

numéro 375

Janvier-Février 2005 - 6 €

LA Santé

de l'homme



Améliorer la prévention des cancers

Alcool : menace
sur les adolescents
en Belgique

**Nutrition et activité
physique** :
portraits d'ados

Lectures – Outils :
accompagner
les enfants hospitalisés

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

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 : **Éric 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@iuhpe.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**, **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), **Éric 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 : 1^{er} trimestre 2005.
Tirage : 14 000 exemplaires.

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



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 _____

SH 375

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

sommaire

numéro 375

Janvier-Février 2005

► International

L'alcool dissous dans les sodas
menace la Belgique

Florence Vanderstichelen, Martin De Duve 4

Dossier

Améliorer la prévention des cancers

Introduction

Mobiliser autour des actions éducatives

Annick Fayard, Philippe Mourouga 8

Plan cancer : objectifs et premier bilan

Informier, dépister, et travailler
sur les comportements

Philippe Mourouga, Albert Hirsch 10

Mieux prévenir les cancers évitables

Pascale Briand 11

Stratégies de prévention :
développer les expériences innovantes

Des groupes d'échange, pour diminuer
la souffrance

Sandrine Cayrou, Sylvie Dolbeault,
Bernard Desclaux 15

Picardie : des « femmes relais »
en soutien au dépistage des cancers

Jeannine Tison, Annie-Claude Marchand 18

En Lorraine, promouvoir la santé
pour réduire les addictions

Lucette Barthélémy 20

La nécessaire qualité des actions
de prévention

Anne Stoebner-Delbarre 22

Information et éducation pour la santé :
l'exemple de la lutte contre le tabagisme

Prévention du tabagisme :
les conditions pour avancer

Albert Hirsch 24

La Normandie teste l'éducation par les pairs

Carole Baeza, Catalin Nache 26

Nord-Pas-de-Calais : la prévention
passe par la formation des professionnels

Delphine Testard 28

L'école ne doit plus être un lieu
où l'on apprend à fumer

Sylviane Ratte 30

La Réunion : un projet global de prévention
chez les jeunes

Alexandre Magnan, Antonia Dandé 32

Information, dépistage : prise en compte
des populations précaires et soutien aux
professionnels

Accompagner vers le dépistage les femmes
en situation de précarité

Anne Le Cain, Philippe Mourouga 34

Un kit de formation des médecins
généralistes au dépistage des cancers

Isabelle Vincent 37

Qualité des soins dans l'Hexagone :
une comparaison difficile

Jean-Marc Macé, Philippe Mourouga 40

Pour en savoir plus

Ingrid Aubry, Meriem Bederr, Sophie Cauchy,

Sandra Kerzanet, Catherine Lavielle 42

► Lectures – Outils

Olivier Delmer, Anne Sizaret 45

► La santé en chiffres

Nutrition, activité physique et sédentarité :
portrait des adolescents

Hélène Perrin-Escalon 47



Illustrations : Rebecca Dautremer

En cahier central : index des articles parus en 2004

LA Santé
de l'homme

L'alcool dissous dans les sodas menace la Belgique

En Belgique, la consommation précoce d'alcool – dès 11 ans – recule mais demeure préoccupante. La montée en puissance des boissons mixtes incluant de l'alcool, les fameux premix, à la mode chez les ados, inquiète les professionnels de santé. Face au marketing agressif des fabricants, il est urgent de développer la prévention en direction des jeunes.

Le comportement des jeunes face à l'alcool se modifie, il se rajeunit, il se féminise. Les stratégies commerciales mises en œuvre pour cibler les jeunes deviennent de plus en plus variées et pointues. Comment faut-il réagir ? En observant, en dénonçant, en éduquant ? Ce débat est régulièrement abordé en Belgique. Ainsi, un colloque récent organisé à Louvain-la-Neuve et consacré à l'alcool et aux jeunes¹ a réuni trois cents experts et intervenants du secteur de l'éducation pour la santé sur ce thème.

Tous les jeunes n'ont pas le même profil de consommation. S'interroger et les interroger sur leur consommation et leurs motivations à consommer constitue sans doute un premier pas éducatif. Une étude de l'Unité de promotion éducation santé (Université libre de Bruxelles) permet de distinguer différents types de consommation d'alcool par les jeunes en âge scolaire², à commencer par l'essai. À 11 ans, deux tiers des garçons et près de la moitié des filles ont déjà consommé au moins un verre d'alcool. Dans le cadre familial, très souvent à l'occasion d'une fête, l'enfant, presque adolescent, est autorisé, voire encouragé à prendre son premier verre. Tout petit, il avait l'autorisation de tremper de temps en temps un doigt dans le verre de l'adulte. Vers 11 ans, la famille l'initie à la dégustation d'un vin, souvent liquoreux. Et pourquoi pas ?

À 13 ans, un jeune sur quatre est consommateur régulier

La consommation régulière de boissons alcoolisées, c'est-à-dire au moins une fois par semaine, apparaît pour un jeune sur quatre à partir de 13 ans ! Cette tendance tend à diminuer et c'est une bonne nouvelle. De 1986 à 2002, le pourcentage de jeunes consommateurs réguliers est passé de 48 % à 28 % chez les jeunes de 13, 15 et 17 ans confondus. Les garçons sont deux fois plus nombreux que les filles à consommer régulièrement des boissons alcoolisées. Côté boissons, c'est la bière qui a la

palme, précédant le vin. Les alcopops (boissons sucrées mélangées à de l'alcool fort, titrant entre cinq et six degrés d'alcool, encore appelées « breezers » ou « premix »), bien qu'apparus récemment, commencent aussi à rencontrer du succès chez les jeunes.

Chez les consommateurs réguliers, il y a les jeunes qui déclarent boire plus de sept verres d'alcool par semaine ou au moins deux verres par jour. Ce sont les gros consommateurs. Cette tendance augmente très nettement avec l'âge. Et, ici encore, ce sont les garçons qui optent pour ce comportement. Plus inquiétant sans doute est le dernier type de comportement : l'ivresse. Depuis 1992, on observe une tendance à la hausse du nombre de jeunes déclarant avoir été ivres plus d'une fois. Cela concerne plus d'un quart des jeunes et cette tendance augmente très nettement avec l'âge.

Une enquête menée auprès des jeunes étudiants met en évidence le fait que le plaisir et l'amusement sont les deux principales motivations de la consommation chez les jeunes. On boit avec des copains pour faire la fête, pour être joyeux, communicatif, plus audacieux, franchir les limites. Le cercle d'amis et de connaissances semble être le milieu d'apprentissage d'une consommation plus régulière, initiée en famille.

Mais, pour quelques-uns, l'alcool sert à combattre une situation négative telle le stress, la solitude, la peur de l'avenir. Ce dernier modèle n'est pas dominant, certes, mais il est préoccupant.

Alcopops : les très jeunes sont directement visés

Actuellement, en Belgique, les producteurs d'alcool ont à cœur de banaliser, de féminiser et de rajeunir la consommation d'alcool. En effet, on constate une volonté claire des producteurs de compenser, par des produits mieux adaptés, les diminutions des ventes d'alcools dits plus « classiques » auprès des jeunes, tels que le vin, la bière ou les spiritueux, recul observé depuis quelques années. En dépit de leur prix relativement élevé, les alcopops (breezers ou premix) sont très appréciés des jeunes, en particulier des jeunes filles, parce que le goût de l'alcool n'est pas dominant, voire presque imperceptible, et que les boissons alcoolisées préconditionnées ne sont pas aussi amères que la bière.

Aujourd'hui, on tend à boire en groupe, mais chacun accroché à son flacon. Cet « individualisme collectif » induit une véritable mode des petits contenants ; le jeune consommateur est très sensible au « visage » de l'étiquette, à l'esthétique du flacon.

En matière de publicité, on assiste à de nouvelles pratiques commerciales plus agressives et très ciblées : les jeunes scolarisés (12-18 ans) ont maintenant leurs propres boissons alcoolisées ! Elles sont sucrées et agréables à boire car très proches des goûts habituels des limonades et sodas, joliment colorées, elles ont aussi quelque chose d'insolent qui plaît aux jeunes. Alors que les représentants de l'industrie de l'alcool continuent d'affirmer solennellement que les alcopops s'adressent à un public légalement autorisé à boire de l'alcool et ne sont rien d'autre qu'une alternative au vin et à la bière, les spécialistes de la prévention et de la santé s'accordent à dire que l'augmentation vertigineuse de la vente d'alcopops n'a pas été suivie d'une diminution de celle de la bière. Le goût sucré et la présentation branchée de ces boissons indiquent clairement qu'elles visent les jeunes et ouvrent un nouveau marché sans nuire aux autres.

