, ces derniers établissements ont distribué des préservatifs. À l'époque, comme on le rappelle au Sneg, la promotion et la distribution gratuite du préservatif « *étaient interdites* ».

À partir de 1995, le travail de prévention s'est professionnalisé, avec la création d'une équipe de délégués prévention. Surtout, « *une équipe de prévention forte actuellement de onze personnes a été constituée pour couvrir l'ensemble du territoire* ». Cette équipe est financée par le Sneg Prévention sous convention avec des organismes d'État tels la DGS et la Ddass de Paris, l'INPES, etc. Elle a pour mission « *d'assurer une présence forte de la prévention, principalement dans les établissements disposant de parcours sexuels, ainsi que dans tous les établissements gays et gay*

*friendly [ndlr : amis des gays] au sens large* », poursuit Charles Chaillou. Les membres de cette équipe en partenariat avec les exploitants mettent à disposition du public des documents de prévention *via* des présentoirs. Le Sneg Prévention avec son équipe et ses outils spécifiques maintient un état de vigilance qualifié de « permanent » auprès des exploitants, un « travail de conviction » pour qu'ils prennent en charge financièrement l'achat de préservatifs et les mettent gratuitement à la disposition de leurs clients (en 2004, 4,5 millions de préservatifs, 2,5 millions de gels). L'équipe de prévention travaille également avec des associations spécialisées dans ce type d'intervention : Aides, Act-up et Sida Info Service notamment. Au total, le Sneg intervient actuellement dans environ six cent cinquante établissements dont deux cent trente établissements de sexe, le reste étant constitué de discothèques et autres lieux festifs bien souvent ouverts à tous, au-delà de la communauté homosexuelle.

### Une charte de responsabilité

Pour autant, la culture de prévention n'est pas systématiquement en place dans ces établissements, comme en témoignent plusieurs études récentes. Un travail très important reste donc à faire en la matière. Les difficultés à faire

adopter par ces établissements une charte de responsabilité en témoignent : en 1995, cette charte initiée par le Sneg en partenariat avec Aides, Act-up et Sida Info Service « *avait pour objectif de formaliser les engagements des établissements de sexe en matière de prévention* », rappelle Charles Chaillou. Elle a cessé de fonctionner quelques années plus tard pour diverses raisons, dont un intérêt moindre pour ce projet et la perte de financement de certaines associations. Toutefois cette charte a été réactivée en 2002, réécrite et signée solennellement lors des états généraux d'Aides et de Sida Info Service. « *Après vingt ans d'épidémie, le Sneg a pensé que l'engagement devait se faire plus sévère* », poursuit Charles Chaillou. « *Aujourd'hui, environ 60 % des établissements de sexe en France en sont signataires. Cela peut paraître insuffisant, mais cela demande un travail de conviction extrêmement important de la part des associations* ». Les établissements disposant de parcours sexuels en France n'ayant pas d'obligation légale à respecter, il s'agit d'une démarche volontaire de leur part.

### Maintenir un bruit de fond sur la prévention

Avec les associations (Aides, Act-up, Sida Info Service), le Sneg continue son

travail de conviction sur le terrain. « Cela commence à fonctionner car, au travers des enquêtes de la presse communautaire gay, on se rend compte que les critères d'hygiène et de propreté deviennent prioritaires », résume Charles Chaillou. Dans le cadre de la charte citée ci-dessus, les délégués du Sneg assurent des sessions d'information auprès du personnel des établisse-

ments : « cela permet de leur faire prendre conscience – et de garder toujours à l'esprit – le fait qu'ils travaillent dans une secteur d'activité où les clients peuvent prendre des risques. » L'objectif étant de faire en sorte que la communauté gay puisse se protéger. En guise de bilan, le Sneg met en avant le fait que sa présence à des fins de prévention dans les établissements de sexe « a

permis de lancer des alertes sur la syphilis notamment, et de maintenir un bruit de fond sur la prévention » ; mais souligne que la plus grande vigilance reste indispensable pour développer cette culture de prévention dans un contexte où les plus récentes études démontrent un relâchement ou un abandon des comportements préventifs dans la population homosexuelle.

## EN BREF

### ► Un programme pour les migrants à Clermont-Ferrand

Depuis 1995, le Cadis-Crips Auvergne, en coopération avec le CHU de Clermont-Ferrand et l'ensemble des professionnels et institutions implantés au niveau régional, coordonne un programme de prévention du sida à destination des migrants, en particulier résidents de foyers, femmes immigrées et étudiants étrangers. Ce programme s'est fixé trois objectifs : renforcer la capacité de ces personnes à se protéger, faciliter l'accès aux soins et inscrire la prévention du sida dans l'ensemble des problèmes de santé rencontrés par ces personnes. Un interprète assure le lien entre les migrants et les intervenants, qui sont pluridisciplinaires : médecins hospitaliers, travailleurs sociaux, etc. Le Crips Auvergne tient en particulier tous les quinze jours une permanence santé pour ces mêmes populations.

Contact : Luc Pomares, Cadis-Crips Clermont-Ferrand.

### ► Pour l'Institut Renaudot, les réseaux peuvent mieux faire

La montée de l'épidémie du sida et le développement de la prévention ont bouleversé les pratiques de travail en réseau, comme le souligne Carmen Sanchez-Garcia, de l'Institut Renaudot. Le sida a bouleversé les pratiques traditionnelles de soins, « la prise en compte des besoins psychologiques et sociaux et surtout le positionnement du patient comme acteur de sa santé ont donné place à la promotion de la santé, souligne-t-elle. Bien souvent, ce sont les patients qui informaient leurs médecins, la lutte efficace contre cette épidémie passait obligatoirement par un travail en réseau et en complémentarité », poursuit-elle. Cet échange entre professionnels et malades a été l'une des grandes originalités de la prise en charge de l'épidémie ; il a modifié le regard porté sur les personnes infectées, celles-ci figurant au cœur du dispositif. Ces pratiques en réseau apparues de façon spontanée continuent toutefois de se heurter à plusieurs difficultés, à commencer par le manque de reconnaissance des institutions, selon l'Institut Renaudot.

Contact : Carmen. Sanchez-Garcia, Institut Renaudot, Paris.

### ► Sida Info Service : face à l'épidémie, des besoins nouveaux

De mieux en mieux informés sur le sida, les jeunes ? Pierre-Olivier de Busscher, de Sida Info Service, bat en brèche cette idée : « Sur la base des cent quatre-vingt mille entretiens téléphoniques que nous effectuons chaque année, on constate au cours des dernières années une dégradation du niveau de connaissance des jeunes sur le sida ; ils ont beaucoup d'idées fausses. Avec, depuis 2001, la réapparition de questions que l'on n'entendait plus : par exemple sur la transmission par la piqûre de moustique. » Plus généralement, nombre d'appelants de Sida Info Service viennent juste d'apprendre leur séropositivité et ont besoin d'un soutien immédiat. Ce service de téléphonie santé s'est adapté à l'évolution de l'épidémie et à l'arrivée des trithérapies. L'analyse des attentes des appelants a poussé Sida Info Service à professionnaliser ses écoutants (en mettant en place un service de formation continue) et débouché sur la mise en place d'un pôle d'expertise médicale (VIH Info Soignants). « La complexification croissante des demandes sur les traitements a entraîné, à partir de ce pôle d'expertise médicale, la mise en place d'un service de réponses encore plus pointues sur les questions thérapeutiques. » Enfin, depuis quelques années, les patients peuvent avoir le même interlocuteur sans avoir à décrire à chaque appel à nouveau leur situation.

Contact : Pierre-Olivier de Busscher, Sida Info Service, Paris.



### ► Prévention du sida : cent trente médiateurs en France

Entre, d'un côté, la personne atteinte par le VIH et, de l'autre, le professionnel de santé, du social ou l'institution, l'incompréhension peut bloquer l'accès aux soins, l'accompagnement ou la prévention. L'association IMEA, au départ spécialiste des maladies tropicales, a, avec le développement de l'épidémie du sida, été amenée à former des médiateurs en santé publique. Cent quatre-vingts personnes ont été formées pendant quatre mois depuis 2000, dans le cadre de ce programme mis en œuvre en région Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et en Guyane, soutenu par la direction générale de la Santé et d'autres organismes. Cent trente médiateurs sont actuellement en activité, ce sont des « passeurs » entre les personnes atteintes et l'ensemble des intervenants. Ainsi « au-delà des connaissances techniques, les médiateurs prennent en compte la question des convictions et des croyances », indique Emmanuel Ricard, de l'IMEA. Les patients ont une culture de la maladie basée sur la perception et les ressentis, les professionnels sur la compréhension de la pathologie. Pour l'IMEA, il y a complémentarité entre travailleurs sociaux et médicaux. Dans plusieurs hôpitaux – cas d'un service des urgences à Marseille –, un service de médiateurs a été ouvert. Ces derniers tentent d'inscrire les personnes dans les circuits de soins ou de prévention, de les mettre en confiance pour les accompagner vers les consultations et le dépistage. L'IMEA souligne que la médiation est une compétence précieuse quand elle concerne des populations qui restent à l'écart des professionnels et des institutions.

Contact : Emmanuel Ricard, Imea, Paris.

# Enquêtes régionales : des indicateurs pour fixer les actions prioritaires de santé

Les enquêtes Baromètre santé réalisées périodiquement permettent de renseigner les indicateurs de comportements de santé. L'enquête nationale est réalisée par l'INPES et les premiers résultats du nouveau baromètre seront publiés fin 2005. Depuis la dernière édition en 2000, plusieurs régions réalisent leur propre enquête. L'intérêt est évident : entre autres disposer de données reflétant la situation locale, repérer les particularismes, et, au bout du compte, définir des priorités de santé publique à l'échelon régional. Le premier bilan est positif : toutes les régions ont reconduit leur enquête sauf une, pour manque de financement. Car c'est là que le

bât blesse : les financeurs existent mais il faut les convaincre de participer, comme l'a souligné Jean-Pierre Deschamps, président de la Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé et « grand témoin » de ces Journées de la prévention. Par ailleurs, il existe dans certains cas une inadéquation entre les demandes des décideurs et ce que les statisticiens-enquêteurs sont capables de fournir, en particulier sur les délais de réalisation. En dépit des difficultés, ces enquêtes régionales ont été utiles pour déterminer les politiques de santé et pour évaluer les programmes mis en œuvre.

## Enquêtes régionales de santé : se donner les moyens

**Collecter des statistiques de santé au niveau local présente des intérêts indéniables mais l'exercice se heurte à des limites tant techniques que financières. L'analyse d'Alain Trugeon, directeur de l'Observatoire régional de santé de Picardie.**

La régionalisation des politiques de santé nécessite de disposer de davantage de données à des niveaux géographiques « fins ». La région mais aussi des niveaux infrarégionaux tels que la communauté de communes, le pays, le bassin de santé constituent « *autant d'unités géographiques pertinentes pour mesurer l'état de santé de la population au niveau local* », indique Alain Trugeon, directeur de l'Observatoire régional de santé (ORS) de Picardie. « *Les extensions régionales d'enquêtes nationales comme l'enquête décennale santé de l'Insee ou le Baromètre santé de l'INPES représentent des outils très pertinents, permettant notamment de répondre régionalement à certains indicateurs de la loi relative à la politique de santé publique.* »

Ainsi, l'enquête Baromètre santé réalisée pour la première fois en Picardie en 2000 qui a concerné les jeunes âgés de 12 à 25 ans a permis de disposer d'informations sur leurs comportements et leurs habitudes de santé. Ces

données étaient d'autant plus utiles que la région avait construit un programme régional de santé sur les jeunes. La reconduction de l'extension régionale du Baromètre santé sur la même classe d'âge en 2005 s'est d'ailleurs inscrite dans le cadre de ce choix de politique régionale de santé.

### Des informations précieuses sur la santé des populations

En outre, disposer de telles informations est d'autant plus important que le Baromètre permet des comparaisons au même moment avec le niveau national et avec d'autres régions<sup>1</sup>. Ainsi, il situe les jeunes Picards par rapport à leurs homologues des autres zones géographiques. Toutefois, une enquête et ce, quelle que soit la qualité de sa procédure, ne peut mesurer qu'une réalité à un instant donné. C'est la raison pour laquelle la Picardie s'est dotée d'outils complémentaires. Plusieurs travaux ont ainsi été menés auprès d'autres populations de jeunes : élèves en classes de CM2, 4<sup>e</sup> et seconde sur un des trois

départements avec plusieurs modules (autoquestionnaire, visite médicale, prise de sang) dans le cadre d'une étude internationale, enquête auprès des étudiants de niveaux bac + 1 à bac + 3 appartenant aux établissements du supérieur, etc. Différents recueils sur l'ensemble de la population ont complété le dispositif d'observation picard permettant de mesurer les différences qui pouvaient exister entre les jeunes et leurs aînés. Ainsi, l'extension régionale de l'enquête décennale santé ou encore les enquêtes menées en médecine générale ont fourni des informations sur de nombreux aspects sanitaires et sociaux de la population. Les conduites addictives, l'hygiène et les habitudes de vie ainsi que les données morphologiques constituent les points communs à la plupart de ces enquêtes.

### Des limites essentiellement budgétaires

Ces enquêtes s'inscrivant en complément d'informations sanitaires et sociales fournies en routine par une



vingtaine de producteurs de données régionaux constituent l'un des éléments clés de la prise de décisions des responsables en région. Pour autant, poursuit Alain Trugeon, « le besoin d'informations nécessaire à la détermination des choix de cette politique de santé et à son évaluation se heurte à un moment ou à un autre à des limites techniques et surtout budgétaires. La réalité du terrain montre que les moyens financiers ne sont pas toujours en adéquation avec les attentes des demandeurs. » En effet, réaliser une extension régionale d'une enquête nationale, ou, *a fortiori*, monter son propre outil repose sur des moyens conséquents quel que soit le niveau géographique concerné<sup>2</sup>. L'une des méthodes de réduction des coûts est de faire réaliser le recueil par les acteurs de terrain eux-mêmes dans le cadre de leur activité régulière. Toutefois, selon Alain Trugeon, cette réduction des coûts n'est en réalité que virtuelle<sup>3</sup> et, de toute façon, la partie « recueil des données » ne représente qu'une petite partie de ce processus complet qu'est la réalisation d'une enquête. En effet, réaliser une enquête fiable demande le respect d'une procédure qui comprend les démarches administratives et réglementaires, l'or-

donnement et la validation du questionnaire, la formation des enquêteurs, la saisie et le contrôle des informations, etc., sans compter ensuite le travail de dépouillement, d'analyse, de rédaction et de communication.

### La tentation des enquêtes non rigoureuses

Toute cette procédure impose de fait une durée qui peut s'avérer incompatible avec le calendrier des financeurs. C'est la raison pour laquelle la tentation est grande de mettre en place des outils qui peuvent paraître *a priori* proches. Toutefois, ne reposant pas sur des techniques d'échantillonnage robustes, les résultats observés ne peuvent pas s'étendre à la population concernée, ce qui est pourtant le principe de base de la théorie des sondages. « Le risque est donc grand de mettre en place des outils reposant sur des procédures non rigoureuses mais servant pourtant de référence à certains acteurs », observe le directeur de l'ORS Picardie.

Quelles conclusions pourront être tirées si on compare, par exemple, les différences entre une enquête menée par téléphone sur un échantillon à partir d'une base de sondage à un instant t

et une enquête menée en face-à-face sans aucune référence à la population de base trois ans plus tard<sup>4</sup> ?

Alors que faire ? La solution n'est pas simple. Elle doit dans tous les cas « passer par une information, voire une formation, des financeurs potentiels, en leur faisant comprendre qu'il y a sûrement davantage à gagner dans la mutualisation des moyens que dans leur dispersion ».