Ne pas diaboliser

Les stratégies commerciales, l'augmentation du nombre d'ivresses, le nombre de jeunes consommateurs, tout cela ne devrait-il pas inviter le monde éducatif à réagir ? Oui, mais certainement pas à diaboliser l'alcool, comme on a parfois diabolisé le tabac et l'ensemble des drogues sans distinction. Il ne s'agit pas de stigmatiser le produit, de le prohiber, de viser l'abstinence... ni pour autant de banaliser la consommation d'alcool. Il s'agit plutôt d'éduquer à une consommation responsable et raisonnable dans le cadre d'une promotion de la santé et du bien-être. Les partenaires éducatifs réunis autour de cette question à l'occasion du colloque évoqué précédemment¹ ont mis l'accent sur le fait que la consommation d'alcool par le jeune s'inscrit dans le cadre d'une polyconsommation. Il s'agit dès lors d'interroger le jeune sur l'ensemble de ses consommations et sur le sens de celles-ci.

« Une approche axée sur la peur, sur la diabolisation du produit, expliquait Patrick Ceusters, formateur pour Prospective Jeunesse Belgique, n'a aucune efficacité. Donc inutile d'envisager des affiches montrant une cirrhose ! De même, poursuit-il, « des études ont montré qu'une approche informative neutre, objective, centrée exclusivement sur le produit n'a soit aucun effet, soit un effet négatif. Par contre, une approche centrée sur le jeune, sur ses problèmes,

offrant place au dialogue et à la rencontre sur sa ou ses consommations, sur les motifs de celles-ci, sur les différents usages des produits, a plus de chance de réussir. Surtout si cela s'inscrit dans une perspective de développement de l'estime de soi, du goût de vivre, bref de la santé et du bien-être du jeune. »

Responsabiliser les jeunes consommateurs

L'effet désinhibiteur de l'alcool (« je me sens audacieux », « je n'ai plus peur ») provoque des comportements à risques auxquels il est important de sensibiliser les jeunes. Quel parent n'a pas dit à son fils, à sa fille, « Je viens te rechercher après ta soirée, ne reviens pas en voiture avec un ami enivré. » L'opération Bob (capitaine de soirée) ou les « Responsable Young Drivers » (RYD) travaillent beaucoup dans ce sens. Et il est possible de relayer ces messages avec force auprès des jeunes. C'est ce que l'on appelle travailler à la réduction des risques immédiats liés à une consommation problématique. Les relations sexuelles non désirées, non protégées font partie des risques liés à une consommation d'alcool non maîtrisée. Ici aussi, une sensibilisation concrète des jeunes peut être entreprise avec les jeunes eux-mêmes. Virginie Verton, responsable des cercles étudiants de l'Université catholique de Louvain, témoignait du fait que : « dans le cadre des baptêmes (bizutages) d'étudiants, les organisateurs avaient pris

l'initiative de mener une vaste campagne de sensibilisation aux risques de relations sexuelles sous l'emprise de la boisson ».

Un module de formation pour les animateurs

En matière de formations d'adultes-relais, des initiatives existent également, notamment « Je bois, je fume, j'animate ». C'est le titre de tout un module de formation et d'un outil d'animation destinés aux animateurs de mouvements de jeunesse afin qu'ils s'interrogent et gèrent la consommation de tabac et d'alcool dans le cadre de leurs activités avec les enfants et les adolescents. Une cellule de bénévoles est à l'écoute 24h/24h de toute équipe d'animation en difficulté avec ces consommations, prête à écouter, conseiller, épauler.

Il existe encore d'autres outils, tels que « Accro moi non plus... », outil interactif (cédérom et exposition), dont l'objectif principal consiste, à travers une tentative de « contextualisation » des consommations problématiques, à amener le jeune à une réflexion sur « le pourquoi » de ses consommations à risques, à faire des liens entre elles et les difficultés et problèmes qu'il vit au quotidien, à se poser des questions comme « je vis quoi ? », « je veux dire quoi ? », à l'aider à chercher à donner « un sens » à une consommation non gérée. Par ailleurs, l'outil vise, d'un côté, à dédramatiser les consommations (car la dramatisation isole davantage le consommateur) mais, de l'autre, à ne pas les banaliser (car toute consommation non gérée comporte des risques, quel que soit le produit). Autre objectif encore : donner au jeune des pistes pour s'informer et/ou se faire aider. *Via* cet outil, ces quelques balises pour comprendre la consommation des jeunes, en décoder le sens avec eux et en réduire les risques pourraient constituer des clés pour de nouvelles initiatives avec les jeunes, pour les jeunes.

Ce colloque ne restera pas lettre morte : nombre de partenaires de la prévention³ ont constitué un groupe qui travaille actuellement à la constitution d'un réseau en Belgique francophone. Le réseau privilégiera l'approche de la promotion de la santé et de la réduction des risques. Il s'agira de stimuler le travail intersectoriel et la créa-

tion d'une concertation réelle des publics-relais (parents, éducateurs, acteurs de santé, enseignants, etc.) sur ces questions, de faire émerger un consensus qui prendra la forme d'un réseau ; il s'agira d'influer sur les pratiques commerciales des producteurs d'alcool pour éviter qu'elles ne suscitent des comportements inadéquats ; et enfin, il s'agira de viser des modes de consommation plus responsables, moins risqués, d'alcool par les jeunes.

Florence Vanderstichelen

Directrice,

Martin De Duve

Chargé de projets, Univers Santé ASBL,
Louvain-la-Neuve (Belgique).

Pour en savoir plus

Contact : colloque@univers-sante.ucl.ac.be

1. « Les jeunes et l'alcool : vers un réseau ». Colloque organisé à Louvain-la-Neuve, le 18 mai 2004. Les actes du colloque ont été publiés au mois d'octobre 2004.

2. Piette D., Parent F., Coppieters Y., Favresse D., Bazelmans C. et al. La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994 ? Bruxelles : ULB-Promes, 2003. Cette enquête est menée depuis 1986 auprès de cinquante mille jeunes d'âge scolaire.

3. Le groupe porteur de ce projet est constitué aujourd'hui en Belgique de la Fédération des centres de jeunes en milieu populaire, de la Fédération des étudiant(e)s francophones, d'Infor-drogues, de Jeunesse et santé pour le Conseil de la jeunesse catholique, de la Ligue des familles, du secteur Enfance et jeunesse de la Mutualité socialiste, du groupe Rapid, de Prospective jeunesse et d'Univers santé. En plus du groupe porteur, un réseau de partenaires locaux, régionaux ou fédéraux se tisse autour de la philosophie et des missions de ce projet.

- 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

- Pour la découvrir et vous abonner gratuitement, rendez-vous sur www.inpes.sante.fr

Améliorer la prévention des cancers

Comment développer l'information et l'éducation des patients dans une démarche de prévention des cancers ? Comment améliorer le recours et l'accès au dépistage et aux soins ainsi que la qualité de la prise en charge des personnes atteintes ? Nous vous présentons dans ce numéro un état des lieux – non exhaustif – de ce qui se pratique actuellement en France en matière d'information, de prévention et d'éducation pour la santé. La Ligue nationale contre le cancer, partenaire naturel de l'INPES, a immédiatement accepté de partager la coordination de ce dossier. Nous avons fait appel à différents experts – médecins, éducateurs pour la santé, psychiatres, psychologues – et autres acteurs de la prévention et des soins. Premier constat : la majorité des actions d'information à visée préventive est centrée sur la lutte contre le tabagisme ; les autres domaines – en particulier la prévention des cancers en milieu professionnel – restent donc peu investis.

Au fil des articles, plusieurs autres tendances fortes émergent :
– l'insuffisance de l'accompagnement sur tous les plans – psychologique, professionnel, familial – des personnes atteintes de cancers ; quand ce travail d'écoute et de partage est effectué – cas de l'expérience présentée par la psychologue Sandrine Cayrou en collaboration avec des psychiatres –, les témoignages soulignent à quel point la vie quotidienne du patient peut s'en trouver améliorée ;
– la nécessité de développer un travail d'éducation pour la santé, de proximité prenant en compte les représentations, l'environnement économique et social des personnes. Nous présentons une étude particulièrement éclairante à cet égard : un groupe de femmes en situation de précarité a fait l'objet d'un suivi pour tenter de comprendre pourquoi elles restaient en marge des actions de dépistage des cancers ; il en ressort qu'elles échappent plus globalement à l'ensemble des dispositifs d'information, souvent même aux soins, parce que leur urgence est déjà de s'assurer une vie décente au quotidien. D'où l'intérêt d'une autre initiative développée en Picardie, celle des « femmes relais », qui effectuent dans leur quartier un travail de sensibilisation au dépistage.

Enfin, nous vous présentons les outils d'intervention en éducation pour la santé créés par l'INPES pour soutenir les médecins dans leur pratique quotidienne en matière d'information et de dépistage des cancers. Les premières évaluations montrent que cette démarche contribue à améliorer la relation soignant/soigné, rendant ainsi moins difficile le quotidien des patients atteints de cancer.

Dossier coordonné par **Philippe Mourouga**, médecin, chef de service Prévention-information, La Ligue nationale contre le cancer et **Annick Fayard**, directrice, direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique à l'INPES.

Yves Géry

Mobiliser autour des actions éducatives

Depuis quelques années, les personnes atteintes de cancer en France souffrent moins d'isolement que par le passé. Deux facteurs favorables se sont conjugués : d'une part, les prises de parole collectives des personnes atteintes et de leurs proches se sont considérablement développées ; d'autre part, la prise en charge médicale, psychologique et sociale des patients est devenue partie prenante du débat national et s'est, dans certains cas, améliorée.

En France, des programmations d'actions régionales de lutte contre le cancer ont vu le jour dès 1994. La mobilisation s'est amplifiée avec les états généraux des personnes atteintes par le cancer, organisés successivement en 1998, 2000 et 2004. La lutte contre le cancer constitue aujourd'hui une cause nationale, à l'initiative du président de la République Jacques Chirac ; notre pays est désormais doté d'un plan national de mobilisation contre le cancer coordonné par la Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer¹. La nouvelle loi de santé publique du 9 août 2004 portant création de l'Institut national du cancer (INCa) conforte cette priorité dans les domaines de la recherche et du soin.

Une stratégie nationale et des premiers éléments de réalisation existent. La mise en œuvre de cette stratégie implique des acteurs très divers du domaine des soins² et de la prévention. Les actions réalisées aux niveaux national et local ne doivent pas cependant occulter l'étendue des besoins.

Dans le domaine de la prévention, La Ligue nationale contre le cancer, fortement soutenue par le ministère de la Santé, a, au cours des dernières années, élaboré des orientations nouvelles selon la démarche proposée par l'Organisation mondiale de la santé. Son effort porte en premier lieu sur la lutte contre le tabagisme. Parallèlement, l'Éducation nationale a signé, en 2003, un contrat cadre de partenariat avec le ministère de la Santé. Il comporte un plan d'actions notamment dans le domaine de la nutrition et du tabagisme³. Ce contrat prévoit égale-

ment des actions qui visent à renforcer les facteurs de protection chez les enfants et les jeunes avec une approche globale de la santé. De nombreuses actions de communication visant à lutter contre l'image positive du tabac, notamment en direction des jeunes et des femmes, ont été conduites par l'INPES. Ces actions ont porté en premier lieu sur les risques du tabagisme actif et, depuis 2004, sur les risques du tabagisme actif au domicile et sur les lieux de travail. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a pris des dispositions pour fournir gratuitement des substituts nicotiniques aux personnes les plus défavorisées accueillies dans ses centres de santé. Plus largement, de nouveaux partenariats émergent pour contribuer à l'élaboration et la réalisation des plans nationaux de santé publique.

Ce cadrage national a conforté la légitimité et soutenu les activités des acteurs, professionnels et bénévoles, déjà mobilisés par les programmes régionaux⁴. En 2003, des appels à projets régionaux et nationaux, principalement orientés vers la lutte contre le tabagisme, ont été lancés pour un montant de six millions d'euros par l'INPES et la direction générale de la Santé. En 2004, l'INPES a poursuivi son soutien aux acteurs locaux en assurant la poursuite des projets inscrits dans la durée. Ces actions régionales concernent le milieu scolaire et le milieu du travail.

Globalement, les actions sur l'ensemble du territoire agissent essentiellement sur les facteurs reliés aux comportements et habitudes de vie ; une partie d'entre elles prennent aussi en compte les facteurs liés à l'environnement social (conditions de vie, milieux de vie et rapports sociaux) ; enfin, les actions agissant sur les facteurs liés à l'environnement bio-physico-chimique sont plus rares.

Au final, ces actions peuvent avoir une influence notable sur l'ensemble de la trajectoire de santé des personnes. Pour être efficaces, elles doivent être partagées et relayées par les acteurs du champ sanitaire et social tout au long de la vie de ces personnes.

Déjà, le niveau d'éducation est, en soi, un facteur clé de la protection et du développement de la ressource « santé ». L'éducation pour la santé quels que soient l'âge, la culture⁵, l'insertion sociale, la localisation des personnes et leur statut vis-à-vis de la maladie vise à stimuler leurs capacités, à rechercher des solutions en vue d'améliorer leur qualité de vie.

L'éducation pour la santé peut faciliter considérablement l'accès aux actions de prévention et aux structures de soins. Cet accompagnement éducatif est essentiel pour les personnes en situation de précarité (situation d'isolement soit culturel, soit géographique, soit social, soit économique) pour renforcer leurs capacités individuelles et sociales⁶. L'expérience des femmes relais de l'Aisne, présentée dans ce numéro, souligne en creux le besoin de formation des relais dans toutes les communautés et tous les lieux de vie. L'adoption d'une posture éducative par les professionnels de l'État, les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale et les professionnels de santé conditionne également l'accès à la santé des populations vulnérables.

La formation des professionnels de santé à l'approche globale des patients⁷ aide ces derniers à accroître leurs capacités pour faire face à leur maladie, en prenant en compte leur propre expérience. Ce processus permet des gains importants en termes de qualité de vie et fournit un accompagnement permettant, dans certains cas, la réhabilitation et l'autonomie des patients⁸. À l'issue des traitements, l'augmentation de ces potentialités favorise globalement la prévention des facteurs de risques, le recours précoce aux soins et l'inscription dans un projet de vie.

Les démarches éducatives doivent également stimuler nos capacités d'interventions collectives. Ce versant collectif des actions de promotion demeure faible en France. Même si les mesures collectives ne sont évidemment pas susceptibles de suffire pour réduire la fréquence des cancers, le poids du changement ne peut peser

exclusivement sur les comportements individuels. Les orientations nationales ont été définies, leur mise en œuvre commence. Les premiers résultats paraissent encourageants mais restent bien en deçà des besoins et des demandes des usagers de notre système de santé, notamment dans le domaine de l'éducation et de la promotion de la santé. À titre d'exemple, le niveau de prévalence du cancer du sein chez les femmes ainsi que les coûts sociaux qu'il engendre nécessitent que l'on investisse davantage d'efforts à long terme dans ce domaine. En conclusion, l'amélioration de la qualité des actions de prévention⁹ et le renforcement de la compétence des acteurs¹⁰ sont deux leviers prioritaires pour développer une culture et des pratiques de prévention et d'éducation pour la santé face au cancer.

« L'éducation pour la santé peut faciliter considérablement l'accès aux actions de prévention et aux structures de soins. Cet accompagnement éducatif est essentiel pour les personnes en situation de précarité – situation d'isolement culturel, géographique, social, économique – pour renforcer leurs capacités individuelles et sociales. »

Annick Fayard

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

Philippe Mourouga

Médecin, chef de service Prévention-information, La Ligue nationale contre le cancer, Paris.

1. Cf. article de Pascale Briand.
2. Cf. article Jean-Marc Macé et Philippe Mourouga .
3. Cf. article de Sylviane Ratte.
4. Cf. article de Lucette Barthélémy.
5. Cf. article d'Antonia Dandé et Alexandre Magnan.
6. Cf. article d'Anne Le Cain et Philippe Mourouga.
7. Cf. article d'Isabelle Vincent.
8. Cf. article de Sandrine Cayrou.
9. Cf. article d'Anne Stoebner-Delbarre.
10. Cf. article de Delphine Testard, Sylvie Dolbeault et Bernard Desclaux.

Informer, dépister, et travailler sur les comportements

En France, un cancer sur deux serait imputable aux comportements à risque – tabac, alcool, accidents – adoptés par les personnes concernées. Pour renforcer la prévention, les campagnes de communication ne peuvent suffire, professionnels et éducateurs doivent travailler sur le changement des comportements d'une part, une amélioration des conditions de dépistage et d'information d'autre part.

Depuis le début du siècle, la qualité des soins médicaux et de la prise en charge des maladies s'est considérablement améliorée. L'espérance de vie n'a fait que croître en France, passant de 44 années pour les hommes et 45 années pour les femmes en 1900 à 74,2 années pour les hommes et 82,1 années pour les femmes en 1997 (1). Mais derrière ces chiffres incontestables s'inscrit une réalité plus complexe : l'espérance de vie dépend aussi largement du mode de vie de chaque personne, autrement dit des risques pris par l'adoption d'un certain nombre de comportements. On constate en effet, chez les hommes entre 25 et 65 ans, que 55 % des décès sont liés aux comportements (1), c'est-à-dire reliés au tabac, à l'alcool ainsi qu'aux accidents. Ces décès sont donc potentiellement évitables.

Qu'en est-il des cancers ? Selon les scientifiques, la moitié des cancers sont dus aux comportements (2). Un grand nombre de cancers pourraient donc être évités par une action sur ces comportements. Mais cette action ne peut se concevoir uniquement à travers les campagnes d'information. La plupart de ces comportements font en effet appel à des habitudes ancrées dans la vie de tous les jours (manger très gras) ou à des comportements d'addictions complexes et multifactoriels (fumer une cigarette pour lutter contre le stress). Un changement nécessite donc une prise de conscience individuelle.