On mesure cependant la difficulté d'un tel message pour des institutions qui ont souvent des objectifs différents, tant dans la détermination de la problématique que dans le calendrier de réalisation ; et cela même si la loi relative à la politique de santé publique renforce ces démarches unifiées.

1. D'autres régions en 2000 (Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire) comme en 2005 (Champagne-Ardenne, Lorraine, Pays de la Loire, Poitou-Charentes) ont également réalisé une extension régionale de l'enquête nationale.

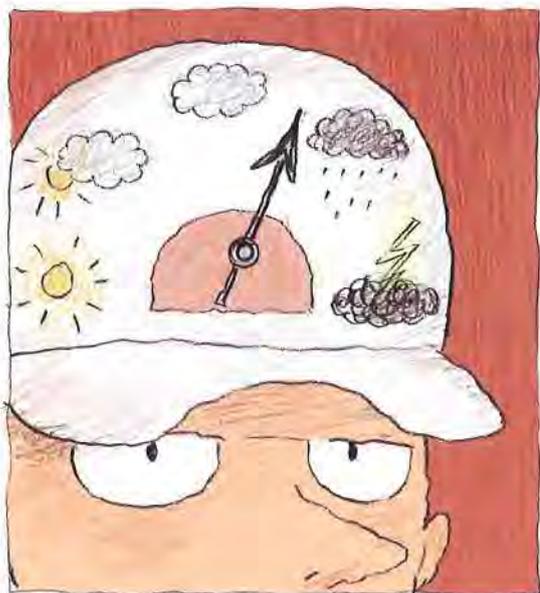
2. Référence à la théorie des sondages et au niveau de précision que l'on désire.

3. Le temps de ces personnes est à intégrer dans le budget de l'enquête si l'on désire avoir réellement le coût de l'enquête.

4. Sur la base d'un même questionnement.

# Comment la région Pays de la Loire scrute **la santé de ses 12-25 ans**

**Pour mieux cerner les comportements de santé de ses jeunes habitants, la région Pays de la Loire a réalisé un Baromètre santé des 12-25 ans, piloté par l'Observatoire régional de la santé. Le financement de cette étude a été assuré principalement par la Drass, le conseil régional et l'Urcam/Cram des Pays de la Loire.**



La réalisation du Baromètre santé jeunes (12-25 ans) en Pays de la Loire répond à un besoin croissant d'information sur les déterminants de santé dans l'actuel contexte de régionalisation des politiques de santé, mais aussi en raison de la place de plus en plus importante de la santé dans le débat public. Ce baromètre régional est utile à la fois :

- aux décideurs qui souhaitent situer l'importance relative des différents problèmes de santé et de leurs déterminants pour choisir des priorités, définir des objectifs, affecter des moyens et évaluer les résultats des programmes ;
- aux promoteurs ou aux accompagnants de projets d'éducation et de promotion de la santé, qui utilisent les informations produites comme point d'appui à l'élaboration de ces projets et pour soutenir leur dynamique par la confrontation des données d'observation et les représentations des acteurs.

Pour le Dr Anne Tallec, directrice de l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, la réalisation d'un Baromètre santé régional offre, par rapport à l'utilisation de données issues d'une enquête nationale, différents avantages. Tout d'abord, « une sorte de proximité subjective avec les résultats locaux fait que les professionnels concernés, qu'ils soient décideurs ou acteurs de terrain, se les approprient toujours plus facilement que les données nationales », souligne-t-elle. De plus, un certain nombre de ces professionnels ayant été mobilisés par la réalisation de l'enquête régionale, à travers le financement, la participation au comité de pilotage, la relecture des rapports d'études, etc., les résultats sont particulièrement attendus par ces mêmes professionnels. La gestion - locale et donc mieux ciblée - de la diffusion des résultats contribue également à cette meilleure appropriation des données ; « c'est une source d'échanges entre les producteurs et les utilisateurs de l'information », poursuit Anne Tallec. Enfin, les résultats permettent de mettre en évidence d'éventuelles spécificités régionales. À l'inverse, l'absence de différences entre la situation régionale et la

moyenne nationale peut parfois s'avérer digne d'intérêt, permettant aux décideurs locaux de faire la preuve que la situation « n'est pas plus mauvaise qu'ailleurs » (Encadré page suivante).

En revanche, le coût total (intégrant le temps de travail des différents professionnels intervenants) de réalisation d'un Baromètre santé régional - de l'ordre de deux cent dix mille euros sur trois ans pour le Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2000 - constitue la principale limite à sa mise en œuvre, même si ce coût peut être étalé sur plusieurs années. Ces contraintes de budget obèrent la possibilité de réaliser une enquête portant sur l'ensemble de la population, l'échantillon nécessaire pour prendre en compte la grande variabilité des comportements avec l'âge étant dans ce cas trop important. Elles limitent également les possibilités d'analyse de phénomènes peu fréquents (usage de certaines drogues, violences sexuelles), et le suivi des évolutions. Anne Tallec souligne l'intérêt du partenariat avec l'INPES, sur le plan technique mais aussi sur le plan économique, l'Institut prenant notamment

## Un effort de partage de l'information

L'une des caractéristiques du projet Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2000 est l'attention portée à la diffusion des résultats, assurée au moyen de cinq brochures thématiques (premiers résultats, conduites addictives, sexualité, nutrition, santé psychique).

Cette stratégie a permis de raccourcir le délai de mise à disposition des données et de cibler les envois. Le coût limité (0,2 à 0,5 euros l'unité) de chaque brochure a permis une diffusion large et gratuite. Les principaux destinataires sont les responsables institutionnels du champ de la santé et les acteurs concernés par la santé des jeunes (chefs d'établissements et services de santé scolaire et universitaire, missions locales, etc.). S'y ajoute une diffusion ciblée en fonction des thèmes (responsables de restauration collective et endocrinologues pour la brochure nutrition, centres de planification familiale pour la brochure sexualité, etc.).

Bilan : vingt-et-un mille brochures diffusées, dont près de dix mille à la demande, et deux mille deux cents téléchargées sur le site Internet : [www.sante-pays-de-la-loire.com](http://www.sante-pays-de-la-loire.com).

en charge la plupart des aspects liés à la conception du questionnaire.

Signe de l'adéquation de ce projet aux besoins des acteurs locaux, la forte demande des brochures présentant les principaux résultats (*Encadré page précédente*) et les avis très positifs des acteurs de santé publique de la région en réponse à une enquête menée par la Drass en 2003. D'où le renouvellement, en 2005, du Baromètre santé jeunes Pays de la Loire, avec le soutien financier des mêmes partenaires.

### Quelques spécificités de la santé des jeunes des Pays de la Loire

**Alcool** : parmi les hommes de 18 à 25 ans, 36 % déclarent avoir consommé de l'alcool plusieurs fois par semaine au cours des douze derniers mois contre 28 % en moyenne en France. 37 % déclarent avoir connu trois ivresses ou plus au cours de l'année, contre 28 % en moyenne en France. Ces habitudes plus défavorables des jeunes Ligériens se retrouvent dans toutes les enquêtes sur ce thème.

**Tabac** : la proportion de fumeurs quotidiens chez les 18-25 ans est supérieure dans la région (46 % versus 41 % pour le reste du pays). Cette situation rompt avec le passé puisque la région Pays de la Loire fait partie de celles où la consommation de tabac est en deçà de la moyenne nationale (avec un des taux les plus bas de vente de cigarettes par habitant). C'est aussi la région de France métropolitaine qui connaît la plus faible mortalité régionale par cancer du poumon, un paramètre qui devrait donc évoluer défavorablement au cours des prochaines décennies.

**Cannabis** : la situation est similaire à celle observée au plan national, alors que de nombreux autres indicateurs sur les drogues illégales mettent en évidence une situation plutôt protégée.

**Tentatives de suicide** : la fréquence des tentatives de suicide déclarées par les jeunes est peu différente de la moyenne nationale, alors que la région connaît depuis de nombreuses années une nette surmortalité par suicide.

**Surpoids et obésité** : la situation régionale est favorable, cohérente avec celle déjà observée dans d'autres travaux, avec une proportion significativement inférieure à la moyenne nationale de jeunes en situation de surpoids (10 % versus 15 %).

## EN BREF

### Baromètre santé : l'heure est aux échantillons régionaux

Le Baromètre santé réalisé et édité par l'INPES est une enquête quantitative, descriptive, utilisant la technique du sondage aléatoire sur les comportements, attitudes, opinions et connaissances des Français en matière de santé. Il permet, grâce à sa répétition dans le temps, de suivre les évolutions sur les questions de santé publique. Le terrain du dernier baromètre de l'Institut a été réalisé en 2004 et 2005, soit trois cents questions posées à trente mille personnes. Les premiers résultats en seront publiés avant la fin 2005. En ce qui concerne l'articulation entre le national et le régional, ce baromètre santé inclut depuis 1999 des échantillons régionaux.

Contact : Christophe Léon, INPES.

### Poitou-Charentes : la région se fie à son Baromètre santé

C'est la mise en place des conférences régionales de santé, à partir de 1996, qui a pointé l'utilité pour les régions de disposer de données « territoriales » sur la santé de leurs populations. En Poitou-Charentes, une convention est passée entre le CFES (auquel a succédé l'INPES depuis 2002) et la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) pour mettre en chantier ce baromètre. L'idée était d'exploiter les données régionales pour un meilleur suivi/évaluation des programmes de santé. La réalisation de ce baromètre est confiée à l'Observatoire régional de la santé et les résultats des premiers travaux ont été rendus publics à partir de 2002. L'une des spécificités de ce baromètre régional est d'analyser en profondeur les données sur la dépression et le suicide, cela dans le cadre des objectifs du programme régional de santé. Le Dr Francis Chabaud, directeur de l'Observatoire régional de la santé de Poitou-Charentes, souligne que ce baromètre a apporté des « informations inédites » pour la définition des priorités de santé. Les données ont orienté les débats avec les partenaires sur la santé des jeunes, la précarité, la santé en milieu rural notamment. En outre, le baromètre s'est avéré un outil intéressant pour suivre l'évolution du programme régional de prévention de la dépression et du suicide. En conclusion, cet outil régional constitue, selon F. Chabaud, « par sa périodicité, un outil de suivi majeur des politiques de santé, en apportant un éclairage précis et actualisé sur les comportements de santé de la population ». Ici encore, les difficultés de financement ont eu pour conséquence de restreindre le périmètre de l'enquête tel qu'imaginé au départ ; plusieurs thèmes spécifiques n'ont pas pu être traités.

Contact : Francis Chabaud, ORS de Poitou-Charentes.

### Une enquête régionale en Lorraine

Depuis 1998, la Lorraine réalise une enquête régionale sur le modèle du Baromètre santé de l'INPES. Les résultats sont publiés par thèmes (qualité de vie, suicide, tabac, alcool, drogues, etc.) et assortis d'un commentaire court. En complément, un document annexe donne les résultats en fonction de la situation professionnelle, du niveau de revenus, du diplôme et de la situation matrimoniale. Deux enquêtes ont à ce jour été publiées à partir des chiffres collectés en 1998 et 2001, un troisième est en cours. Jean-François Collin (École de santé publique de Nancy), initiateur de cette enquête, souligne que la mise à disposition des données n'est pas uniforme, le choix des résultats présentés ne reflète pas forcément l'intégralité de l'enquête. Ainsi, certains auront tendance à valoriser les indicateurs spécifiques à la région.

Contact : Jean-François Collin, École de santé publique de Nancy.

### Nutrition : une enquête régionale en Languedoc-Roussillon

Par l'intérêt qu'elle porte à l'alimentation, la région Languedoc-Roussillon était toute désignée pour se doter d'un « Baromètre santé nutrition ». Deux conférences régionales de santé ont été consacrées à ce thème, et un programme régional de santé sur le thème « Alimentation-nutrition » a été mis en place à partir de 2000. En 2002, l'enquête régionale est réalisée dont les résultats ont été diffusés, en 2004, sous forme de six brochures thématiques, également disponibles sur Internet. Lors de leur présentation, les décideurs régionaux ont mis en avant les différentes utilisations qui pourraient être faites de cette enquête : définition des priorités régionales de santé, évaluation des programmes mis en place dans la région, etc. La mise en place d'un outil de veille émerge désormais comme une priorité : comme l'ont souligné nombre d'acteurs de terrain, l'intérêt d'un tel diagnostic ne vaut que par sa perspective d'être reconduit de manière régulière. Seule la pérennisation de l'outil permettra donc de mesurer l'évolution de la situation et l'efficacité des actions.

Contact : Geneviève Le Bihan, Comité régional d'éducation pour la santé, Montpellier.

# Recommandations et évaluations : des outils pour la qualité des interventions

Comment mesurer l'efficacité des interventions en éducation pour la santé ? Et quel type d'aide à l'action fournir aux professionnels ? C'est pour apporter des éléments de réponse à cette double question que l'INPES a consacré une session de ses Journées de la prévention à la thématique : « Recommandations et évaluations : les construire et les utiliser ».

Quinze intervenants ont présenté des méthodologies d'élaboration de recommandations et de référentiels de bonnes pratiques, ainsi que des méthodes d'évaluation d'actions ou d'outils d'éducation pour la santé. Il s'agissait de montrer, dans chaque intervention, comment faciliter l'appropriation des résultats d'évaluation et des référentiels par les acteurs de terrain, comment les impliquer dans la conception d'une évaluation ou de recommandations. Comme l'a indiqué en préambule de cette ses-

sion René Demeulemeester, responsable de la programmation à l'INPES, « la réussite d'une intervention en santé publique peut être appréciée, d'une part sur la base des "données probantes" publiées dans la littérature française et internationale, d'autre part sur la base des évaluations des programmes régionaux de santé et de certaines actions réalisées en France ». Sur cette base, quatre « conditions de réussite » ont été identifiées :

- le cumul d'une perspective à long terme et d'activités praticables et évaluables à court terme ;
- l'implication de tous les acteurs concernés : intervenants et destinataires de l'intervention ;
- les relations avec l'environnement, en particulier politique et institutionnel ;
- les valeurs, autrement dit le respect d'une déontologie.

## Soutien à la parentalité : une évaluation commune chercheurs/praticiens

Pendant plusieurs années, une équipe du Cermes<sup>1</sup> a travaillé de concert avec des professionnels de terrain pour évaluer trois actions médicales et psychosociales menées auprès de familles en grande difficulté à Roubaix et Paris. « Ces institutions ont été pionnières dans leur conception du travail avec des familles peu accessibles par les circuits habituels de prise en charge », mentionne Annick-Camille Dumaret, ingénieur de recherche à l'Inserm et initiatrice du projet.

À la demande successive de trois institutions<sup>2</sup> œuvrant dans le champ de la maltraitance, une psychologue de l'Inserm (unité 502) a évalué trois actions médicales psychosociales auprès de familles en grande difficulté ayant des enfants de moins de 4 ans. Ces interventions se déroulent dans trois lieux différents : deux à Paris et une à Roubaix. Leur dénominateur commun : traiter les pathologies issues d'un lien difficile parents-enfant (maltraitance, troubles de la parentalité, carences graves, maladie mentale maternelle, etc.), qui ont des effets sur le développement de l'enfant. Face à la gravité de certaines pathologies, institutions et professionnels de santé ont, de manière générale, recours

à deux solutions en fonction de la situation familiale et environnementale : laisser l'enfant dans son milieu en étayant la famille ou éloigner l'enfant en danger de son milieu de vie (placements à plus ou moins long terme). Ces trois lieux ont également en commun de fonctionner depuis quinze à vingt ans, ce qui permet d'avoir du recul par rapport aux familles suivies. L'évaluation avait un objectif majeur :

- sur le premier lieu, il s'agissait de constater quel avait été l'effet des soins précoces dispensés aux parents et aux enfants sur le devenir des familles (parents et enfants) ;
- sur le deuxième lieu : d'étudier l'insertion actuelle de familles ayant parti-

cipé à un groupe de parole, les parents avaient été confrontés aux méfaits de l'alcoolisme et à des cas de grave maltraitance ;

– dans le troisième lieu, il s'agissait également de maltraitance et de pathologies du lien entre parents et enfant.