Il faut cependant nuancer cette opposition entre un risque choisi et un risque subi. L'importance de la pression sociale, la puissance de l'imaginaire, l'in-

conscient collectif, l'ensemble de ces éléments non rationnels influencent l'attitude de l'individu face au risque (3). Il est donc nécessaire de prendre connaissance à la fois de la réalité des risques encourus (par exemple la relation entre le tabac et le cancer), et de la manipulation qui entoure certains de ces facteurs de risque (le côté social et glamour de la cigarette voulu par l'industrie du tabac). Cette prise de connaissance passe par des actions de sensibilisation et d'information du plus grand nombre, dès le plus jeune âge (4).

Pour tous ces facteurs de risque, des actions efficaces de prévention existent :

– les importants déséquilibres nutritionnels jouent un rôle avéré dans le développement des cancers. Une revue de la littérature scientifique a permis de faire le point sur les liens entre alimentation et cancer et a également mis en

évidence le fait que l'absence d'activité physique ainsi que le surpoids sont des facteurs de développement des cancers (5, 6) ;

– le tabac, que l'on considère le tabagisme actif ou passif, est l'une des principales causes évitables des cancers dans le monde (7). De nombreuses actions spécifiques peuvent être menées et sont efficaces ;

– d'autres facteurs, environnementaux, professionnels, hormonaux, sont aussi mis en cause, mais leur poids dans le déclenchement du cancer serait moindre.

En conclusion, les clés de la prévention consistent en une bonne connaissance des facteurs favorisant l'apparition de cancers mais surtout en une action appropriée pour lutter contre ces facteurs. Bien évidemment l'espérance de vie ne peut guère s'améliorer dans des proportions aussi

spectaculaires que celles qui ont eu lieu au cours des cent dernières années. Toutefois la prévention peut permettre d'améliorer considérablement la qualité de la vie, élément que la recherche fondamentale et l'innovation thérapeutique prennent insuffisamment en compte. Que ce soit par le dépistage, qui permet une prise en charge moins lourde du cancer et assure un meilleur pronostic (8), ou par une meilleure prise de conscience des mesures simples de prévention qui permettent par une action journalière de préserver son capital santé et de repousser le spectre de la maladie.

P^r Albert Hirsch

Pneumologue, vice-président de La Ligue nationale contre le cancer, Paris.

Philippe Mourouga

Médecin, chef de service

Prévention-information,

La Ligue nationale contre le cancer, Paris.

Mieux prévenir les cancers évitables

Vingt des soixante-dix mesures inscrites dans le plan cancer concernent la prévention et l'éducation à la santé. Pascale Briand, déléguée de la Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer (Milc), dresse un bilan des actions réalisées depuis deux ans dans les différents domaines concernés : renforcement de la lutte contre le tabagisme, lutte contre l'alcoolisme, promotion de l'équilibre alimentaire, soutien à la recherche sur les cancers professionnels et environnementaux.

► Références bibliographiques

(1) Quintin I., Castetbon K., Mennen L., Hercberg S. *Alimentation, nutrition et cancer : vérités, hypothèses et idées fausses*. Paris : ministère de la Santé, de la Famille, et des Personnes handicapées, Cnamts, InVS, les synthèses du Programme national nutrition-santé, 2003 : 57 p.

En ligne http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/actions42_cancer.pdf

(2) Dozon J.-P., Fassin D. *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*. Paris : Balland, coll. Voix et regards, 2001 : 362 p.

(3) Indicateurs de santé en France, rapport HCSP, « la Santé en France », 1998.

(4) Harvard Report Cancer Prevention, 1996.

(5) Iarc. *Weight Control and Physical Activity*. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Lyon : Iarc Press, 2002b, vol. 6.

(6) Bergstrom A., Pisani P., Tenet V., Wolk A., Adami H.O. *Overweight as an Avoidable Cause of Cancer in Europe*. Int. J. Cancer 2001; 91(3): 421-30.

(7) Iarc. *Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*. Lyon : Iarc Press, 2003, vol. 83.

(8) Tabar L., Yen M.F., Vitak B. *Mammography Service Screening and Mortality in Breast Cancer Patients: 20-year follow-up before and after introduction of screening*. The Lancet 2003 ; vol. 361 (9367) : 1405-10.

L'importance du volet prévention du Plan cancer (1) – pas moins de vingt des soixante-dix mesures – témoigne de la volonté de rééquilibrage de la politique de santé en faveur de la prévention. Prévenir les cancers évitables nécessite une mobilisation sans faille et ce, dans plusieurs directions : tabac, cancers professionnels et environnementaux, et promotion des comportements favorables à la santé pour prévenir les autres risques (alcool, alimentation, exposition aux UV).

Lutter contre le tabagisme, sans relâche, sur tous les fronts

La lutte contre le tabagisme a connu dès 2003 des avancées sans précédent. Les actions ont porté sur les prix et les conditionnements, l'information et la sensibilisation, le respect de la loi, le renforcement des aides et incitations à l'arrêt du tabac. Elles ont particulièrement concerné les jeunes et les populations en situation de précarité (*voir plus loin*).

Les prix, la vente et les conditionnements

– Augmentation du prix des cigarettes de 42 % entre janvier 2003 et janvier 2004 ;

– interdiction de vente au moins de 16 ans et des paquets de moins de 19 cigarettes (loi du 31 juillet 2003). Le décret du 6 septembre 2004 donne la possibilité aux buralistes d'exiger un

document officiel apportant la preuve de l'âge de l'intéressé. Une affiche rappelant l'interdiction, sous peine d'une amende de 150 euros, doit être visible dans les établissements concernés ;

– la loi de santé publique a mis en place un dispositif fiscal visant à éviter la vente de cigarettes à un prix trop inférieur au prix moyen des autres produits, et elle interdit la vente de tabac à un prix promotionnel ;

– avertissements sanitaires forts (« Fumer tue ») inscrits sur les paquets.

L'information et la sensibilisation

– L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a mené de nombreuses actions visant à lutter contre l'image positive du tabac (campagne télévisée, radio, brochures d'information, partenariats avec la presse...), notamment en direction des jeunes et des femmes. Ces actions ont porté, dans un premier temps, sur les risques du tabagisme actif. Depuis l'automne 2004, l'accent est mis sur les risques du tabagisme passif, au domicile et sur le lieu de travail ;

– pour sensibiliser les jeunes, des partenariats INPES/médias jeunes ont été développés entre septembre et décembre 2004. Spots radio, site Internet, rédactionnels, livrets, rubriques, etc. ;

– des actions de sensibilisation et d'aide à l'arrêt ont été engagées dans les hôpitaux, les lycées et les entreprises ;

- de nombreuses actions de proximité ont été conduites par les comités d'éducation pour la santé ;
- des projets associatifs de lutte contre le tabac ont été fortement soutenus : 6 millions d'euros en 2003 et 3,6 millions d'euros en 2004.

Faire respecter la loi Evin

La loi de santé publique vient également renforcer la lutte contre le tabagisme dans les lieux publics en donnant compétence aux médecins inspecteurs de santé publique, ingénieurs du génie sanitaire, inspecteurs de l'action sanitaire et sociale ainsi qu'aux inspecteurs et contrôleurs du travail pour faire respecter l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif et constater les infractions. Pour mieux faire respecter l'interdiction de propagande ou de publicité, directe ou indirecte, la loi prévoit la possibilité de déclarer les personnes morales pénalement responsables et porte à 100 000 euros (au lieu de 75 000) le montant de l'amende en cas d'infraction à la loi Evin.

Par ailleurs, le droit de saisir la justice est élargi aux associations de consommateurs et familiales de plus de cinq ans.

Le plan quinquennal de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool de la Mission interministérielle de la lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), lancé en juillet 2004, vient

notamment conforter les actions pour faire appliquer la loi Evin dans les établissements scolaires, les restaurants et autres lieux publics.

La signalétique sur la loi Evin (espace fumeur/non fumeur) a été adressée, à partir de début 2005, aux 35 000 entreprises de plus de 35 salariés et aux 80 000 bars et restaurants, ainsi qu'un dépliant réalisé par l'association Droits des non-fumeurs.

Renforcer l'aide et l'incitation à l'arrêt

- Mise à disposition gratuite de substituts nicotiniques pour les personnes les plus défavorisées dans les centres de santé de la Caisse nationale de l'assurance maladie ;
- expérimentation de la prise en charge des substituts nicotiniques, entre janvier et fin juin 2005 en Alsace, Basse-Normandie et Languedoc-Roussillon auprès des adhérents à la CMU complémentaire ;
- renforcement des consultations hospitalières antitabac : 2,27 millions d'euros en 2003 ;
- 1 million d'euros supplémentaire en 2004 pour la création de huit centres de consultation dans les départements qui en étaient dépourvus et la mise en place, à titre expérimental, de vingt consultations de groupe, sans rendez-vous, dans douze régions. Le dispositif sera encore renforcé en 2005 avec 2 millions d'euros de mesures nouvelles.