Toutes ces familles avaient bénéficié de soins et d'accompagnement pendant une durée de plus d'un an (de deux ans et demi à six ans selon le lieu) et étaient sorties de ces prises en charge depuis plusieurs années. Dans les deux premiers lieux, à la fois les parents et les enfants ont été évalués, dans le troisième lieu l'évaluation n'a porté que sur les parents mais a également inclus une

étude de la situation des bénévoles ayant accompagné les parents ou les enfants.

### Une littérature française peu fournie

L'étude de la littérature internationale sur les interventions précoces auprès des enfants de 0 à 2 ans, dans les milieux défavorisés – dans le cadre de la prématurité ou des familles à risque psychiatrique ou psychosocial – a permis de constater que « *les programmes les plus efficaces étaient ceux ayant commencé en période prénatale, incluant des visites à domicile, de durée assez longue, portant à la fois sur le bien-être des enfants et sur le besoin des familles* », indique Annick-Camille Dumaret. Et d'ajouter que les effets de telles actions sont variables à moyen et long termes. La France est-elle incluse dans cette revue internationale ? Non, car il n'y existe « pratiquement pas » de travaux publiés sur l'évaluation à long terme de soins précoces et d'aide aux familles. Tout ce que l'on peut en déduire des expériences françaises, c'est que les résultats sont « *très inégaux, à la fois fonction de l'adhésion des familles et du cumul des facteurs de risques* »<sup>3</sup>.

Dans un tel contexte d'évaluation, face à une pratique anglo-saxonne importante et un quasi-désert français, que faire ? L'unité 502 de l'Inserm privilégie depuis longtemps l'évaluation, on y rappelle que « *tout professionnel qui s'est intéressé au développement de l'enfant est forcément conduit à s'interroger sur l'évolution ultérieure de l'enfant en question* » ; l'équipe de chercheurs a travaillé en permanence avec les professionnels de terrain, échangeant les informations dans les deux sens. Ensemble, chercheurs, cliniciens et professionnels du social ont donc mis en place un protocole de recherche adapté à ces lieux : « *Il est évidemment essentiel de travailler ensemble*, commente A.-C. Dumaret, *car il faut trouver une problématique commune satisfaisant à la fois le chercheur et les équipes soignantes sur le terrain.* »

### Protocole de recherche sur mesure

Première pierre angulaire du protocole de recherche de ces actions, l'évaluation exigeait que les chercheurs connaissent bien les populations suivies



et le type de prise en charge. Soit :  
– dans le premier lieu, il s'agit de soins psychiques prodigués aux parents et aux enfants, avec des thérapies individuelles, des consultations familiales, des accompagnements à domicile, des rééducations classiques pour les enfants, des groupes de parents et d'enfants ;  
– dans le deuxième lieu, au cours de rencontres conviviales hebdomadaires, c'est uniquement un échange de compétences entre des parents exclus socialement, des professionnels et des bénévoles, avec un travail simultané de rééducation des enfants quand cela est nécessaire ;  
– dans le troisième lieu, il s'agit de consultations téléphoniques (qui peuvent être anonymes), de consultations parents-enfant, de médiations et d'accompagnement des familles par des bénévoles se rendant à leur domicile.

Sans entrer dans le détail, la méthodologie retenue<sup>4</sup> démarre avec l'observation dans le passé, prend une cohorte de personnes soumises au problème étudié (pathologie du lien parents-enfant, maltraitance parentale, etc.), et étudie ce qu'elle devient plusieurs années après. Les questions déontologiques telles que la reprise de contact avec les parents ayant quitté les lieux de soins depuis plusieurs années, la présentation de l'étude et la demande de leur collaboration et de leur témoignage, sachant que leur anonymat serait respecté, ont été soigneusement étudiées au sein du Cermes et des institutions. Pour le reste, les outils d'évaluation utilisés sont de facture classique

pour tout professionnel : du qualitatif et du quantitatif, des entretiens semi-directifs avec les parents, des grilles de comportements des enfants ou d'analyse du fonctionnement cognitif des enfants et des parents, etc.

### Disparition des maltraitances graves et amélioration des compétences parentales

Les évaluations ont permis de constater, comme le souligne A.-C. Dumaret, deux évolutions de première importance : la fin des maltraitances graves et l'éradication des carences lourdes après ces prises en charge globales et de longue durée. De plus, l'évaluation pointe deux facteurs particuliers de réussite : « *l'importance de la prise en charge très précoce pour éviter les mises en institution médicalisée (IME) et les retards scolaires graves (SES)* », ainsi que « *l'importance de la proximité des lieux de soins et de la continuité pour ces familles.* » En ce qui concerne les familles sorties de l'exclusion sociale et des conduites addictives, l'évaluation a d'abord mis en exergue l'importance du poids de ces facteurs de risque sur le développement intellectuel des enfants et l'amélioration de la santé des enfants nés ultérieurement. Pour Annick-Camille Dumaret, ces résultats confortent l'intérêt de cette démarche : « *L'évaluation reste possible, il existe des moyens, y compris pour ce type d'actions ; si cela a bien fonctionné dans ces lieux, c'est grâce aussi à la forte ancienneté du personnel soignant.* » Par ailleurs doit-on s'inspirer des évaluateurs anglo-saxons ? « *Rien ne sert de reprendre les grilles américaines, il faut*

construire les nôtres, en lien avec les institutions, en partant de notre existant. » Enfin, seule la réflexion pluridisciplinaire amène les chercheurs et les acteurs de terrain à s'écouter : « Les chercheurs doivent aller sur le terrain pour voir comment cela fonctionne et les acteurs de terrain doivent accepter la vision des autres. » Ici, l'effort principal a consisté à échanger les points de vue sur les situations et la façon dont les familles ont évolué : « Finalement, les équipes se sont servies tout de suite de l'évaluation pour réorienter, affiner et être confortées dans leur façon de travailler. » Il y aurait donc bien eu appropriation de ces résultats par les praticiens.

1. Centre de recherche médecine, science, santé et société, dont dépend l'unité 502 de l'Inserm.

2. Il s'agit de l'unité de soins pour jeunes enfants, fondée par Myriam David et dirigée alors par le Dr Jardin (Paris, 13<sup>e</sup>), d'une activité du CAMSP de Roubaix dirigé par le Dr Tivran et d'un service du Centre français de protection de l'enfance : Cap Alésia (anciennement Alésia XIV), dirigé par Danièle Lefebvre (Paris, 12<sup>e</sup>).

3. Pour en savoir plus sur l'une de ces expériences françaises, le centre d'accueil des parents/enfants à Roubaix, voir La Santé de l'homme n° 367, septembre-octobre 2003 : 24-7.

4. Il s'agit de la méthodologie catamnestique, c'est-à-dire d'une méthode longitudinale qui a sélectionné la population à étudier dans le passé et l'a réévaluée au temps présent.

## ► Bibliographie

- Dumaret A.-C., Titran M., Dumont B. De l'exclusion à la prise d'autonomie : impact à long terme d'une prise en charge informelle de familles à haut risque. In : Desmet H., Pourtois J.-P. (sous la dir.). *Culture et bienveillance*. Préface de B. Cyrulnik. Bruxelles : Éd. De Boeck Université, coll. Questions de personne, 2005 : 173-89.

- Dumaret A.-C. Évaluation de prises en charge précoces et d'interventions médico-sociales auprès de familles « à risque » : analyse d'une démarche exploratoire. In : Greacen T., Guedeney A., Haddad A. (eds). *Santé mentale du jeune enfant : prévenir et intervenir*. Ramonville Saint-Agne : Éd. Erès, coll. Petite enfance & parentalité, 2004 : 121-31.

- Dumaret A.-C., Constantin-Kuntz M. *Support médico-social et éducatif : devenir de familles très carencées confrontées à l'alcool*. Pratiques psychologiques 2005 ; n° 1 : 85-100.

- Dumaret A.-C., Picchi V. *Soins précoces : devenir psychosocial des familles et développement des enfants*. Annales médico-psychologiques (sous presse, texte en ligne depuis le 8 septembre 2004, 10 p.).

# Santé et travail : les entreprises de Picardie s'auto-évaluent

**En Picardie, dix-huit entreprises, soutenues par les médecins et infirmières du travail, ont développé, depuis 2001, des actions de prévention. L'autoévaluation de cette initiative démontre une meilleure prise de conscience par l'encadrement des questions de santé et une réhabilitation des interventions des médecins du travail. Le programme vient d'être élargi à vingt-sept autres entreprises dans la région.**

Dix-huit entreprises du département de l'Aisne se sont engagées à partir de 2001 dans une démarche globale d'éducation pour la santé de leurs salariés. Pour ce faire, elles ont été aiguillées par les professionnels et les institutionnels (médecins et infirmières du travail de Saint-Quentin, comité départemental d'éducation pour la santé de l'Aisne, caisse primaire et union régionale des caisses d'Assurance Maladie, direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et direction régionale des affaires sanitaires et sociales). Ce programme expérimental avait pour objet de favoriser la mise en place d'actions en entreprise, à partir d'un constat effectué avec sept cent cinquante salariés et de donner aux professionnels (médecins et infirmières du travail) les moyens de mobiliser personnel et encadrement des entreprises concernées. La décision d'intervenir auprès des entreprises résulte d'un double constat : d'une part la Picardie affiche de mauvais indicateurs de santé, avec une surmortalité par maladies cardio-vasculaires et cancers, d'autre part, peu ou pas d'actions en prévention primaire sont menées dans le cadre de l'entreprise.

## Des lombalgies au stress

De juin 2001 à mai 2004, le projet s'est déroulé en quatre étapes : constitution du comité de pilotage, formation des relais à la méthodologie de projet, diagnostic en entreprise, définition des priorités et mise en œuvre des actions de terrain. Infirmières et médecins du travail ont en premier lieu constaté que « le salarié attendait que l'on s'intéresse

à sa santé globale ». Les projets mis en place ont donc inclus, au-delà des champs traditionnels – exposition aux toxiques et risques chimiques –, les lombalgies, l'alimentation, l'alcool, le tabac, le bruit, les affections cardiovasculaires et le stress. À souligner que, sur ce dernier thème, quelques entreprises ont au départ refusé de s'engager, ne souhaitant pas faire face à une éventuelle remise en cause de leur fonctionnement.

Quelle a été l'efficacité de cette action ? Pour répondre à cette question, ces entreprises ont opté, en lien avec les professionnels de la santé et de l'éducation, pour une démarche d'autoévaluation accompagnée par un expert extérieur. Différents supports ont été réalisés, s'adressant à la fois aux relais et aux salariés : questionnaires et tableaux de recueil d'information en entreprise, documents d'évaluation intermédiaires.

## Difficile de motiver les salariés

Les résultats de l'autoévaluation sont globalement positifs mais partagés. En positif : la formation initiale et l'effet de groupe, la motivation des relais et la prise en charge financière partielle du projet. L'appropriation de la méthode d'évaluation a en particulier « été rendue possible grâce aux moments communs de formation, à la création d'outils validés par le groupe, à l'intérêt partagé que représente le caractère transférable de l'action dans d'autres lieux », soulignent Véronique Gibbe, médecin du travail, et Luc Hincelin, consultant, initiateurs du projet. Pour 60 % des acteurs inter-



rogés, la prise en compte des problèmes de santé par le chef d'entreprise s'en trouve modifiée et, pour 50 % d'entre eux, la place et le rôle de la médecine du travail changent en étant revalorisés. En négatif : selon les professionnels engagés, ce sont le temps et la charge de travail, mais aussi le manque d'intérêt des salariés (40 % d'entre eux n'ont pas souhaité s'impliquer) tout comme le manque de soutien de la hiérarchie qui freinent la mise en place d'actions de prévention.

Entre-temps, ce projet a été intégré dans le programme régional de santé (PRS) de la Picardie. Cheville ouvrière de l'action, le comité d'éducation pour la santé de l'Aisne a participé à la rédaction d'un référentiel qui récapitule à l'aide de fiches les différentes étapes et leurs conditions de succès. L'intérêt de ce programme est que, à la suite de l'auto-évaluation, il a été élargi à partir de 2004 à vingt-sept autres entreprises dans la région, portant à quarante-cinq le nombre total de lieux de travail impliqués.

## EN BREF

### Recommandations de pratiques cliniques sur la contraception : la méthode de l'Anaes

Début 2005, l'Anaes (désormais intégrée à la Haute Autorité de santé) – en collaboration avec l'INPES et l'AFSSAPS – a publié des « Recommandations sur les stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme ». Ce document est destiné prioritairement aux professionnels, et consultable en ligne. L'intervention est ciblée sur la méthodologie utilisée pour ce type de document extrêmement calibré : les « recommandations pour la pratique clinique » sont rédigées par un groupe de travail (ici, quinze personnes) qui analyse la littérature et prend en compte les éléments par niveaux de preuve ; puis elles sont lues de manière critique par cinquante à cents experts pluridisciplinaires. Des représentants de l'ensemble des professionnels concernés par la délivrance des contraceptifs – sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues, endocrinologues, etc. – ont été consultés. Les recommandations sont des propositions qui visent à aider les professionnels de santé à rechercher les méthodes les plus appropriées, en prenant en compte notamment le rapport bénéfice/risque. Dans le cas de ce document sur la contraception, l'objectif était de faire évoluer les pratiques pour que les professionnels de santé guident la femme vers le choix d'une contraception. C'est dans ce domaine de l'appropriation du choix d'une méthode par les femmes concernées que l'INPES a apporté sa contribution. Outre la version intégrale des recommandations, un document résumé de quatre pages (collection « Repère pour votre pratique ») portant sur l'aide au choix en matière de contraception a été édité par l'INPES. Destiné aux médecins, il est disponible en ligne sur Internet.

Contact : Frédéric De Bels, Haute Autorité de santé. Cécile Fournier, INPES.

### Référentiel de bonnes pratiques de prévention des chutes : un projet francophone

Les chutes chez les personnes âgées entraînent fréquemment une perte d'autonomie et sont la première cause de décès par traumatisme pour cette population. En 2000, des professionnels du champ de l'éducation pour la santé et de la prévention de quatre pays francophones (France, Belgique, Québec et Suisse) se sont lancés dans la conception et l'écriture d'un « Référentiel de bonnes pratiques de prévention des chutes » chez les personnes âgées vivant à domicile. Disponible auprès de l'INPES sur commande depuis juillet 2005, ce document est le fruit d'une analyse de la littérature internationale, complétée par une description d'expériences réalisées ou en cours de réalisation dans les pays concernés ainsi que par un consensus d'experts pour des thèmes peu traités dans la littérature. Comme le soulignent ses auteurs, ce référentiel se positionne davantage dans le champ de la prévention que dans la promotion de la santé ou la réadaptation : il concerne des personnes âgées à risque de chute. L'ouvrage propose un dépistage simple en deux temps et des interventions adaptées au profil des individus. Il reste maintenant aux acteurs de terrain à s'approprier ce travail d'experts, ce qui nécessite de s'appuyer sur des réseaux existants et également d'organiser des formations spécifiques, afin d'adapter l'outil aux cultures locales.

Contact : Martine Bantuelle, Éduca Santé, Charleroi, Belgique. Hélène Bourdessol, INPES.

### Éducation pour la santé : évaluer la qualité des outils d'intervention à l'aide d'un référentiel

Les acteurs de terrain ont besoin d'apprécier la qualité des outils qu'ils utilisent dans la mise en œuvre de leurs actions. Pour les aider dans cette tâche, l'INPES, avec l'aide d'un groupe d'experts multidisciplinaires, a produit un référentiel de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé. Ce document est intégralement accessible en ligne depuis juillet 2005. Il inclut une liste de critères de qualité des outils, argumentée scientifiquement au regard de la littérature. Pour permettre aux acteurs de terrain de s'approprier ces critères, une grille d'analyse a été élaborée et testée, elle est complétée par un guide d'utilisation.

Contact : Fabienne Lemonnier, Isabelle Vincent, INPES.



## ► Précarité : en Bretagne, un référentiel de formation conçu par l'ensemble des professionnels

Comment soutenir les professionnels qui travaillent avec des publics en situation de précarité ? Enseignante à l'École nationale de la santé publique, Jeanine Pommier a recommandé d'examiner avec beaucoup d'attention un outil développé en Bretagne par une équipe pluridisciplinaire de professionnels. Il s'agit d'un classeur pédagogique intitulé « Éducation pour la santé et précarité », composé de fiches actualisées et destiné à tous ceux qui interviennent en éducation pour la santé. L'outil a été développé à la demande de la Ddrass et dans le cadre du Praps. Trois points sont à souligner dans cette démarche :

- il s'agit d'un travail collectif associant le Cres Bretagne, un Codes, l'Assurance Maladie, la Mutualité, l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme, la mission locale, l'Éducation nationale et les allocations familiales ;
- le classeur a été conçu à partir des demandes des formateurs ;
- l'outil vient d'être réédité et son utilisation élargie au-delà des populations précaires par une déclinaison en deux classeurs. Cet outil a pour fonction première d'aider les formateurs à mettre en place des formations-actions en éducation pour la santé.

Contact : Jeanine Pommier, ENSP, Rennes.

## ► Efficacité des actions de promotion de la santé : un projet européen



Comment évaluer l'efficacité des actions de promotion de la santé ? Comment faciliter l'appropriation des données probantes par les acteurs de terrain ? Depuis 2004, sous la houlette des Néerlandais, les agences nationales de promotion de la santé de quinze pays européens développent le projet européen intitulé *Getting evidence into practice*. Objectif : renforcer la production et la diffusion des données probantes en matière de promotion de la santé. L'INPES participe à ce projet financé par l'Union européenne

et qui bénéficie du soutien de l'Union internationale pour la promotion et l'éducation pour la santé (UIPES) et de EuroHealthNet. Trois groupes de travail ont été mis en place sur les thèmes suivants : produire un protocole sur la méthode à appliquer pour définir les données probantes en promotion de la santé ; élaborer une grille européenne de critères de qualité pour évaluer actions et outils de promotion de la santé ; publier un corpus de connaissances sur les données probantes dans quatre domaines : tabac, santé mentale, infrastructures de promotion de santé, transfert des données probantes dans la pratique. Élaborées à partir de méthodes participatives, les différentes productions seront le fruit d'un consensus européen. Elles devraient être finalisées en 2007.

Contact : Stéphanie Pin, INPES.

Pour en savoir plus : <http://subsites.nigz.nl/system3/site2/index.cfm>

## ► Risques cardio-vasculaires : les résultats de Pégase

Peu d'études de haut niveau de preuve ont été mises en place pour mesurer les effets de l'éducation thérapeutique sur le risque cardio-vasculaire des patients concernés. Lancée il y a plusieurs années, l'étude Pégase (évaluation d'un programme éducatif pour une gestion améliorée des sujets à risque cardio-vasculaire élevé) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité d'un programme mixte de formation de médecins et d'éducation de leurs patients sur le risque cardio-vasculaire global. Quarante-deux médecins et six centres hospitaliers ont été associés, quatre cent soixante-treize patients suivis pendant six mois. Il s'agissait d'une étude randomisée (randomisation des médecins) : dans le groupe des patients recevant une éducation, on constate une amélioration du score global de risque cardio-vasculaire, ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie, du suivi d'une alimentation cardio-protectrice et de l'observance du traitement. En revanche, il n'y a pas de différence en ce qui concerne l'activité physique et les critères psychologiques mesurés. D'autres études de ce type devraient être mises en place, a souligné le professeur Éric Bruckert, de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, qui en assure la coordination.

Contact : Eric Bruckert, hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

## ► Dossier documentaire « Évaluation mode d'emploi »

C'est un document destiné à aider les professionnels à évaluer les actions d'éducation pour la santé. Au départ, conçu par l'INPES pour un usage interne, le dossier documentaire « Évaluation, mode d'emploi » est disponible sur demande. Il apporte des réponses – de façon non exhaustive – à trois questions : qu'est-ce que l'évaluation ? Pourquoi évalue-t-on ? Comment évalue-t-on ? Il réunit trente et un articles francophones répartis en quatre rubriques : des définitions, les objectifs de l'évaluation, des méthodes et grilles d'évaluation, des exemples de démarches d'évaluation et leur déroulement. Il fournit également des références et des ressources accessibles sur Internet. Ce dossier documentaire pointe le fait qu'il existe peu de littérature francophone portant sur la manière dont les actions d'éducation pour la santé sont évaluées ; en revanche, les articles rapportant les résultats de ces évaluations sont nombreux. D'où la nécessité de faire circuler ces expériences d'évaluation au-delà de la seule littérature scientifique. Enfin, ce dossier documentaire fera lui-même l'objet d'une... évaluation.

Contact : Anne Sizaret, Cécile Fournier, INPES.

1. Sizaret A., Fournier C. Évaluation, mode d'emploi. *Les journées de la prévention - La prévention en actions : partage d'expériences*, Paris, les 12 et 13 avril 2005. Saint-Denis : Impes, 2005, 285 p.  
Pour se procurer ce document : INPES, département documentation, 42, boulevard de la Libération, 93203 Saint-Denis cedex.



# Éducation pour la santé : vers des pôles de compétences régionaux

En 2001, les pouvoirs publics ont, par le biais d'une circulaire, demandé que soient mis en place des « pôles régionaux de compétences » dans le cadre des schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps). La nouvelle loi de santé publique votée en 2004 a confirmé que l'échelon régional était particulièrement pertinent pour fédérer les acteurs de l'éducation pour la santé. Lors des Journées de la prévention de l'INPES, plusieurs régions qui travaillent à la constitution de tels pôles (Auvergne, Rhône-Alpes, Franche-Comté, Centre) ont témoigné de leur expérience et répondu aux deux questions qui étaient posées en préambule : « qui est impliqué ? » et « comment les partenaires s'organisent-ils ? ». Le débat a également porté sur la forme juridique, le partage d'outils et de méthodes de travail, les modalités de financement. Les partenaires impliqués dans ces pôles ont aussi porté un regard critique, exposé les atouts et les difficultés de mise en œuvre. Les prises de paroles et le débat qui s'en est suivi confirment que ces pôles – actuellement développés de manière expérimentale – se développent dans deux

domaines particuliers : la documentation et la formation. Les travaux sont, en revanche, moins avancés pour les deux autres axes : communication et appui méthodologique. On retrouve systématiquement en leur sein plusieurs acteurs importants, comme les comités d'éducation pour la santé côté associations, et l'Assurance Maladie côté organismes de santé, mais aussi les mutuelles, les observatoires régionaux de la santé, les centres régionaux d'information et de prévention du sida (Crips), etc.

Il ressort de ces échanges que les partenaires de ces pôles – institutions et associations – ont beaucoup à gagner en mutualisant leurs moyens, à condition que les associations puissent garder intacte leur créativité et que les financements suivent. Enfin, qu'il s'agisse de « maisons de la santé » ou d'autres types de structures, le « modèle unique n'existe pas », comme l'a souligné un intervenant. Rien ne se décrète, ce qui se met en place prend en compte les structures d'éducation pour la santé telles qu'elles se sont organisées au niveau régional.

## Vers un espace régional de santé publique en Rhône-Alpes

**En région Rhône-Alpes, plusieurs acteurs importants de la promotion de la santé construisent un « espace régional de santé publique », en lien avec la Région, l'Union régionale des caisses d'Assurance Maladie et la direction régionale des affaires sanitaires et sociales. Retour sur la gestation – complexe et ambitieuse – de ce pôle régional de compétence.**

Comment organiser des pôles de compétence régionaux en promotion de la santé ? En région Rhône-Alpes, trois associations régionales, le Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé (Craes), incluant un centre régional d'information et de prévention du sida (Crips), une association régionale de prévention des toxicomanies (CNDT, centre Jean-Bergeret) et l'Observatoire régional de la santé, ont développé, depuis 1999, un partenariat fort, en lien avec trois institutions régionales : l'Urcam, la Région et la Drass. Cette création d'un espace régional de santé publique (ERSP) se réalise dans le temps même où les associations régio-

nales et départementales en éducation pour la santé se rapprochent au sein d'un réseau très structuré, le réseau rhônalpin d'éducation pour la santé (éducation santé Rhône-Alpes).

Ces deux dynamiques sont la résultante de plusieurs facteurs : la volonté associative et le fait de partager des missions communes, le renforcement de la régionalisation et l'appui des institutions. « Depuis 2004, ce rapprochement s'accélère, du fait d'une part de la forte demande institutionnelle de structuration des associations de santé publique, d'autre part de la volonté de ces associations de s'organiser pour

*trouver leur place dans les dispositifs en cours de création », explique Claude Bouchet, directeur du Craes-Crips. L'enjeu ? « Unifier, mutualiser des services, organiser une offre de service territoriale cohérente, développer des capacités à conduire ensemble des programmes régionaux, consolider le capital d'expérience et d'expertise. » Le tout dans le respect de l'éthique propre à la promotion et l'éducation pour la santé.*

Ces deux nouvelles formes d'organisation régionale sont en cours de création. L'espace régional de santé publique va s'organiser en association,

le réseau rhônalpin d'éducation pour la santé étudie différentes formes d'organisation. Cette question n'est pas neutre car, derrière le montage juridique, il s'agit de « concevoir un type de gouvernance qui permette d'organiser les pouvoirs tant politiques que techniques et de sortir des crises par le haut, en construisant des outils de gestion, de régulation partagés », poursuit Claude Bouchet.

### Des défis à relever ensemble

L'année 2005 s'annonce comme un tournant pour la création de ces deux structures ; quatre questions sont au cœur des débats entre les différents partenaires :

- définir le niveau territorial le plus pertinent pour agir : ce ne peut être qu'à la fois la région comme centre de ressources et les départements comme promoteurs de programmes. Il faut également réussir à développer des services de prévention au niveau local, en particulier dans les zones les plus démunies ;
- renforcer le partenariat, qui est toujours complexe, composer avec les complémentarités des cultures, les dif-

férences de compétence et aussi l'éloignement : la région Rhône-Alpes est en effet aussi vaste que la Belgique ;

- assurer la continuité des équipes et des budgets ;
- décider ensemble du sens que l'on donne à l'éducation pour la santé, et de sa place. Pour Claude Bouchet, ce dernier point est essentiel car la prévention et la promotion de la santé se fondent sur une démarche globale, avec un socle de valeurs et de méthodes : « Il est essentiel de garder cette boussole pour l'organisation à venir et d'accepter un possible décalage avec le modèle dominant de prévention et d'évaluation à un moment donné. L'organisation à venir doit aider à construire et pas seulement à agir. »

### Formation et appui aux programmes régionaux

La création de l'Espace régional de santé est assez avancée : un projet a été remis, en mars 2005, aux trois institutions associées, la nouvelle structure devrait gérer des services communs autour de la documentation et des systèmes d'information, de l'appui métho-

dologique (en particulier l'évaluation) et de la formation, en appui aux futurs programmes régionaux de santé. Quant au réseau rhônalpin d'éducation pour la santé, « l'enjeu est clairement de concourir collectivement et efficacement à la mise en œuvre du schéma régional d'éducation pour la santé », indique Claude Bouchet. Les réponses partagées aux appels à projets de l'INPES (schémas régionaux d'éducation pour la santé, cancer, etc.) sont un outil essentiel de cette structuration. Des réunions de multiples intervenants se succèdent pour concourir à ces constructions. Ces deux dynamiques de rapprochement impliquent un remaniement des pratiques et habitudes. Côté associations, les négociations sont toujours complexes, chacun défendant légitimement sa propre identité et étant amené à faire des concessions. Les institutions, pour leur part, sont confrontées à la difficile construction de la politique régionale de santé publique. Au total, en dépit des difficultés, les associations engagées dans cette double initiative devraient, selon Claude Bouchet, en sortir renforcées.

## Éducation pour la santé : les pôles de compétence émergent dans les régions

**La nouvelle loi de santé publique incite les acteurs de l'éducation pour la santé à se réunir dans des « pôles de compétence ». Ces pôles se constituent actuellement dans les régions, autour de quatre thèmes : documentation, formation, conseil méthodologique, et évaluation. Gros plan sur plusieurs régions et sur le réseau national de documentation qui se met en place.**

Plusieurs pôles de compétence d'éducation pour la santé, en cours de constitution, ont été présentés lors des Journées de la prévention. Ainsi, en Alsace, des structures intervenant en éducation pour la santé au niveau régional (repérées par l'état des lieux réalisé dans le cadre du schéma régional d'éducation pour la santé (Sreps)) se sont regroupées, depuis le début de l'année 2005, pour mettre en œuvre un pôle de compétence. Trois structures régionales représentant chacune un des champs de l'éducation pour la santé ont pris cette initiative : le comité régional d'éducation pour la santé Alsace (Cres),

le Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances (Cirdd) et l'Observatoire régional de la santé Alsace (Orsal).

Le pôle de compétence offrira, d'ici la fin 2005, une plate-forme de services en méthodologie et d'accompagnement de projet. Cette plate-forme a pour objectif :

- d'apporter une assistance au montage, au suivi ou à la mise en place d'évaluation de projets en éducation pour la santé ;
- de promouvoir une « démarche qualité » en éducation pour la santé dans la région ;

- de réduire les inégalités territoriales de l'offre en éducation pour la santé sur l'ensemble de la région ;
- d'aider les acteurs de proximité à faire appel à l'intervenant le mieux adapté à son projet ;
- de promouvoir les pratiques coopératives en éducation pour la santé dans la région.

### Documentation : un outil de qualité des actions

Des diagnostics s'appuyant sur une documentation exhaustive et validée scientifiquement, des outils pédagogiques sélectionnés sur des critères

explicités et accessibles, des outils de suivi et d'évaluation fiables, des professionnels aux connaissances à jour et aux pratiques inscrites dans un environnement théorique clarifié : réunir l'ensemble de ces éléments contribue visiblement à la qualité des actions menées. D'ailleurs, dans le cadre du schéma régional d'éducation pour la santé de Bourgogne, le développement des activités documentaires contribue à l'objectif d'accroissement de la professionnalisation des intervenants en éducation pour la santé.