Les résultats sont là

- 1,9 million de personnes avaient cessé de fumer fin 2003 par rapport à 1999 (15,3 millions en 1999 contre 13,5 en décembre 2003), soit une chute de 12 % du tabagisme, essentiellement sur 2003. Cette diminution était encore plus marquée chez les femmes et chez les jeunes (18 % en moins), cibles prioritaires de cette politique. L'usage quotidien de tabac chez les filles de 17 ans est passé de 40,2 % en 2000 à 39 % en 2002 puis à 37,2 % en 2003. Chez les garçons, ces chiffres sont passés de 41,9 % en 2000 à 40 % en 2002 et à 38,1 % en 2003 ;
- l'utilisation des patchs a augmenté de plus de 40 % ;
- croissance significative des consultations de sevrage : la France dispose désormais de 400 centres de consultations de tabacologie hospitalières et non hospitalières ;
- doublement des appels à « Tabac info service » en dix-huit mois ;
- le réseau Hôpital sans tabac comptait 439 établissements en octobre 2004 ;
- l'évaluation 2003 a montré que 68 % des personnes participantes poursuivaient le sevrage après un mois.

Cancers professionnels et environnementaux

Mieux connaître pour mieux prévenir

Un contrat cadre a été signé le 13 février 2004 entre le ministre chargé de la Santé et le ministre du Travail pour assurer une meilleure coordination entre les services des deux ministères dans la lutte contre les cancers professionnels (voir encadré page 14).

Ces différentes actions trouvent leur prolongement dans les orientations nationales 2004 de la politique d'amélioration des conditions de travail et de protection de la santé et de la sécurité au travail, ainsi que dans le plan santé-travail qui doit être présenté dans le courant du premier semestre 2005. Par ailleurs, le plan de cohésion sociale fait de la santé au travail l'un des six thèmes prioritaires du « nouveau pacte pour l'emploi ».

Plusieurs articles de la loi relative à la politique de santé publique viennent renforcer la prévention des risques sanitaires en milieu de travail. Le plan régional de santé publique, qui devra être arrêté dans chaque région à partir de 2005, comportera, entre autres, un pro-

Le Plan cancer, inscrit dans la loi de santé publique

La loi relative à la politique de santé publique affirme la responsabilité de l'État dans le domaine de la santé publique et décrit cent objectifs quantifiés à cinq ans, ainsi que cinq plans stratégiques au premier rang desquels figure le Plan cancer. Ces objectifs et ces plans stratégiques sont déclinés dans chaque région par un Plan régional de santé publique (PRSP) dont la mise en œuvre est confiée à un Groupement régional de santé publique (GRSP), présidé par le préfet de région (le Drass). La circulaire direction générale de la Santé du 24 septembre 2004 précisait les modalités d'élaboration des PRSP dont une première version devait être prête pour le premier semestre 2005. Depuis 2003, anticipant cette organisation, la Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer (MILC) a bénéficié de l'appui de comités régionaux de pilotage du Plan can-

cer mis en place à sa demande et présidés par les préfets de région.

Le PRSP est un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels s'appuyant sur un diagnostic régional partagé de l'état de santé et des ressources et sur un bilan de l'existant (programmes et plans en cours). Ce programme s'intéresse en particulier à la prévention des risques liés à l'environnement général et au travail.

Dans ce nouveau cadre, la loi du 9 août 2004 met en place des consultations médicales périodiques de prévention, des examens de dépistage ainsi que des actions d'information et d'éducation pour la santé déterminées par le ministre de la Santé. Ces programmes sont destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités.

gramme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail.

Agir sur les facteurs de risque environnementaux

Le Plan national santé-environnement (PNSE), présenté le 21 juin 2004, prévoit plusieurs actions destinées à prévenir les cancers d'origine environnementale et, notamment, de :

- renforcer l'évaluation des risques sanitaires liés aux substances chimiques, y compris en milieu professionnel ;
- renforcer les connaissances scientifiques des effets de l'environnement sur la santé humaine.

Promouvoir des attitudes favorables à la santé

Chez les jeunes

Parmi ses objectifs prioritaires, le contrat cadre signé en juillet 2003 entre le ministère de l'Éducation nationale et le ministère chargé de la Santé inclut la lutte contre le tabagisme. L'opération « lycée non-fumeur » s'inscrit dans ce cadre.

Par ailleurs, la loi de santé publique prévoit d'étendre aux étudiants le suivi sanitaire (contrôle médical de prévention et de dépistage) prévu pour les élèves au cours de la scolarité obligatoire.

Équilibre alimentaire et activité physique

De nombreuses actions lancées dans le cadre du Programme national nutrition-santé (PNNS) concourent à la prévention des cancers : promotion de la consommation de fruits et légumes, de l'activité physique, etc.). De septembre à décembre 2004, trois guides sur le thème de l'alimentation et de l'activité physique ont été diffusés (*cf. le dossier de La Santé de l'homme n°374*).

Par ailleurs, la loi de santé publique a renforcé les mesures de prévention concernant l'alimentation : information sanitaire accompagnant la publicité de certaines boissons et produits manufacturés ou versement d'une taxe au profit de l'INPES pour réaliser des opérations d'information et d'éducation nutritionnelles, interdiction des distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants dans les établissements scolaires à compter du 1^{er} septembre 2005.

Renforcement de la lutte contre l'alcoolisme

La loi de santé publique étend aux agents habilités et assermentés la mission de veiller au respect des mesures encadrant la publicité et la propagande en faveur des boissons alcooliques.

Elle étend également aux associations de consommateurs et aux associations familiales la possibilité d'exercer les droits reconnus à la partie civile pour ces infractions. Elle renforce la fiscalité sur les boissons alcooliques et les « pre-mix » (mélange de soda et d'alcool) au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts). Elle prévoit, en outre, la tenue d'états généraux de la lutte contre l'alcoolisme. Le gouvernement remettra un rapport au Parlement avant le 30 juin 2005 sur les conditions de création de ces états généraux.

L'INPES a poursuivi ses actions de prévention autour de plusieurs objectifs : alerter sur les risques sanitaires d'une consommation excessive et informer sur les repères de consommation, faire évoluer les représentations masculines sur l'alcool, promouvoir l'abstinence pendant la grossesse, favoriser le dialogue entre les professionnels de santé et le patient. Une nouvelle campagne d'affichage, télévisée et de presse a été menée en novembre 2004. Parallèlement, un dépliant sur la consommation régulière excessive d'alcool et la manière d'engager le dialogue avec les personnes concernées sera diffusé auprès des professionnels de santé et associations.

Les risques des UV

Le 24 juin 2004, une campagne nationale sur la prévention des risques liés au soleil et aux UV a été lancée par l'Institut national du cancer (INCa) en direction du grand public et par l'INPES en direction des professionnels.

Plusieurs actions ont été annoncées pour prévenir les risques liés à l'exposition aux UV artificiels (UVA) utilisés dans les cabines de bronzage :

- réalisation d'un état des connaissances scientifiques ;
- renforcement des contrôles inopinés dans les salons de bronzage ;
- information des consommateurs sur les risques liés à l'utilisation des cabines ;
- renforcement de la réglementation et obligation d'accréditation des installations de bronzage.

Pascal Briand

Déléguée interministérielle,
Mission interministérielle
pour la lutte contre le cancer, Paris.

(1) Le plan cancer est le premier des cinq plans stratégiques de la nouvelle politique de santé publique. Il comprend soixante-dix mesures et deux cents actions concernant tous les domaines de la lutte contre le cancer : prévention, dépistage, soins, accompagnement des malades, formation des professionnels de santé et recherche.

Prévention des cancers professionnels : un contrat cadre santé-travail

La prévention des cancers professionnels fait l'objet d'un contrat cadre particulier, signé le 13 février 2004 entre le ministre chargé de la Santé et le ministre du Travail. Objectif : assurer une meilleure coordination entre les services de ces deux ministères pour améliorer la lutte contre les cancers professionnels. Les actions s'organisent autour de quatre axes :

- **améliorer la connaissance des risques cancérigènes en entreprise, la veille scientifique toxicologique et renforcer les règles de protection des travailleurs exposés.**

Dans ce cadre, l'Institut de veille sanitaire (InVS) élabore des « matrices emplois – expositions » destinées à évaluer les expositions professionnelles des travailleurs à des substances cancérigènes et à estimer la part des cancers attribuables à ces facteurs. Pour sa part, l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (Afsse) met en place une phase pilote de coordination de la veille scientifique toxicologique ;

- **mieux détecter les cancers professionnels dans l'entreprise en identifiant très rapidement les séries de cas (clusters) et en mettant en place un suivi postprofessionnel des travailleurs exposés.**

L'InVS met en place des outils de surveillance épidémiologique et conduit notamment un programme de surveillance du mésothéliome

dans dix-sept départements pour mieux évaluer les conséquences des expositions passées à l'amiante.