En Bourgogne, l'activité documentaire du futur pôle régional de compétence se développe à partir du repérage des enjeux actuels de la documentation en éducation pour la santé, d'une analyse de l'existant et de la mise en place de produits et services adaptés :

– les principaux enjeux sont : l'accès pour tous à une offre documentaire de qualité, la mutualisation des ressources documentaires et la concertation, l'usage de l'Internet, la professionnalisation des acteurs de la documentation ;

– l'analyse de l'existant a permis d'identifier cinquante-huit centres de ressources, employant cent une personnes chargées des ressources documentaires, dont un tiers seulement ont une formation initiale en documentation ;

– enfin, en ce qui concerne la mise en place de produits et services, des journées d'échanges de pratiques sont organisées pour les personnes chargées des ressources documentaires, une formation à la recherche d'information en éducation pour la santé est offerte aux intervenants et une lettre électronique sera diffusée.

Au niveau interrégional cette fois, le mode de fonctionnement et les travaux du groupe national des documentalistes en éducation pour la santé (coordonné par le comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur et financé par l'INPES) constituent un soutien direct à la qualité de l'activité documentaire en éducation pour la santé. Le groupe vise en effet à doter les régions d'outils et de procédures sur lesquels s'appuyer : mise à jour du plan de classement (2003) et du thesaurus (2003), élaboration de listes de référence sur les thèmes de la prévention du sida (2003) et des dépendances (2004), élaboration d'un cahier des charges de formation pour les per-

sonnes chargées de la documentation (2004), réalisation d'un guide de l'activité documentaire (2004) et d'un guide d'évaluation (2005).

Les régions bénéficient de l'appui des autres régions et d'un appui national par le biais des travaux du groupe national et de l'appel à projets Sreps de l'INPES. Ces deux modalités sont complémentaires et doivent permettre de répondre aux besoins exprimés, notamment lors de ces Journées de la prévention : disposer d'un fonds documentaire de référence sur le thème de l'éducation pour la santé ; proposer des formations à la recherche d'information en éducation pour la santé, y compris sur Internet ; développer un appui à l'activité de diffusion.

### Pôle formation en Guadeloupe

Autre thème catalyseur, la formation : les pôles de compétence en éducation pour la santé ont notamment pour vocation de structurer le champ de la formation en éducation pour la santé et en éducation du patient. À titre d'exemple, le projet de la Guadeloupe a fait l'objet d'une présentation sur cet axe. L'état des lieux réalisé dans le cadre du schéma régional d'éducation pour la santé en Guadeloupe a permis d'identifier dans ce domaine le manque de formations universitaires et un nombre de formations à la fois non diplômantes et hétérogènes, réalisées à la carte et sans coordination. Ce constat a pu être affiné grâce à la mise en place d'une étude de besoins de formation auprès des professionnels, qui a montré que 67 % des acteurs intervenant dans le champ n'ont pas été formés spécifiquement à l'éducation pour la santé. L'élaboration et la planification des programmes de formation sont prévues pour 2006-2007. Ainsi, le projet d'activité du pôle de compétence contribue à relever le défi de la formation en éducation pour la santé des professionnels du champ en Guadeloupe ; il permettra l'identification des compétences mobilisables, en vue de créer un réseau d'éducation pour la santé, vecteur d'échanges, y compris avec les autres territoires des Antilles.

Enfin, la formation est également l'une des priorités de la Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnés), qui a mis en place un groupe national sur ce thème. Ce

groupe – constitué de représentants de neuf régions et de l'INPES – a pour objectif de promouvoir le développement de projets d'éducation pour la santé de qualité, par l'amélioration des compétences des acteurs. À cette fin, un état des lieux de l'offre de formation a été réalisé en 2004. Les premiers résultats montrent que l'activité de formation représentait 17 % de l'activité totale des comités régionaux d'éducation pour la santé (Cres). Elle concerne le plus souvent des formations de sensibilisation auprès d'acteurs-relais et des formations plus conséquentes en direction des acteurs du champ. Une analyse plus fine permettra de formuler ultérieurement des recommandations.

**Catherine Lavielle**, Documentaliste,

Direction des affaires scientifiques,

**Christine Gilles**, Chargée de mission,

**Guillaume Jégousse**, Chargé de projet,

**Jérôme Foucaud**, Chargé de mission,

Direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, INPES.

## ► Pour en savoir plus

### Pôle de compétences Alsace :

Nicole Chauder, Cres Alsace-Lorraine, Strasbourg.

Odile Montalvo, Drass d'Alsace, Strasbourg.

Stéphane Favret, Urcam d'Alsace, Strasbourg.

### Documentation en région Bourgogne :

Sabrina Deschamps, Sandrine Louesnon, Cores de Bourgogne, Dijon.

Jean-François Dodet, Drass de Bourgogne, Dijon.

### Groupe national de documentalistes :

Nathalie Cornec, Cres Paca, Marseille.

Catherine Lavielle, documentation, INPES, Saint-Denis.

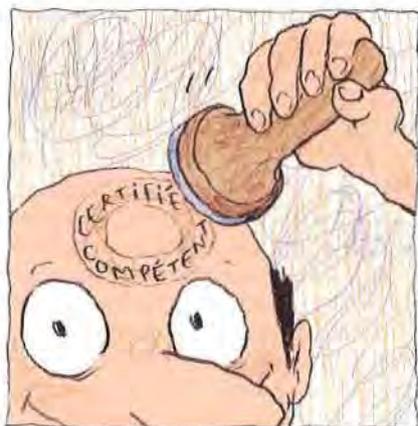
### Formation en éducation et promotion de la santé, Sreps Guadeloupe :

Anne Danière, Coges Basse Terre, Guadeloupe.

Patrice Richard, DSDS de Guadeloupe, Gourbeyre.

### Groupe Fnés formation :

Isabelle Escure, Cres Poitou-Charentes/ Codes Vienne, Poitiers.



► **Région Centre : les premiers pas du pôle de compétences en éducation pour la santé**

Dans la région Centre, la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) et soixante-dix structures implantées localement ont défini, depuis 2002, un Schéma régional d'éducation pour la santé (Sreps). Ils se sont fixé trois objectifs : permettre aux promoteurs de projets de mettre en place des actions de qualité ; renforcer la complémentarité entre eux ; mettre en place un pôle de compétences régional. En l'absence de comité régional d'éducation pour la santé, la Mutualité française région Centre (Murec) a été choisie pour coordonner la mise en œuvre du Sreps, sous l'autorité d'un groupe plénier qui réunit notamment les représentants de la Drass, de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam), des départements et de la Murec, soit au total quarante personnes, acteurs de la région. Deux commissions thématiques ont été mises en place : la commission documentation pour dynamiser un réseau documentaire de données régionales, la commission formation pour réaliser un cahier des charges des formations en éducation pour la santé ainsi qu'une charte de qualité des organismes formateurs. Cette commission organise aussi des sessions de formation à la méthodologie de projet dans chaque département, six sont prévues d'ici la fin 2005. Dans un second temps, l'objectif est de mettre en place un pôle de compétences à l'horizon 2007, les travaux déjà effectués sur la documentation et la formation alimentant ce futur pôle. Cette plateforme de compétences donnera de la cohérence aux actions menées dans la région, sera un lieu d'échange des informations et sera également l'interlocuteur privilégié des décideurs, pour tout ce qui a trait à l'éducation pour la santé.

**Contact :** Katy Perronet, Mutualité région Centre (Murec), Blois.

► **Auvergne : formation et documentation au premier rang des actions communes**

En Auvergne, les acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé mutualisaient peu leurs compétences, même si des partenariats ponctuels existaient et si deux centres de documentation étaient identifiés. Pour mieux se coordonner, ils ont créé, en mai 2003, « Auvergne promotion santé », sous l'impulsion notamment du Crips Auvergne pour lequel ce rapprochement était une nécessité financière et permettait de s'orienter vers une approche globale d'éducation pour la santé. Second facteur facilitant selon Elisabeth Stollsteiner, responsable des formations au Cadis-Crips Auvergne et référente du pôle formation à Auvergne promotion santé : la Drass a donné l'impulsion pour réunir ces différentes associations en une seule plateforme régionale. Certes, il existait un schéma régional d'éducation pour la santé, mais il était nécessaire de « structurer le réseau d'éducation pour la santé et de fédérer une offre de service dans ce domaine. Auvergne promotion santé est en cours de mise en place, elle a pour mission d'organiser ce réseau et surtout de structurer régionalement cette offre de services en quatre pôles : formation, documentation, communication, appui méthodologique. Ce qui signifie définir une offre commune pour les quatre pôles, homogénéiser les méthodes et pratiques, évaluer. Auvergne promotion santé doit servir de tremplin aux acteurs de l'éducation pour la santé. Des premiers résultats communs ont été obtenus au cours des deux dernières années : mise en place d'une offre de formation commune en éducation pour la santé et participation à la plateforme régionale des formations pilotée par la Drass, réalisation de projets ponctuels communs en documentation. Pour réussir, cet ambitieux projet régional devra éviter plusieurs écueils : une planification trop rigide, le risque de se laisser envahir par les tâches administratives et enfin, le danger d'une « perte des capacités créatives et innovantes des associations, et donc de la culture associative ». Mais au total les avantages de cette mise en commun des moyens l'emportent largement sur les inconvénients.

**Contact :** Elisabeth Stollsteiner, Cadis-Crips Auvergne et Auvergne promotion santé.

► **En Franche-Comté, les associations cohabitent au sein d'une Maison de santé publique**

La Maison régionale de santé publique de Franche-Comté a été créée, en novembre 2004, par cinq partenaires : l'observatoire régional de la santé (ORS), le comité régional d'éducation pour la santé (CRES), l'institut régional du vieillissement, la fédération des associations en santé et la fédération des réseaux de santé. Facteur facilitant, l'ORS et le CRES cohabitaient depuis près de dix ans. La Maison a un statut associatif, sa vocation est de rassembler, en un même lieu, les associations du champ de la santé publique pour « favoriser les échanges et la communication, de concentrer les expertises et les compétences, d'améliorer la cohérence et la complémentarité des projets portés par l'un ou l'autre des membres, de conduire des projets transversaux, de participer au débat concernant les enjeux régionaux de santé publique au plus près des préoccupations des usagers et d'être un interlocuteur privilégié des partenaires institutionnels » comme le précise Pascale Angiolini, du CRES de Franche-Comté. Première action commune entreprise : valoriser la mutualisation du centre de documentation en santé publique qui existait déjà. La Maison a par ailleurs été approchée par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) pour réfléchir à la création d'un guide de l'utilisateur des services de santé : le logo et une plaquette ont été réalisés. Trois sujets sont actuellement en discussion : l'ouverture à d'autres associations, le périmètre d'intervention de la Maison et enfin, la question du financement et du fonctionnement.

**Contact :** Pascale Angiolini, Comité régional d'éducation pour la santé du Franche-Comté, Besançon.



# Les méfaits de la restauration rapide expliqués aux adolescents

Pendant un mois, le réalisateur américain Morgan Spurlock s'est nourri exclusivement dans une grande chaîne de restauration rapide. Vingt jours plus tard, lesté de cents hamburgers et dix kilos supplémentaires, le cobaye était atteint de dysfonctionnement du foie et d'une augmentation de son taux de cholestérol. Son film est un outil pour parler nutrition avec les adolescents. Michel Condé en décortique la puissance de l'argumentation, mais aussi les aspects outranciers et réducteurs. L'objectif pédagogique étant toujours que les adolescents puissent se forger une opinion en pleine connaissance de cause.

**Super Size Me**  
Un film de Morgan Spurlock  
États-Unis, 2004, 1 h 38

L'Amérique de la restauration rapide et de la « malbouffe » vient de générer son meilleur antidote, Morgan Spurlock. Ce jeune documentariste a décidé de s'en prendre avec un humour irrespectueux à la nourriture proposée dans les fast-foods, l'un des responsables notamment de la surcharge pondérale croissante que l'on constate chez un grand nombre de jeunes Occidentaux au point que l'obésité est en train de devenir un problème grave de santé publique.

Pour mener à bien sa démonstration, Morgan Spurlock a décidé de se nourrir pendant trente jours uniquement chez McDonald's®, matin, midi et soir, sans aucune exception mais sous la surveillance de trois médecins ! Ceux-ci, en effet, l'ont prévenu des dangers de l'expérience et vont rapidement constater les dégâts causés par cette nourriture trop riche, trop grasse et trop sucrée : prise de poids rapide, dysfonctionnements importants du foie, taux de cholestérol vertigineux, maux de tête, et sexualité en panne !

Comme son compatriote Michael Moore, Morgan Spurlock multiplie les genres et les points de vue, avec des interviews provocantes et la mise en cause de tout un système économique qui nous transforme en consommateurs de plus en plus gloutons et dépendants. Un film d'une incontestable salubrité



PHOTO : D.R.

publique mais qui pose également des questions fondamentales sur l'organisation actuelle de notre société.

## Public visé dans l'animation : plus de 15 ans

Ce film peut être vu (ou doit être vu ?) par un large public d'adolescents, chez qui il ne manquera pas de susciter débats et réactions contradictoires. L'animation proposée dans cet article vise ce public à partir de 15 ou 16 ans environ.

## Le projet de Morgan Spurlock

Pourquoi Morgan Spurlock a-t-il choisi de faire un film comme *Super Size Me* ? La réponse semble évidente – dénoncer la mauvaise qualité nutritionnelle de la nourriture des « fast-foods » et des McDonald's® en parti-

culier – mais, à la réflexion, le film de Morgan Spurlock pose des questions qui vont au-delà de cette problématique première : pourquoi manger pendant trente jours uniquement chez McDonald's®, ce qu'aucun consommateur, même le plus boulimique, n'a jamais fait ? Pourquoi risquer sa vie (selon l'avis de certains médecins interrogés dans le film) et avoir prolongé l'expérience, alors qu'après deux ou trois semaines la preuve était faite du caractère néfaste d'une telle alimentation ? Pourquoi d'ailleurs se mettre en scène et ne pas avoir simplement réalisé un documentaire avec des avis d'experts nutritionnistes ? Ces questions portent, on le voit, aussi bien sur la forme du film que sur son contenu, et interrogent ce que l'on pourrait appeler le « projet créateur » du cinéaste, c'est-à-dire les



PHOTO : TRACY BOLLIAN

multiples raisons plus ou moins conscientes qui l'ont poussé à tenter cette expérience.

On peut aussi s'interroger sur le choix de Morgan Spurlock d'utiliser cette forme cinématographique originale mêlant images de toutes provenances, témoignages, interviews et images presque intimes de lui-même. Sans être trop soupçonneux, on remarquera qu'il y a certainement une part d'exhibitionnisme (le toucher rectal), de provocation (le vomi), de jeu (toujours prendre le « Super Size » quand il est proposé), de masochisme (continuer l'expérience jusqu'au bout) dans l'entreprise de Morgan Spurlock.

### Morgan Spurlock et le cinéma

La question directrice de cette animation pourrait donc être très simplement : pourquoi Morgan Spurlock a-t-il choisi de faire ce film ?

Trop générale cependant, cette question ne suscitera que des réponses banales et évidentes, et d'autres questions plus précises seront sans aucun doute nécessaires pour permettre d'approfondir la réflexion. Ainsi, était-il nécessaire de faire un film pour prouver que la nourriture des fast-foods est mal équilibrée d'un point de vue diététique ? N'y a-t-il pas suffisamment d'enquêtes scientifiques qui prouvent déjà largement cet état de fait ? Êtes-vous davantage impressionné par le film de Morgan Spurlock que par le discours d'un expert en diététique ? Et, de manière générale, faites-vous confiance aux « experts » ?