Un guide méthodologique a été élaboré pour aider les médecins du travail à identifier rapidement les séries de cas ;

- **mieux connaître l'importance des cancers professionnels au sein de la population**

Une étude pilote va être réalisée en 2005 sur cinq sites (Bordeaux, Caen, Nancy, Paris, Grenoble) pour tester et valider un autoquestionnaire de repérage des expositions professionnelles aux cancérigènes dans le cadre du cancer broncho-pulmonaire, évaluer la faisabilité d'un réseau d'expertise partagée des consultations de pathologie professionnelle et sensibiliser les médecins prenant en charge des patients atteints de cancer pulmonaire à la recherche d'une origine professionnelle du cancer ;

- **renforcer la prévention des cancers liés au tabac dans les entreprises**

L'INPES reste fortement mobilisé sur la prévention en milieu professionnel, la dernière campagne télévisée (octobre et novembre 2004) portait sur les risques du tabagisme passif, notamment en milieu de travail.

Un label « entreprise sans tabac » va être proposé au cours des prochains mois, il constituera un outil méthodologique pour aider les entreprises à s'inscrire dans cette démarche.

Des groupes d'échange, pour diminuer la souffrance

Pour la première fois en France, des patients atteints de cancers peuvent participer à des « groupes psycho-éducatifs » pour s'informer et se décharger de leurs angoisses. L'expérience, plus large que les groupes de parole, se déroule dans trois établissements pilotes hospitaliers. Selon une première évaluation, ce travail a permis de réduire notablement la souffrance psychologique de ces patients.

Après une brève présentation du cadre institutionnel, nous décrivons notre expérience des groupes psycho-éducatifs (GPE) selon les trois dimensions du processus éducatif : philosophique, organisationnelle et méthodologique (1). Tentant ainsi de préciser comment s'intègre la démarche éducative dans des groupes de soutien psychologique.

Les groupes psycho-éducatifs ont été proposés à des patientes atteintes de cancers du sein dans trois centres anticancéreux français à Paris, Toulouse et Lyon. Ce projet thérapeutique, associé à une démarche d'évaluation de l'efficacité de cette nouvelle modalité d'approche, a été financé par le Programme hospitalier de recherche clinique (2000).

Par définition, un groupe psycho-éducatif possède deux composantes : l'une, dite psychologique, basée sur l'écoute et les discussions de type soutien-expression, et l'autre, éducative, reposant sur le partage d'informations et l'apprentissage de techniques cognitivo-comportementales. L'intervention est encadrée par des intervenants professionnels qui animent des séances structurées et affichent une ambition thérapeutique modérée, ce qui la distingue des groupes d'entraide ou des psychothérapies (2).

Apprendre à gérer le stress

La mise en place de groupes psycho-éducatifs dans ces trois centres anticancéreux pilotes témoigne de la volonté de développer une prise en charge globale du patient, qui l'aide à

intégrer son expérience de la maladie, y compris à l'issue des traitements (impact de la maladie et des traitements, reprise de ses projets, etc.). Par comparaison avec les classiques « groupes de parole », les processus thérapeutiques recherchés dans les groupes psycho-éducatifs reposent sur la parole et sur les phénomènes issus de la constitution d'un groupe (identifications, transferts) mais aussi sur des techniques alliant les cognitions (techniques cognitives), le corps (relaxation)

et le jeu (jeux de rôle). Ces techniques sous-entendent la transmission d'un savoir et un apprentissage : apprendre à gérer le stress et l'angoisse de la récurrence, apprendre à se distancier d'émotions ou de pensées négatives ou à trouver des alternatives, des solutions concrètes aux problèmes, apprendre à mieux communiquer avec ses proches et les soignants, et à utiliser le système de soins. Le processus éducatif s'établit à différents niveaux entre les acteurs du groupe psycho-éducatif, les

animateurs et les participantes, mais aussi entre les participantes elles-mêmes. Le principe d'échange d'expériences entre pairs est bien sûr au centre de ce processus de transmission. Le but principal est d'alléger la souffrance psychologique et de fournir un accompagnement permettant la réhabilitation et l'autonomie du patient.

Reprendre le contrôle sur les événements

Les groupes psycho-éducatifs sont dissociés du temps des soins puisque l'on s'adresse à des femmes atteintes de cancer du sein non métastatique (sans atteinte d'autres organes), se trouvant entre quinze jours et un an après la fin du traitement initial. Ce choix est justifié par la nécessité de créer des groupes homogènes de patientes aux problématiques comparables. Le groupe se réunit dans les locaux de l'institution de soins, toutes les semaines, pour huit séances de deux heures. Les deux animateurs sont des psychologues ou des psychiatres, sensibilisés aux problèmes rencontrés par des patients atteints de cancer, ayant l'expérience de l'animation de groupes et formés aux techniques de gestion du stress. L'un travaille dans l'institution, l'autre y est extérieur. Ils animent les

séances et encadrent les échanges, pouvant être amenés à les recadrer chaque fois que nécessaire, notamment pour permettre la meilleure distribution possible de la parole.

De nombreux groupes ont éprouvé le besoin d'organiser une suite à l'issue des échanges, sur un mode plus amical, ce qui montre l'importance des liens entre participantes. L'apport éducatif à cette étape du parcours de soins poursuit plusieurs objectifs : diminuer l'anxiété à l'égard de la maladie – notamment au travers de la remise d'informations ; diminuer le sentiment d'incertitude ; rendre au sujet un sentiment de contrôle sur certains événements qui pouvaient l'avoir jusque-là submergé ; favoriser la communication entre médecin et patient, et également le soutien entre pairs.

Il s'agit d'un groupe fermé comprenant huit à douze patientes. Le programme des séances est structuré et défini à l'avance. Les animateurs des groupes savent en particulier qu'il n'est pas toujours facile de faire cohabiter écoute, empathie et communication d'informations, d'autant que le minutage serré des séances oblige à maintenir un cadre parfois contraignant. Les

thèmes des séances et leur contenu détaillé ont été décrits dans un manuel¹. Le contenu de ce programme psycho-éducatif recouvre à la fois l'échange d'informations et leur éventuelle objectivation, ainsi que l'initiation aux techniques suivantes : résolution de problème, restructuration cognitive, affirmation de soi, relaxation. Le travail se fait pendant les séances mais aussi entre les séances, puisque les participantes se voient confier des tâches cognitivo-comportementales à domicile qui permettent de préparer le thème de la séance suivante mais aussi de prolonger les apprentissages effectués avec et dans le groupe (relaxation, restructuration cognitive) afin de l'intégrer dans leur vie quotidienne.

Une réduction significative de la détresse

À l'origine, la mise en place des groupes psycho-éducatifs a été associée à un projet d'évaluation de l'efficacité de ce type de prise en charge, en France, et sur cette population de patients. Nous avons choisi de nous concentrer sur l'évaluation des effets de l'intervention, le premier objectif étant la réduction de la souffrance psychologique et plus précisément de l'anxiété. À la suite d'une randomisation,

nous avons comparé un groupe traité, recevant l'intervention en premier, à un groupe de comparaison, recevant l'intervention de manière différée. Les femmes ont été évaluées avant et après l'intervention, ainsi qu'un mois après, sur les variables suivantes : détresse psychologique, qualité de vie, stratégies d'adaptation à la maladie cancéreuse, soutien psychologique et bien-être. Les évaluations ont été réalisées par le biais d'autoquestionnaires, largement utilisés dans les recherches en psycho-oncologie, traduits en français et validés dans notre culture (STAI, POMS, EORTC QLQC30 et BR23, MAC Scale). À la fin de leur groupe, les participantes étaient aussi évaluées sur leur niveau de satisfaction par rapport au groupe et les éventuels effets défavorables ressentis.

Au final, les résultats ont été établis sur deux cents trois personnes (vingt groupes) entre septembre 2000 et mars

2003. Les résultats mettent en évidence une réduction significative de la détresse ainsi qu'une amélioration significative de certains aspects de la qualité de vie chez le groupe traité en comparaison au groupe recevant l'intervention de manière différée (3). En revanche, les effets sur les stratégies d'adaptation ne sont pas significatifs entre les deux groupes. Le format de groupe psycho-éducatif correspond bien aux attentes et aux besoins des femmes atteintes de cancer du sein non métastatique, permettant d'accélérer la diminution des affects négatifs encore présents à l'issue des traitements médicaux reçus. De surcroît, les participantes s'avèrent très satisfaites du soutien obtenu, des phases de discussions, des informations échangées et des techniques apprises, avec un indice moyen de satisfaction de huit sur dix.

Développer, en France, des groupes de soutien intégrant une composante

éducative, et de surcroît les évaluer, représentait un énorme défi. Il faut donc considérer cette expérience comme un premier pas, et chercher à poursuivre le développement des groupes psycho-éducatifs vers d'autres populations ainsi que leur évaluation, en termes d'effets mais aussi de processus.

Sandrine Cayrou

Psychologue, docteur en psychologie,

Sylvie Dolbeault

Psychiatre, chef de l'unité de psycho-oncologie, Institut Curie, Paris,

Bernard Desclaux

Psychiatre, chef de l'unité de psycho-oncologie

Institut Claudius-Regaud, Toulouse.

1. Manuel : intervention de type psycho-éducatif avec des femmes atteintes de cancer du sein non métastatique. Disponible par e-mail : sandrine.cayrou@free.fr ou sylvie.dolbeault@curie.net

« Un besoin d'aide pour accepter la maladie »

Comment les femmes qui ont participé à ces groupes psycho-éducatifs ont-elles vécu cette expérience ? Qu'est-ce que cela leur a apporté ? Voici les témoignages de quatre d'entre elles. Il en ressort un sentiment d'une plus grande humanité face à la brutalité de la maladie.

Christiane, 52 ans

« Ce groupe m'a permis de parler de mes doutes et de mon anxiété persistante. C'était important pour moi d'échanger sur la maladie avec des personnes ayant eu la même expérience que moi. Je suis heureuse d'avoir participé, cela m'a redonné le sentiment de redevenir quelqu'un, même si parfois j'ai préféré évoquer des choses futiles. Cela m'a permis de lier des amitiés, et d'être rassurée au moment où j'en ressentais le besoin. J'ai aussi apprécié la relaxation, profitable, car j'ai appris à me reposer. Le groupe m'a donné envie de poursuivre sur une démarche psychothérapique par la suite et de continuer la relaxation. »

Dominique, 54 ans

« Le groupe m'a permis de prendre conscience de la gravité de la maladie et d'y faire face. J'ai parfois ressenti de l'anxiété par rapport à ce qui était abordé, et, au début,

j'avais envie d'abandonner le groupe. J'ai en effet été plongée brutalement dans la réalité, je ne pouvais plus faire comme si rien ne m'était arrivé. Mais une amitié est née avec les autres participantes, et nous avons décidé de nous revoir. J'ai trouvé le soutien du groupe, celui d'autres femmes ayant traversé la même chose que moi. »

Cécile, 41 ans

« Le groupe a été riche par rapport à l'écoute proposée et à la compréhension des autres patientes. J'ai ressenti, à la suite de cette expérience, une impression de tranquillité et une sérénité face aux angoisses de la maladie. Même si, de prime abord, je venais par curiosité, j'ai trouvé un soutien par rapport à mes angoisses, et j'ai trouvé positive la manière dont chaque participante les a surmontées. »

Nicole, 66 ans

« Je suis satisfaite d'avoir participé au groupe, car j'avais besoin d'aide pour accepter la maladie et ses conséquences. Grâce au groupe, j'avais l'impression d'être plus calme, plus sereine et de mieux relativiser mes problèmes par rapport à la maladie. Le contenu des séances a répondu à mes préoccupations, et j'ai acquis plus de confiance en moi. Chacune d'entre nous a pu participer et s'exprimer. »

Cet article a fait l'objet d'une communication lors du XX^e congrès de la Société française de psycho-oncologie, sur le thème « Éducation et cancer »,

Actes du XX^e congrès de la Société française de psycho-oncologie – Lyon, 5-6 décembre 2003. *Éducation et Cancer*. Revue francophone de psycho-oncologie, 2 (4), 2003 : 190.

► Références bibliographiques

(1) Fournier C. *Décrire et analyser les programmes d'éducation des patients*. La Santé de l'homme, numéro spécial mai-juin 1999 ; 341 : 15-6.

(2) Cayrou S. *Évaluation des effets d'une intervention de groupe de type psycho-éducatif sur des femmes atteintes de cancer du sein : étude randomisée*. Thèse pour l'obtention du doctorat en psychologie, université Toulouse-II, 2002 : 268 p.

(3) Dolbeault S., Cayrou S., Viala A.L., et al. *A Randomised Study of Psychoeducational Groups for French Breast Cancer women*. *Psycho-oncology*; soumis.

Picardie : des « femmes relais » en soutien au dépistage des cancers

En région Picardie, professionnels de santé et associations, réunis depuis 2000 dans le cadre des Programmes régionaux de santé, mettent en œuvre des actions de formation, dépistage et prévention. Parmi ces initiatives, des « femmes relais » soutiennent le dépistage des cancers du sein. La prévention du tabagisme et l'information sur une alimentation appropriée figurent au premier rang des actions menées en milieu scolaire et dans les entreprises. Ce programme est désormais intégré au Plan cancer régional.

La prévention des cancers a été l'un des premiers sujets inscrits dans les Programmes régionaux de santé (PRS). Retenu avec les conduites d'alcoolisation et la périnatalité comme thème des PRS expérimentaux lancés en 1994 (dans le PRS « Alsace contre le cancer »), le cancer a depuis été reconnu comme priorité de santé par la majorité des régions françaises.

Démarche innovante des années quatre-vingt-dix, les PRS promouvaient une approche moins cloisonnée des problèmes de santé, transversale et partenariale. Mettant en pratique ces principes fondateurs, tous les aspects devaient être débattus : les soins, la réinsertion, mais également la prévention et l'éducation pour la santé.

Accordant une place toute particulière à la prévention, les PRS ont permis d'apporter plus de visibilité aux actions et aux acteurs engagés dans ce domaine et de les inscrire dans la durée. L'exemple du PRS « La Picardie contre le cancer », lancé en 2000 et relayé par le Plan national cancer, illustre ce propos.

Créer des liens entre les acteurs

Les professionnels et associatifs qui se sont portés volontaires début 2000 pour participer à l'aventure qu'était la « Programmation stratégique des actions de santé » (méthode retenue pour élaborer les PRS) ont constitué, au fil des rencontres et de l'accompagnement méthodologique, un groupe multidis-

ciplinaire et solidaire construit autour des mêmes valeurs et soucieux d'atteindre des objectifs partagés. Un pilotage mixte (Drass/Urcam) du PRS a permis de mobiliser des acteurs dans différents domaines d'intervention, préventif et curatif : professionnels, associatifs, bénévoles, ou élus. Des liens solides se sont créés : entre institutions et associations, entre acteurs de terrain porteurs de projet et financeurs... Malgré un passage toujours un peu difficile à la mise en œuvre opérationnelle des objectifs fixés, comme dans toute programmation, les membres du groupe n'ont jamais abandonné le programme et sont toujours restés attentifs à l'évolution des travaux.

Année charnière, 2004 a vu la mise en œuvre du Plan national cancer. En Picardie, il s'est naturellement appuyé sur les principes portés par le groupe de programmation du PRS : placer constamment la personne, le malade au cœur du débat, découvrir des savoir-faire et des savoir-être, valoriser les territoires, donner aux acteurs l'occasion de se rencontrer et d'échanger sur leurs pratiques.

Des infirmières « référentes » en entreprise

Plusieurs exemples d'actions développées dans différents lieux de vie témoignent de la dynamique réelle qu'a instaurée le PRS en matière de prévention. Passant par la formation de relais au sein de l'Éducation nationale et l'Association des familles rurales, le pro-

gramme de prévention du tabagisme en milieu scolaire mis en place par l'Assurance maladie avait pour objectif de faire prendre conscience aux enfants de classes primaires, de collèges ainsi que de centres de loisirs l'intérêt d'adopter certains comportements vis-à-vis de leur propre santé. La formation de cent quatorze infirmières de l'Éducation nationale a permis de développer cette démarche d'éducation à la santé auprès de sept mille enfants.

Par ailleurs, l'expérimentation menée par la médecine du travail de l'Aisne, en lien avec le comité départemental d'éducation pour la santé, a mobilisé, à partir d'une enquête préalable, dix-sept entreprises de plus de deux cents salariés sur des thématiques comme le tabac et l'alimentation. Basé sur la formation des infirmières de ces entreprises comme référent santé, ce programme a touché plus de six mille sept cents salariés.

Dans un autre domaine, la formation de plus de cent cinquante femmes relais par le réseau Cres-Codes, a permis à ces dernières de devenir à la fois « actrices de leur santé » et aussi de jouer un rôle actif dans la sensibilisation au dépistage du cancer du sein d'autres femmes de leur entourage.