### Comment se faire une opinion ?

*Super Size Me* repose en fait sur une confrontation de discours : discours de McDonald's®, discours d'experts divers, discours de témoins de toutes origines, discours des tribunaux, qui ont estimé que l'enseigne américaine n'était pas responsable de l'obésité des plaignants, jusqu'à ce que la cour d'appel de New York estime fondée la plainte d'un groupe d'adolescents, rouvrant la perspective d'un procès entre des consommateurs et la firme américaine<sup>1</sup>... Cette confrontation peut laisser une impression de grande confusion dont le film rend compte mais qui est aussi à l'origine même du projet de Morgan Spurlock : qui a raison ? Qui se trompe ou qui essaie de tromper l'autre ? Comment connaître la vérité ? « L'expérience » de Morgan Spurlock apparaît donc comme une réponse à cette confusion : puisque tout le monde dit des choses contradictoires, j'essaie par moi-même... Cette expérience n'a rien de scientifique (voir l'encadré page 47) mais elle permet au cinéaste de se faire une opinion par lui-même, d'acquiescer une certitude subjective malgré la confusion apparente des « experts ».

De façon plus large, on peut donc interpréter le projet de Morgan Spurlock de la façon suivante : comment se faire une opinion dans une société – démocratique – qui est précisément caractérisée par la diversité parfois contradictoire des opinions ? Et il répond à cette question par l'expérimentation individuelle.

Mais cette manière de faire mérite elle-même d'être interrogée par les jeu-

nes spectateurs : faut-il tout expérimenter par soi-même pour se forger une opinion ? Faut-il goûter aux drogues « dures » pour constater qu'elles créent une forte dépendance, ou bien, en poussant cette logique à l'extrême, fera-t-on l'amour sans préservatif pendant trente jours et avec trente partenaires différents afin de vérifier le risque réel de contamination par le sida et autres maladies vénériennes ? Et que prouve une telle expérimentation ?

Par ailleurs, quel crédit faut-il alors accorder aux « experts » ? À qui, ou à quoi, les participants font-ils généralement confiance ? Par exemple, à :

- un professeur
- un journaliste de télévision
- un(e) ami(e)
- un article de journal
- une émission de radio
- un scientifique à la télévision
- un article signé par un scientifique
- un « spécialiste » ou un « expert » interrogé par un journaliste.

Dans la même perspective, on pourrait demander aux participants quel crédit ils accordent aux différents intervenants apparaissant dans *Super Size Me* :

- le médecin généraliste de Morgan Spurlock
- les médecins spécialistes de Morgan Spurlock
- le représentant de l'industrie agro-alimentaire
- les diététiciens interrogés par Morgan Spurlock
- le fils d'un fabricant de crème glacée (son père et son oncle sont morts jeunes)
- le type qui mange plusieurs hamburgers par jour
- la femme de Morgan Spurlock
- Morgan Spurlock lui-même.

### La vérité écartelée

On peut parler à propos de *Super Size Me* d'une « crise de l'expertise » dans la mesure où les discours des experts ou spécialistes apparaissent divers, contradictoires, incertains, incohérents : la vérité semble n'appartenir à personne, même pas à ceux dont les titres – scientifiques, universitaires, judiciaires, honorifiques, etc. – devraient garantir la légitimité de leur savoir. Est-ce à dire que tous les discours se valent et qu'on ne peut faire confiance à personne ? Ce n'est pourtant pas la conclusion de

Morgan Spurlock, dont la réflexion est plus complexe et plus nuancée.

- Le cinéaste confronte les opinions des différents spécialistes, par exemple des médecins à qui il va confier sa santé : son généraliste est très inquiet mais il est relativement incertain quant aux conséquences exactes du « régime » suivi par son patient. Autrement dit, Morgan Spurlock écoute son avis mais il en prend la mesure – relativement incertaine – et il décide finalement de ne pas en tenir compte sur un point – il faudrait arrêter tout de suite – et de continuer son pari jusqu'au bout. Celui-ci terminé, Spurlock suivra néanmoins les recommandations générales de ses médecins (manger sainement, faire un « vrai » régime, faire du sport, maigrir, etc.).

- Lorsque des contradictions apparaissent entre les experts, par exemple entre les nutritionnistes quant à la fréquentation plus ou moins régulière des fast-foods, le cinéaste effectue un véritable sondage d'opinion auprès de cent d'entre eux : la grande majorité recommande en fait de limiter très fortement la consommation de fast-food (quelques fois par an). Morgan Spurlock peut ainsi rejeter l'opinion des deux ou trois nutritionnistes favorables à l'enseigne américaine de restauration rapide.

- Le cinéaste interroge également l'origine des différents discours en confrontation : ainsi, il n'accorde évidemment pas le même crédit aux propos tenus par le porte-parole de l'industrie agro-alimentaire et aux experts nutritionnistes indépendants qu'il interroge. L'un est au service d'une industrie, son propos est donc « intéressé », tandis que les autres ne sont pas rétribués par ce lobby et leur avis est sans doute plus neutre.

- Morgan Spurlock donne la parole à tout le monde, même à cet Américain qui mange deux hamburgers par jour et qui déclare ne pas s'en porter plus mal – au contraire ; mais il ne se contente pas d'accumuler les discours de façon hétéroclite : de façon directe ou indirecte, il argumente en remarquant par exemple que le problème de surpoids dans la population américaine ne provient ni des familles – qui n'ont pas changé –, ni de l'école – qui n'a pas non plus changé –, mais est notamment lié

au développement de l'offre des fast-foods de plus en plus nombreux et multipliant les campagnes publicitaires. Si, d'un côté, son expérience semble tout à fait individuelle (personne ne se nourrit exclusivement chez McDo<sup>®</sup>), ses enquêtes se situent elles à un niveau global, général, social : il souligne l'évolution moyenne du poids des Américains (tous ne sont pas gros même s'il y a de plus en plus d'obèses), il montre la répartition des restaurants de l'enseigne sur l'ensemble du territoire américain, il analyse la stratégie publicitaire constante et répétée de cette entreprise pour séduire le public et notamment les enfants...

### Le goût du risque

Néanmoins, dans l'organisation générale de *Super Size Me*, c'est l'expérience individuelle de Morgan Spurlock qui joue le rôle principal. Comment comprendre alors cette expérience et quel crédit lui accorder ?

De nouvelles questions devraient permettre de relancer le débat à ce propos.

Était-il nécessaire que Morgan Spurlock risque sa vie pour prouver que la nourriture des McDonald's<sup>®</sup> est déséquilibrée ? S'il n'avait pas fait et tenu ce pari, le film aurait-il été aussi intéressant ? Pourquoi prolonge-t-il l'expé-

rience au-delà du vingt et unième jour alors que la preuve est déjà faite que son taux de cholestérol explose et qu'il a pris une dizaine de kilos ? Quand on a fait un pari, doit-on nécessairement aller jusqu'au bout ? Avez-vous déjà vu – au cinéma ou à la télévision – le même genre d'expérience ou de pari plus ou moins absurde ?

De façon un peu brutale, on peut dire que Morgan Spurlock risque sa santé pour promouvoir la vie saine autour de lui ! Ou encore qu'il est prêt à devenir un « martyr » de la santé comme d'autres deviennent des martyrs de causes qu'ils estiment justes ou sacrées... De manière un peu différente, on peut rapprocher ce film de toutes sortes de paris plus ou moins absurdes comme ceux que l'on trouve dans le « Livre des records » (*Guinness Book*) ou encore dans des émissions comme Jackass, qui connaît un énorme succès sur la chaîne américaine MTV (aujourd'hui largement diffusée en Europe). La comparaison avec cette émission bien connue des jeunes spectateurs est sans doute fort éclairante : dans les deux cas, il s'agit de paris plus ou moins absurdes (faire du surf dans l'escalier...), où les acteurs se mettent en scène de façon risquée (ils prennent des coups, se font mal, se retrouvent couverts de plaies et de bosses), s'exhibent souvent de façon ridicule, trans-



PHOTO : D.R.



PHOTO : JULIE SOEFER

forment en exploitent une expérience qui semble, aux yeux des autres, absurde et irrationnelle (sinon carrément stupide).

Dans cette perspective, on voit qu'il faut distinguer dans le projet de Morgan Spurlock les raisons explicites – prouver que la nourriture des fast-foods est mal équilibrée – des raisons implicites et plus confuses : il y a vraisemblablement chez Morgan Spurlock une volonté de provocation – David contre le géant de la restauration rapide –, de dérision, d'exhibition mais également le désir de prendre des risques, de tester ses propres limites, de soumettre son propre corps à une expérience extrême qui pourrait d'ailleurs se révéler dangereuse...

### Expérimenter ses limites

Il serait évidemment intéressant de demander d'abord aux jeunes participants s'ils partagent cette analyse et ensuite si eux-mêmes ont déjà éprouvé un tel désir d'expérimenter

leurs propres limites ou encore de soumettre leur corps à une épreuve plus ou moins douloureuse : on peut penser à des phénomènes aussi différents que le piercing ou le tatouage, mais aussi les beuveries suscitées souvent par des paris plus ou moins stupides, les sports extrêmes (le saut à l'élastique...), les attractions foraines spectaculaires, certaines formes de boulimie, la pratique intensive d'un sport de compétition (qui entraîne de fréquentes blessures) ou même le simple fait de « chercher la bagarre »... Chacun de nous pourrait sans doute raconter une expérience de ce genre<sup>2</sup> qui représente un risque plus ou moins grand pour notre santé. Ce film donne donc l'occasion de s'interroger sur les raisons d'un tel comportement qui va à l'encontre de notre supposé bien-être mais auquel nous accordons, par ailleurs, une grande importance (ce sont des expériences que l'on aime souvent raconter). Pour beaucoup, ce sont de telles expériences qui donnent précisément de la valeur

à la vie, qui, sans cela, risquerait d'apparaître comme bien morne et sans relief. Ce film pose aussi la question de l'équilibre entre le plaisir de s'adonner à une pratique à risque et le risque. La question est bien sûr de trouver un équilibre entre le plaisir lié à de telles expériences et le risque qu'elles font éventuellement courir à nous-mêmes ou à d'autres (rouler en état d'ivresse ou à grande vitesse met évidemment en danger la vie des autres usagers de la route).

Après une discussion collective, les participants seraient invités à rédiger individuellement un texte permettant à chacun d'exposer – de façon anonyme – une expérience de ce type. L'enseignant ou l'animateur recueillera ensuite ces textes pour en faire une publication collective (en veillant cependant à ce que l'on ne puisse pas en reconnaître les auteurs). Certains de ces récits pourraient également faire l'objet d'une nouvelle réflexion collective pour essayer d'explicitier les raisons qui nous poussent à adopter de tels comportements : les rédactions individuelles auront en effet peut-être fait apparaître des gestes inattendus, susceptibles de relancer le débat. L'objectif, on le voit, ne sera pas « moraliser » les comportements (ou de les « normaliser ») mais de favoriser une prise de conscience de nos motivations plus ou moins inconscientes, comme celles que l'on a relevées dans le film de Morgan Spurlock.

**Michel Condé**

Docteur ès lettres, animateur,  
Centre culturel Les Grignoux,  
Liège, Belgique.

1. La cour d'appel de New York a, en janvier 2005, estimé recevable le recours collectif intenté par un groupe d'adolescents du Bronx à l'encontre de la chaîne de restaurant McDonald's®. Les plaignants, qui ont mangé entre trois et cinq fois par semaine dans les restaurants de la multinationale, accusent cette dernière de les avoir rendus obèses et de leur avoir fait développer diabète, maladies coronariennes, pression artérielle élevée et cholestérol. Le groupe d'adolescents soutient que les restaurants du groupe américain ne les avaient pas suffisamment prévenus de la haute teneur calorique de leurs repas et avaient particulièrement visé les enfants à travers un marketing agressif.

2. On peut évoquer dans le domaine cinématographique une expérience qui rappelle celle de Morgan Spurlock dans *Super Size Me* : l'interprète du rôle du boxeur Jack LaMotta dans le film *Raging Bull* (de Martin Scorsese, 1980), Robert De Niro prit trente kilos en quatre mois pour montrer la déchéance de ce boxeur devenu obèse !

## Super Size Me, une expérience scientifique ?

Quelle est la valeur scientifique de l'expérience que mène Morgan Spurlock dans *Super Size Me* ? Les jeunes participants, à qui l'on commencera par demander leur avis à ce propos, seront sans doute étonnés d'apprendre que, pour les scientifiques (médecins, diététiciens), cette valeur est à peu près nulle. Quelles sont, en effet, les conditions d'une véritable expérimentation scientifique ? C'est l'occasion de les informer du fait qu'une expérience doit porter sur des populations (ou sur des échantillons significatifs de populations), et non pas sur un individu singulier, car un individu peut avoir des réactions particulières, différentes d'un autre individu : l'observation d'un seul cas ne permet pas de tirer des conclusions au-delà de ce cas. Il convient aussi d'expliquer aux adolescents que tous les individus ne réagiront pas comme Morgan Spurlock même en ingérant les mêmes quantités de hamburgers que lui.

### Quelle part imputable à la « malbouffe » ?

Si l'on veut observer l'effet d'une condition particulière – par exemple l'ingestion de hamburgers – sur une population, il faut comparer cet effet sur deux sous-populations, l'une qui est soumise à cette condition – elle mange des hamburgers –, l'autre qui ne l'est pas – elle n'en mange pas. Morgan Spurlock procède quant à lui à une comparaison entre un avant et un après (... avoir mangé des hamburgers), ce qui est moins fiable parce que les réactions de l'individu peuvent se modifier spontanément au cours du temps (même si le court laps de temps rend dans ce cas-ci une telle modification improbable). En outre, Spurlock modifie au moins deux éléments de son comportement puisqu'il mange au McDonald's<sup>®</sup> et qu'il arrête en même temps toute pratique sportive : dès lors, il n'est pas possible de distinguer l'effet spécifique de chacun de ces éléments – en particulier l'ingestion de hamburgers – sur sa santé.

Par ailleurs, Morgan Spurlock a d'évidents préjugés à l'encontre de l'enseigne américaine (sa femme est en outre végétalienne !). Dès lors, il convient également d'expliquer aux adolescents que l'on peut soupçonner un fort effet de suggestion psychologique de type « placebo » : un placebo est une substance neutre que l'on présente à des patients comme un médicament ; et l'on constate alors que les patients, sous l'effet de cette suggestion, considèrent généralement que leur état de santé

s'est amélioré. Ici, on peut penser que les préjugés négatifs de Spurlock ont une forte incidence sur ses réactions, par exemple lorsqu'il se plaint d'un malaise général ou de troubles sexuels. Même des faits objectifs comme l'augmentation de son poids ou celui de son taux de cholestérol peuvent être dus – en partie en tout cas – à un tel effet.

### Une expérience extrême, non transposable

Enfin, une expérience doit être transposable à des situations réelles pour avoir une validité générale : or, jamais personne n'a consommé autant de hamburgers que Morgan Spurlock ! La comparaison avec la consommation d'alcool est de ce point de vue éclairante : tout le monde sait que la consommation excessive d'alcool a des effets désastreux sur la santé ; en revanche la nocivité d'une faible consommation (moins de deux verres par jour pour un homme adulte) n'est pas avérée et pourrait même être bénéfique sur certains points. Pour être valide, l'expérience de *Super Size Me* devrait donc porter sur différents degrés de consommation afin de déterminer si les effets observés (augmentation du poids, du taux de cholestérol, etc.) sont liés de façon linéaire (c'est-à-dire régulière) à la consommation de hamburgers ou s'il y a des seuils.

Alors, tout serait faux dans *Super Size Me* ? Évidemment non, mais ce n'est pas nécessairement vrai. D'autres observations faites dans des conditions scientifiques prouvent qu'une nourriture trop grasse et trop calorique comme celle des fast-foods est néfaste pour la santé. Les experts cités par Morgan Spurlock sont sur ce point crédibles : les expérimentations sur l'animal, la comparaison entre des populations aux régimes variés (par exemple, comparer les Américains et les Crétois, dont le régime alimentaire, devenu fameux, protège partiellement des maladies cardio-vasculaires et du cancer<sup>1</sup>), l'observation au sein d'une même population des corrélations entre la consommation de graisses (animales) et la fréquence de certaines maladies, toutes ces études et d'autres constituent un faisceau de preuves convergentes en faveur d'une alimentation moins grasse où la part des légumes et des fruits frais est plus importante.

1. À noter toutefois que, si le régime crétois reste une référence, la majorité des Crétois eux-mêmes ne le suivent plus, comme en attestent plusieurs études récentes.

## • COMMUNIQUÉ •

# Education Santé

## sommaire

n° 201 – Mai 2005

### Initiatives

**Prévention de l'obésité chez l'enfant**  
*par Marcel Cheron*

**Un bilan des « Midis à l'école »**  
*par Cristine Deliens*

**Le colloque de Liège sur l'information des patients**  
*par Christian De Bock*

**Vaccins : on n'arrête pas le progrès, mais à quel prix ?**  
*par Christian De Bock*

### Lu pour vous

**Ados, comment on vous manipule**  
**Inventaire des groupes d'entraide – édition 2005**

### Données

**Jeunes en âge scolaire et pratique sportive**  
*par Carine Maillard*

**Troisième enquête de santé par interview : encore un peu de patience !**

### Brèves

**Éducation Santé est un mensuel, réalisé par le service Infor Santé – Mutualité chrétienne, avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé. Pour recevoir un exemplaire de ce numéro : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be). L'abonnement est gratuit en Belgique. Pour l'étranger, le choix est laissé entre un abonnement pour un an (11 numéros) à 25 €, un abonnement pour deux ans (22 numéros) à 45 € ou un abonnement pour trois ans (33 numéros) à 60 €. Le paiement se fait uniquement par virement bancaire. L'inscription sera effective dès réception du formulaire d'abonnement disponible sur notre site à l'adresse : <http://www.educationsante.be/newsletter/formabo.php> ainsi que d'une preuve de paiement. Pour consulter les articles parus dans la revue depuis 2001 : <http://www.educationsante.be>**

## La pauvreté, nouvel eldorado du tabagisme

**Au Niger, un paquet de cigarettes représente le coût d'une journée d'alimentation. Au Bangladesh, dix millions de personnes sortiraient de la malnutrition si l'argent qu'elles consacrent au tabac était utilisé pour l'alimentation. Responsable d'une association de lutte contre le tabagisme au Niger et collaborateur de l'Observatoire du tabac en Afrique francophone, le Nigérien Saouna Inoussa analyse le lien existant entre tabac et pauvreté.**



PHOTO: IAN LLOYD - MASTERFILE

Voilà des siècles que les gens s'adonnent à la consommation de tabac, mais ce n'est qu'au XIX<sup>e</sup> que l'on a commencé à fabriquer des cigarettes en grande quantité. Depuis, l'usage de la cigarette s'est répandu dans le monde entier à une échelle colossale, puisqu'un adulte sur trois, soit 1,1 milliard de personnes, fume. Sur ce nombre, les quatre cinquièmes environ vivent dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Compte tenu de la croissance démographique et de l'augmentation prévisible de la consommation, le nombre de fumeurs atteindra quelque 1,6 milliard d'ici à 2025 (1). L'épidémie du tabagisme est donc incontestablement une des plus grandes calamités pour la santé des populations du monde. Si la contribution du tabac envers la maladie et la mort est bien connue, une attention moindre est portée sur la manière dont le tabac accroît la pauvreté.

### Niger : un quart des revenus des travailleurs manuels part en fumée

Les plus gros consommateurs de tabac sont les pauvres et les très pauvres. Au niveau national, la consommation de tabac varie en fonction des groupes socio-économiques. Dans de nombreux pays, indépendamment du stade de développement et du niveau de revenu, la consommation de tabac est nettement plus élevée chez les pauvres, pour lesquels les répercussions économiques et sanitaires du tabagisme sont particulièrement lourdes.

Ainsi, une étude réalisée en 1997 sur la prévalence du tabagisme chez les hommes de Chiennai, en Inde, a montré que le taux le plus élevé de fumeurs (64 %) se trouve chez les analphabètes. Cette prévalence décroît en fonction du nombre d'années de scolarisa-

tion, jusqu'à atteindre un cinquième (21 %) chez les personnes qui ont suivi plus de douze années d'études (2).

Au Royaume-Uni, la proportion de fumeurs dans le groupe socio-économique le plus élevé est à peine de 10 % pour les femmes et 12 % pour les hommes alors qu'elle est de 35 % chez les femmes et 40 % chez les hommes du groupe socio-économique le plus bas (3).

Au Niger, les écoliers consacrent 40 % de leur revenu à l'achat des cigarettes et les travailleurs manuels dépensent 25 % de leur revenu (4). Au Népal, le tabac représente près de 10 % des dépenses annuelles des ménages dans les catégories les plus défavorisées (5).

### Un paquet de cigarettes = cinq kilos de riz

La consommation du tabac est ainsi plus élevée parmi les populations les plus défavorisées. Chez les pauvres, l'argent dépensé chaque jour pour se procurer du tabac représente une ponction quotidienne sur les maigres ressources familiales. Par exemple, pour l'achat d'un paquet de cigarettes blondes, le fumeur pourrait acheter un kilo de poisson au Ghana, vingt-quatre œufs au Pakistan et cinq kilos de riz en Chine et assurer les repas familiaux d'une journée au Niger. Les sans-abri en Inde dépensent plus pour le tabac que pour la nourriture, l'éducation ou l'épargne. Les fumeurs vietnamiens dépensent en cigarettes l'équivalent d'une fois et demi leur budget annuel familial d'éducation et cinq fois leur budget annuel santé.

La conjonction de plusieurs facteurs – tels que l'inaction des pouvoirs publics, les difficultés d'accès à l'information concernant les modes de vie sains, les publicités alléchantes en faveur du tabac qui s'adressent à l'ensemble de la population et, en bout de chaîne, la dépendance à l'égard de la nicotine – fait que les personnes défavorisées dépensent leur argent pour les produits du tabac plutôt que pour la satisfaction de leurs besoins essentiels.

Pour les ménages les plus défavorisés, qui consacrent une part importante de leurs revenus à l'alimentation, les dépenses de tabac peuvent être à l'origine d'une malnutrition. Le taux de la malnutrition étant très élevé dans les pays pauvres, la commercialisation agressive des produits du tabac dans ces pays constitue un obstacle sérieux au développement. Ainsi, il ressort d'une étude réalisée au Bangladesh que les 10,5 millions de personnes souffrant actuellement de malnutrition pourraient bénéficier d'un régime alimentaire adéquat si l'argent qu'elles gaspillent pour acheter des produits du tabac était consacré à l'achat de la nourriture (6). Au Niger, les ménages les plus pauvres dépensent environ huit fois plus pour le tabac que pour l'éducation de leurs enfants ; le Niger détient le taux le plus faible de scolarisation des enfants au monde.

### Cinq cent mille décès prématurés en Chine

Mais le tabagisme n'affecte pas que les ménages, très souvent il appauvrit aussi les pouvoirs publics. Explication : de nombreux pays sont des importateurs nets de feuilles de tabac et de produits du tabac et perdent par conséquent des millions de dollars de devises par an. En 2002, deux tiers des cent soixante et un pays étudiés importaient plus de feuilles de tabac et de produits du tabac qu'ils n'en exportaient. Dix-neuf pays affichaient un déficit commercial des produits du tabac dépassant 100 millions de US\$, notamment le Cambodge, la Fédération de Russie, la Malaisie, le Nigéria, la République de Corée, la Roumanie et le Vietnam. Seuls dix-sept des cent vingt-cinq pays exportateurs de feuilles de tabac réalisent plus de 1 % de leurs recettes totales d'exportation grâce à cette activité, et dans seulement cinq de ces pays (Malawi,

Ouganda, Tanzanie, République centrafricaine et Zimbabwe), les exportations de feuilles de tabac rapportent plus de 5 % du total des recettes d'exportation.

Par ailleurs, la consommation de tabac provoque d'importantes pertes économiques compte tenu du coût élevé des soins de santé et de la perte de productivité inhérente aux maladies et aux décès prématurés liés au tabagisme. Dans les pays à revenu élevé, on estime que le coût global annuel des soins de santé attribué au tabagisme se situe entre 6 et 15 % de l'ensemble des frais de soins de santé.

Une étude réalisée au milieu des années quatre-vingt-dix en Chine – où le tabagisme est en augmentation – a démontré que les coûts sanitaires directs et indirects liés au tabagisme s'élèvent à 6,5 milliards de US\$ par année (7). En 1998, environ 514 100 Chinois sont morts prématurément de maladies liées au tabagisme, ce qui représente une perte de productivité équivalant à 1,146 millions années-personnes (8). En Égypte, on estime que le coût annuel direct du traitement des maladies liées au tabagisme se monte à 545,5 millions de US\$ (9).

### Méfais du tabac : un silence assourdissant dans les pays pauvres

L'usage des cigarettes prend des proportions inquiétantes dans les pays en développement, notamment en Afrique. Dans les pays industrialisés, les pouvoirs publics – avec la publication des résultats des recherches ayant établi la dangerosité du tabagisme et sous la pression des organisations non gouvernementales (ONG) et des médias – s'organisent pour contrer l'avancée du tabagisme. L'industrie du tabac, acculée donc dans les pays du Nord, a pris pour cible ceux du Sud, où le grand vide organisationnel et juridique est propice à ses activités, compte tenu de la jeunesse et de l'ignorance des populations.

La plupart des fumeurs ne connaissent pas tous les risques qu'ils encourent ou n'en assument pas le coût intégral ; dans ces conditions, les pouvoirs publics peuvent et doivent intervenir, pour contrecarrer l'entrée en tabagisme des enfants et des adolescents et pour protéger les non-fumeurs, mais aussi pour donner

Si les tendances actuelles se poursuivent, environ 650 millions de personnes vivant aujourd'hui seront tuées par le tabac, la moitié dans leurs années les plus productives, perdant ainsi vingt à vingt-cinq ans de vie (10).

### Le tabac peu pourvoyeur en main-d'œuvre

Lorsque les fumeurs arrêtent de fumer ou fument moins, l'argent précédemment consacré au tabac peut être consacré à l'achat d'autres biens ou services, générant ainsi une demande qui permet de créer de nouveaux emplois dans tous les secteurs d'activité. Les pays qui importent d'importantes quantités de tabac et de cigarettes pourraient ainsi bénéficier de la baisse de consommation car ils pourraient consacrer ces dépenses à l'achat de biens et services de production intérieure. Le Bangladesh par exemple, qui importe la quasi-totalité de ses cigarettes, réaliserait d'énormes bénéfices si la consommation de cigarettes diminuait.

Selon nombre d'études, dans la majorité des pays dépendant fortement de la culture du tabac, il n'y aurait pas de pertes nettes d'emplois et le marché de l'emploi pourrait même progresser si la consommation mondiale de tabac

aux adultes les informations dont ils ont besoin afin de faire un choix éclairé. En effet, le caractère dramatique des conséquences du tabagisme rend indispensables la conception et la mise en œuvre de mesures visant à limiter autant que possible cette catastrophe. Dans cette optique, les États ont un rôle primordial à jouer : ils doivent prendre des mesures pour réduire la demande et l'offre, interdire ou à tout le moins encadrer la publicité, informer les populations, impliquer les ONG dans tous les programmes de lutte antitabac.

L'industrie du tabac disposant d'une organisation ainsi que de moyens techniques et financiers très importants, la combinaison des efforts s'avère être la seule stratégie capable de la contrer. À ce titre, la Convention cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS, adoptée le 21 mai 2003 par l'Assemblée mondiale de la santé, constitue la référence d'inspiration la plus adéquate.

baissait. Le bilan net au niveau des statistiques de l'emploi dépendrait alors du type de dépenses, selon qu'elles se reportent sur des biens et services exigeant plus ou moins de main-d'œuvre.

Par ailleurs, la fabrication des produits issus du tabac génère peu d'emplois, étant le plus souvent très mécanisée. Dans la plupart des pays, le nombre d'emplois liés à la fabrication de produits du tabac est loin d'atteindre 1 % du total de l'emploi manufacturier. Par ailleurs, à l'exception de quelques rares pays dépendant fortement de ce produit, la culture du tabac ne génère qu'un faible nombre d'emplois dans le secteur agricole. Ainsi, par exemple, en Chine, plus gros producteur de tabac du monde, seuls quelque 3 % des agriculteurs cultivent du tabac, et cette activité ne correspond qu'à environ 1 % de l'ensemble de la production agricole (11). Au Brésil, autre producteur important, le tabac n'emploie que 1,9 % de l'ensemble de la main-d'œuvre agricole et 0,44 % de la main-d'œuvre totale.

### Une industrie très rentable

Depuis plusieurs décennies, la production mondiale de tabac est en pleine expansion, en particulier dans les pays en développement, où elle a augmenté de 128 % entre 1975 et 1998. Plus de cent pays cultivent maintenant du tabac. Cette augmentation massive – encouragée et dans certains cas financée par l'industrie du tabac, comme l'ont établi plusieurs études – a favorisé une instabilité des prix mondiaux du tabac, qui ont diminué de 37 % en valeur réelle entre 1985 et 2000 (12).

Pendant ce temps, les compagnies de tabac mettent au point des procédés qui leur permettent d'utiliser moins de tabac par cigarette et de recycler les balayures récoltées sur le sol des manufactures de tabac, ainsi que les tiges, poussières de feuilles et autres déchets auparavant éliminés, qui sont utilisés pour remplir les cigarettes. En ajoutant des arômes et d'autres produits chimiques à cette substance pour en atténuer le goût trop prononcé, les compagnies peuvent ainsi utiliser les parties de la feuille de tabac de moindre qualité en plus grande quantité (13).

Une autre initiative déterminante qui a été adoptée par l'industrie du tabac est la mécanisation accrue de la fabrication

des cigarettes. Les nouvelles machines permettent de produire jusqu'à huit cent quarante mille cigarettes par heure, rendant ainsi inutiles de nombreux postes de travail (14). Les progrès technologiques entraînent des suppressions d'emplois dans tous les secteurs de l'industrie.

Même si elles représentent un faible pourcentage de leurs dépenses globales, ces économies ont indiscutablement contribué aux bénéfices sans précédent enregistrés par l'industrie du tabac. En 2002, les revenus totalisés par les trois plus grandes multinationales du tabac au monde, Japon Tobacco, Philip Morris Altria et BAT, dépassaient 121 milliards de dollars. Ce montant est supérieur à la somme des PIB de l'ensemble des pays suivants : Albanie, Bahreïn, Belize, Bolivie, Botswana, Cam-

eroun, Cameroun, Estonie, Géorgie, Ghana, Honduras, Jamaïque, Jordanie, Macédoine, Malawi, Malte, Moldavie, Mongolie, Ouganda, Namibie, Népal, Paraguay, Sénégal, Tadjikistan, Togo, Zambie et Zimbabwe (15). Face à la puissance de communication des industriels du tabac, l'information sanitaire sur le danger du tabac est souvent réduite au silence dans les pays en développement (Voir encadré p. 49). D'où l'importance du travail d'information sanitaire des ONG, seul contrepouvoir face aux industriels dans de nombreux pays.

**Saouna Inoussa**

Responsable de SOS tabagisme Niger.

**Pour en savoir plus :**  
<http://otaf.globalink.org>

## ■ Références bibliographiques

- (1) Banque mondiale. Les tendances mondiales du tabagisme. In : *Maîtriser l'épidémie. L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*. Washington DC : Banque mondiale 2000, chapitre 1 : p.13.  
En ligne : <http://www1.worldbank.org/tobacco/Curbing-Tobacco-French.pdf>
- (2) Gajalakshmi C.K., Jha P., Ranson K., Nguyen S. Global patterns of smoking and smoking-attributable mortality. In : Jha P., Chaloupka F.J. *Tobacco control in developing countries*. Oxford : University Press, 2000 : 11-39.
- (3) United Kingdom Department of Health. *Smoking kills: a white paper on tobacco*. London : The Stationery Office, 1998.  
En ligne : <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm41/4177/contents.htm>
- (4) SOS Tabagisme-Niger. *Tabac et pauvreté au Niger*. Niamey, 2003.
- (5) Karki Y.B., Pant K.D., Pande B.R. *A study on the economics of tobacco in Nepal*. HNP Discussion paper, No.13, October 2003.
- (6) Efrogmson D., Ahmed S., Townsend J., et al. *Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh*. Tob. Control 2001 ; 10 : 212-7.
- (7) Jin S.G., Lu B.Y., Yan D.Y., et al. *An evaluation on smoking-induced health costs in China (1988-1989)*. Biomed. Environ. Sci. 1995 ; 8 (4) : 342-9.
- (8) Jiang Y, Jin S. *Social economic burden attributed to smoking in China, 1998*. Paper pre-

- sented at the National Conference on Policy Development of Tobacco Control in China in the 21st Century, Beijing, May 29-31, 2000 ; and: Hu T.W., Mao Z. *Effects of cigarette tax on cigarette consumption and the Chinese economy*. Tob. Control 2002 ; 11 (2) : 105-8.
- (9) Nassar H. *The economics of Tobacco in Egypt. A new analysis of demand*. HNP Discussion Paper, Economics of Tobacco Control Paper No. 8, March 2003.
  - (10) Jha P., Chaloupka F.J. *Curbing the Epidemic: Governments and the economics of tobacco control*. Washington DC : World Bank, 1999 : 140 p.
  - (11) Hu T., Mao Z. *Tobacco farming and government Policies in China*. World Bank Discussion Paper, forthcoming.
  - (12) Jacobs R., Gale F., Capehart T., Zhang P., Jha P. The supply-side effects of tobacco control policies. In : Jha P., Chaloupka J.F. (eds). *Tobacco control in developing Countries*. Oxford : University Press, 2000.
  - (13) Glass C. Paper Tobacco. Tobacco Reporter. August 1998. For a full discussion of these technological innovations. See: The Campaign for Tobacco Free-Kids. *Golden leaf, barren Harvest: the costs of tobacco Farming*. Washington DC, 2001 : 42 p.  
En ligne : <http://tobaccofreekids.org/campaign/global/FCTCreport1.pdf>
  - (14) [www.brownandwilliamson.com](http://www.brownandwilliamson.com)
  - (15) Philip Morris/Altria, British American Tobacco and Japan Tobacco. *World development indicators 2002 Annual Report*. Washington DC : World Bank, July 2003.



## Santé : travailler avec les gens.

**Approche participative, démarche de projet**

Omar Brixi, Roland Fayard, Sylvie Guillaud-Bataille, Michel Pechevis

Ce dossier pédagogique issu d'une formation-action menée dans le département du Rhône a pour vocation de

constituer une aide à la construction et à la réalisation de projets en santé dans une approche participative, c'est-à-dire basée sur les besoins de la population et avec sa pleine participation. Les auteurs exposent la méthodologie du diagnostic communautaire – phase destinée à donner la parole à la communauté et à favoriser l'expression de ses besoins – et de la formalisation de ce diagnostic sous forme d'un rapport ou d'une monographie. Ils donnent quelques éléments sur la mise en œuvre du projet et sur son évaluation. Quelques exemples de réalisations sont présentés.

La seconde moitié de l'ouvrage se présente sous forme de fiches techniques : l'importance de la bibliographie préalable au projet est soulignée ; un ensemble de fiches présente quelques outils de connaissance et sources de données : données épidémiologiques, sciences humaines, sciences des organisations, technologies de l'information ; les méthodes et outils de recueil de données sont présentés ; une fiche fait le point sur la communication et son rôle dans la modification des comportements de santé ; enfin, les pièges à éviter lors de la mise en œuvre d'un projet en santé sont listés. Une bibliographie et un glossaire complètent l'ouvrage.

Olivier Delmer

Lyon : Conseil général du Rhône, 2003, 275 pages, 19 €. Diffusion : ENSP, Rennes.



## L'expérience de la sexualité chez de jeunes adultes

**Entre errance et conjugalité**

Sous la direction d'Alain Giarni et Marie-Ange Schiltz

Ce livre présente les résultats d'une recherche menée par des unités Inserm et Cams/Cermes/CNRS et le service de médecine préventive, sur la sexualité de jeunes gens,

âgés de 18 à 22 ans, étudiants dans une université de la périphérie parisienne. Cette recherche visait à décrire et à analyser l'expérience de la sexualité en tentant d'identifier si et comment la question du sida s'inscrit dans les préoccupations, l'établissement et la réalisation des relations sexuelles, et comment la symbolique du sida prend sens dans cette expérience.

Des données qualitatives et quantitatives ont été recueillies grâce à des entretiens semi-directifs et à des questionnaires auto-administrés à questions fermées, recueillis entre l'hiver 1996 et le printemps 1997. Au total, vingt-quatre entretiens ont été menés.

Afin de pouvoir approfondir les données biographiques et d'observer les évolutions éventuelles survenues dans la vie sexuelle de ces personnes, les entretiens ont été répétés à quelques semaines d'intervalle. Les auteurs ont analysé certaines dimensions de l'expérience de la sexualité à travers des récits et biographies des étudiants interrogés : les difficultés à entrer dans la vie sexuelle et à établir des relations avec l'autre, les modes de protection de soi, les modes de communication sur la sexualité entre générations et entre pairs et, enfin, les motivations à participer à une recherche sur la sexualité.

Anne Sizaret

Paris : Inserm, coll. Questions en santé publique, 2004, 390 pages, 33 €.

## Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique

Jean-François d'Ivernois, Rémi Gagnayre



Ce manuel de pédagogie aujourd'hui réédité a été publié pour la première fois en 1995. Ses auteurs sont tous deux médecins et professeurs de sciences de l'éducation au laboratoire de pédagogie de la santé de l'université de Paris-XIII. Cet ouvrage a pour objectifs de permettre au lecteur professionnel de santé de concevoir, de mettre en place, de réaliser et d'évaluer des actions d'éducation efficaces, en particulier pour les patients atteints de maladie de longue durée.

L'éducation thérapeutique du patient est définie en tant que pratique de soin, relation soignant-soigné et type d'enseignement. Les auteurs développent leur modèle pédagogique fondé sur une approche dite systémique dans laquelle le patient est au centre du dispositif d'apprentissage. Ils définissent les compétences que doit acquérir le patient et la stratégie pédagogique à mettre en œuvre. La démarche est décrite étape par étape et illustrée d'exemples concernant le diabète, l'asthme et la maladie coronarienne. Ces maladies chroniques font l'objet depuis longtemps d'une pratique éducative et ont à ce titre valeur de modèle. Les méthodes et concepts proposés sont néanmoins transposables à d'autres pathologies, et utilisables par tout professionnel de santé.

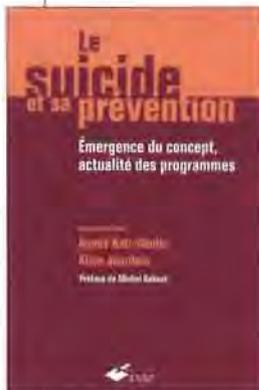
Cette nouvelle édition prend en compte les développements récents dans le champ de l'éducation du patient, en ce qui concerne en particulier l'exploration des connaissances du patient, les mécanismes de l'apprentissage ou encore l'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique.

O.D.

Paris : Maloine, coll. Éducation du patient, 2<sup>e</sup> éd., 2004, 155 pages, 21 €.

## Le suicide et sa prévention.

**Émergence du concept, actualité des programmes**  
Agnès Batt-Moillo/dir., Alain Jourdain/dir., Michel Debout/préf.



Rassemblant des textes écrits par des professionnels et par des chercheurs, cet ouvrage soulève des questions et propose des analyses détaillées concernant les programmes de prévention du suicide menés en France et dans le monde.

À partir d'une réflexion philosophique, la première partie montre comment le suicide est devenu au cours du temps une question de santé publique et décrit la place de l'action publique en France au niveau national, notamment en ce qui concerne les campagnes de communication.

La seconde partie de l'ouvrage décrit précisément plusieurs programmes régionaux et actions de terrain, en relève les limites à la fois conceptuelles, financières et méthodologiques, et relativise la place de l'action publique en mettant en avant deux autres types d'acteurs : associations et médecins généralistes.

Une revue internationale de programmes ainsi qu'un bilan des politiques de prévention concluent la troisième partie, qui propose également un texte concernant les stratégies finlandaises, québécoises et anglaises de prévention du suicide.

Catherine Lavielle

Rennes : ENSP, 2005, 266 pages, 24 €.

## École et cannabis. Règles, mesures et détection précoce.

**Guide à l'intention des enseignants et des établissements scolaires.**

Office fédéral de la santé publique (OFSP), Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (Isipa).



Ce guide pratique destiné aux enseignants est un mode d'emploi d'une démarche visant à gérer le problème de la consommation de cannabis dans les établissements scolaires. Il ne se situe pas exactement sur le terrain de l'éducation pour la santé mais propose la mise en place de règles et indique une conduite à tenir en cas de transgression. Après avoir fourni quelques informations et arguments préalables synthétiques (« comment faire pour que les règles soient mieux acceptées », « comment savoir s'il y a consommation de cannabis ? », « que faire en cas de trafic dans l'établissement ? », etc.), la démarche de définition et de mise en place de règles est décrite pas à pas. Des conseils permettant aux enseignants d'évaluer la situation et de réagir en cas de transgression sont formulés et accompagnés d'un modèle progressif d'intervention : information des parents et des autorités scolaires, entretien avec l'élève, sanction. Ce modèle est un exemple du type de procédure qu'un établissement scolaire doit prévoir lorsqu'il met en place un système de règles autour de la consommation du cannabis, et auquel on pourra se référer en cas de transgression des règles.

O. D.

Berne : OFSP, Lausanne : Isipa, 2004, 34 pages. Gratuit pour la Suisse, autres pays : 0,30 FCH + frais port. <http://www.sfa-isp.ch>

Jacques Arènes & Bernadette Costa-Prades



## Comment survivre quand on est un garçon.

Jacques Arènes, Bernadette Costa-Prades.

## Comment survivre quand on est une fille.

Emmanuelle Rigon, Bernadette Costa-Prades.

Ces ouvrages s'adressent à de jeunes adolescents filles et garçons (10-15 ans) et permettent de répondre à un certain nombre de préoccupations telles que « Ma copine attire tous les garçons », « Mes parents râlent quand je téléphone », « Au secours, mes seins poussent », « Mon père ne s'intéresse pas à ce que je fais ! », « Il y a une fille qui n'arrête pas de me coller », « Je me trouve minus à côté des autres », etc.

Une bonne trentaine de petits articles figurent dans chacun des deux livres. Ils sont structurés de la même manière : une préoccupation figure au niveau du titre, le châpo

donne des éléments de contexte, le corps de l'article fournit des explications concernant la situation vécue et mentionne les points de vue possibles des différents protagonistes, des encarts « À toi de jouer ! » donnent aux jeunes lecteurs des pistes pour se sortir de ces moments inconfortables, et, enfin, une règle d'or conclut l'épisode de vie présenté. Les auteurs utilisent un vocabulaire et un style très agréables à lire ; très respectueux de l'environnement familial de l'adolescente et de l'adolescent, ils leur fournissent des points de repère et des conseils simples, faciles à mettre en œuvre.

Paris : Albin Michel Jeunesse, 2003, 109 et 140 pages, 10 €.

Emmanuelle Rigon & Bernadette Costa-Prades



Je n'ai jamais embrassé de garçon, c'est grave. Je n'arrive pas à avoir de meilleure amie. Mes parents râlent quand je téléphone. Ma mère ne veut pas que je me maquille. Mon frère a le droit de tout faire et pas moi. Au secours, mes seins poussent. Je l'aime mais je n'arrive pas à lui dire. Je ne veux pas aller à la piscine avec les garçons.

A. S.

## Prévention Cannabis

Patrick Bazin

Ce cédérom destiné aux collégiens et aux lycéens a pour objectifs de leur apporter une information précise sur les effets et les dangers du cannabis mais aussi de les inciter à s'interroger sur leur attitude face à ce produit.

Il propose plusieurs portes d'entrées :  
 – une autoévaluation, qui permet à l'utilisateur de faire le point sur les connaissances qu'il a de ce produit mais aussi sur son rapport à cette substance ;  
 – une base documentaire qui se présente comme le sommaire d'un ouvrage où l'utilisateur peut choisir d'accéder au chapitre qui l'intéresse ;

– un journal intime : au travers de l'histoire de Marion qui se fait « pincer » par un surveillant alors qu'elle fume un joint devant le lycée, l'utilisateur est confronté à l'ensemble des questions que pose l'usage de cannabis. Les différents éléments interactifs de chaque page de ce journal apportent des réponses.

On peut lire l'histoire en feuilletant virtuellement les pages ou accéder à certaines d'entre elles à partir d'une liste de questions (Le cannabis c'est quoi ?, Pourquoi est-il interdit ?, etc.).

Complété par un glossaire et une bibliographie, ce cédérom est, dans sa forme, bien adapté au public jeune habitué à ce type de support.

Fabienne Lemonnier

Poitiers : Chrysis, 2004, un cédérom, un livret, version monoposte : 49 €, version site/réseau : 129 €.

Diffusion : Chrysis – 1, allée de la Providence, BP 42, 86002 Poitiers – Tél. : 05 49 45 20 20  
[www.chrysis.com](http://www.chrysis.com)



## La folie adolescente : psychanalyse d'un âge en crise.

Didier Lauru

Le psychiatre-psychanalyste Didier Lauru base sa réflexion sur de nombreux cas cliniques d'adolescents suivis en psychanalyse ou psychothérapie. Il aborde la question de l'amour, de la sexualité, de la mort à l'adolescence en se référant aux approches lacanienne et freudienne. Les problématiques adolescentes sont déchiffrées et tendent à montrer leur pérennité, au-delà des modes, des apports de la technologie et malgré l'émergence de nouvelles pathologies. L'auteur dresse un tableau clinique des pathologies susceptibles de se révéler à cet âge : la névrose, la psychose, la perversion et la folie. L'ouvrage s'achève par une analyse de la place de l'adolescent dans la psychanalyse. Le psychanalyste se demande si une cure peut être conduite auprès d'un adolescent et si elle présente d'autres caractéristiques que celle de l'adulte.

Sandra Kerzanet

Paris : Denoël, 2004, 221 pages, 20 €.

# équilibrés

LA LETTRE DE LA PRÉVENTION ET DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

- Chaque mois, « équilibrés », la lettre électronique d'information mensuelle de l'Inpes, en ligne sur le site.
- Elle s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé et des intervenants en prévention et en éducation pour la santé



Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé  
**inpes**  
[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

- Pour la découvrir et vous abonner gratuitement, rendez-vous sur [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

Ici, un non-fumeur  
a déjà fumé  
19540 cigarettes.

Quand vous fumez  
à côté d'un non-fumeur,  
il fume aussi.