Enfin, bien qu'encore insuffisantes, d'autres expériences de mobilisation de la population sont menées par des soignants, comme dans l'Oise. À Creil, les médecins, assistantes sociales, infirmière-

Journées de l'Inpes

Paris, les 12 et 13 avril 2005

Les 12 et 13 avril 2005 se tiendront les premières « Journées Inpes », à la Mutualité (Paris), organisées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Thème traité :

« La prévention en actions : partages d'expériences. »

Les intervenants : les acteurs de la prévention et leurs réseaux

Outre les interventions, témoignages et tables rondes, six sessions thématiques se dérouleront sur deux jours :

- Les baromètres régionaux : des enquêtes au service des politiques locales de santé
- Les pôles de compétence régionaux en éducation pour la santé
- Alcool et tabac : la prévention au quotidien
- Nutrition : du programme national aux initiatives locales : quelles synergies ?
- Les réseaux VIH/Sida : de la prévention à la solidarité
- Évaluation et référentiels : les construire et les utiliser

Renseignements sur le site internet de l'Inpes

www.inpes.sante.fr

res, radiothérapeutes du centre hospitalier sont allés à la rencontre des habitants du plateau creillois. La prévention et le soin ont pu être abordés d'une manière simple au cours de réunions organisées avec l'aide des médiateurs des associations relais. La visite des services a complété cette rencontre. À Beauvais, les équipes hospitalières ont organisé avec la Mutualité sociale agricole de l'Oise des mini-conférences-débats dans les centres ruraux en s'appuyant sur un diaporama reprenant également la prévention et le soin.

L'identification des relais (professionnels ou non) a été l'un des aspects essentiels du PRS. Ainsi, l'expérience des « femmes actrices de leur santé » a été prise en compte puisqu'elles sont désormais représentées dans les instances départementales ou régionales du dépistage (conseil d'administration des associations, comité technique régional).

Privilégier l'intérêt du seul patient

Le programme a su garder sa philosophie première jusqu'à ce jour, caractérisée notamment par des valeurs identifiées autour de la dimension humaine.

L'état d'esprit régnant dans le groupe depuis le début a pu être maintenu : sens de l'écoute, recherche constante de l'intérêt du patient, renoncement à ses seuls intérêts professionnels, « militantisme » de la cause des patients, voire des citoyens face au cancer, inscription dans une démarche de santé publique en sont des illustrations probantes.

Cet esprit de « corps » n'aurait pu se constituer sans le passage obligé par le temps de programmation stratégique au moment du démarrage du PRS : c'est ce travail en commun qui a permis à ces personnes, professionnelles ou non, de se connaître et de s'apprécier. Finalement, le PRS ne s'est pas éteint avec la mise en place du Plan national cancer, il y a au contraire consolidé ses fondements et sa légitimité.

Jeannine Tison

Chargée de mission, Urcam de Picardie,
Copilote du Programme régional
« La Picardie contre le cancer »
avec Alain Cadou, Drass de Picardie.

D^e Annie-Claude Marchand

Référent méthodologique du PRS de Picardie,
direction du développement
de l'éducation pour la santé
et l'éducation thérapeutique, INPES.

En Lorraine, promouvoir la santé pour réduire les addictions

La région Lorraine est l'une des seules en France à décliner l'information et la prévention des cancers dans des lieux multiples – écoles mais aussi lycées, entreprises, hôpitaux – en associant professionnels de santé et de la prévention. Vingt-quatre actions éducatives, centrées sur la prévention des addictions au sens large (tabac, alcool et autres) sont actuellement mises en place à destination des jeunes sur des sites pilotes.

Depuis plusieurs années, la région Lorraine est impliquée dans les actions de prévention du tabagisme et, plus globalement, sur la prévention des dépendances aux produits. Concrètement, trois dispositifs ont été mis en place, s'inscrivant désormais dans le cadre du Plan national cancer :

- un programme régional de prévention des dépendances aux produits avec pour objectif de réduire en Lorraine les conséquences sanitaires et sociales dommageables liées à la consommation occasionnelle et régulière de produits pouvant induire des dépendances ;
- le dispositif lorrain de prévention du tabagisme, qui met en place des actions, des formations, des outils pédagogiques et de communication sur le thème des dépendances ;
- le programme quinquennal de prévention en santé scolaire, qui développe un axe spécifique sur la prévention des conduites addictives.

Parallèlement à ces actions, le réseau lorrain des cinq comités d'éducation pour la santé (Cres/Codes) a réalisé, en 2003, le premier « Défi lorrain », une campagne et des actions qui invitaient les usagers de la région à arrêter de fumer pendant deux jours, les 16 et 17 mai. En 2004, le « Défi lorrain 2004 Acte 2 » s'est déroulé sur un thème plus large : « Dépendance, habitude, plaisir... Choisir sa liberté » ; l'objectif est ici de favoriser, en milieu scolaire et dans l'enseignement supérieur, en entreprise et à l'hôpital, un questionnement individuel et collectif des usagers sur leur choix et leurs habitudes de consommation.

Pour ce faire, plusieurs actions ont été mises en place, certaines destinées à la population générale, comme la création d'un site Internet (*voir encadré*), d'autres étant des actions éducatives de proximité, d'autres encore destinées aux professionnels

Vingt-quatre actions éducatives de proximité

Depuis octobre 2004, vingt-quatre actions éducatives sont en cours de mise en œuvre dans toute la région lorraine à destination des jeunes et des jeunes adultes dans les lycées, les universités, les hôpitaux et les entreprises. Réparties sur six sites pilotes par département, les actions sont constituées d'ateliers éducatifs valorisant la promotion du bien-être et les alternatives à la consommation de produits à travers différents thèmes : santé globale, alternatives au bien-être par l'activité physique, la relaxation, le goût et le plaisir, etc. Ces actions éducatives seront également des lieux d'échange sur les différentes situations de consommation et permettront de renforcer les représentations négatives sur les consommations pouvant induire des dépendances. Pour plus de lisibilité, le déroulement des actions sera exposé dans la rubrique « Défi près de chez vous » du site Internet. Par ailleurs, ce site sera régulièrement enrichi en prenant en compte les propositions des internautes.

Défi lorrain : 450 professionnels impliqués

Ce programme, axé avant tout sur la promotion de la santé, associe à la complémentarité des stratégies éducatives la force de la pluridisciplinarité. En effet,

près de quatre cent cinquante professionnels de santé, de l'éducation et du social sont impliqués dans ce Défi lorrain Acte 2 : le réseau lorrain d'éducation à la santé Cres/Codes, les services déconcentrés de l'État Drass/Ddass, DRTEFP, DRJS, Académie Nancy-Metz, inspections académiques et santé universitaire, réseau de l'Assurance maladie et de la Mutualité française, Ligue contre le cancer et Réseau périnatal lorrain, ainsi que les professionnels qui participent au niveau local aux différentes actions du programme.

Au cours de l'année 2005, une action de communication sera mise en place en direction des professionnels – médecins, infirmiers exerçant en tout lieu, du scolaire à l'hôpital, pharmaciens, professionnels de la prévention et du dépistage – susceptibles d'aider les Lorrains dans une démarche d'éducation à la santé ou d'éducation du patient. Les actions seront diversifiées pour permettre aux professionnels de participer à différents niveaux de l'action régionale : participation à des groupes techniques, édition de lettres d'information diffusées par les réseaux lorrains de communication (Assurance maladie, mutuelle, site Internet de santé, etc.), séminaire d'analyse de pratiques et colloque professionnel « Prévention des cancers : entre risque subi et risque choisi ».

De nouveaux axes de développement

En 2005, nous souhaitons poursuivre ce programme d'actions par la pérennisation des vingt-quatre actions éducatives de proximité, la modélisation

Un site d'informations santé sur Internet

Le site Internet www.defi-sante-lorraine.com, à destination des adolescents et des adultes, favorise une réflexion individuelle et invite l'internaute à s'interroger sur sa liberté de consommer. Tabac, alcool, substances illicites, etc., toutes les habitudes peuvent être explorées. Trois rubriques ont été développées : l'inscription au défi, des jeux pour l'aide au questionnement, et des informations professionnelles sur les lieux de soins, les lieux d'actions du Défi et les lieux « Cyber – Santé du Défi ».

Dans la partie inscription au Défi, l'internaute peut remplir un test de motivation permettant de mesurer ses niveaux de consommation et de dépendance ou d'indépendance. Ce questionnaire-test est à remplir pour chaque produit : une fois le positionnement effectué, chaque internaute s'engage à relever un défi – passer, pour un produit qu'il choisit, d'un stade de consommation à un autre.

Dans la partie jeux, la particularité est sa session interactive, intitulée « L'île des choix ». Conçue dans une approche ludique, elle propose des voyages virtuels pour les internautes décidés à relever un défi de santé. Chaque voyage met l'internaute dans un contexte particulier : la fête, la vie au quotidien, et les imprévus. Il peut alors se tester dans différentes situations, déterminer son profil grâce au quiz et avoir accès à des jeux lui permettant d'appréhender la nécessité de préserver sa santé et trouver ses propres ressources pour y réussir. Des conseils et astuces sont également proposés pour l'accompagner tout au long de son défi.

des stratégies d'intervention dans les différents milieux, une campagne régionale de communication grand public et la mise en œuvre de deux séminaires régionaux.

Le premier séminaire s'adresse aux professionnels des établissements scolaires et universitaires. Il favorisera un échange et une analyse des actions réalisées dans les sites pilotes afin de les modéliser et d'enclencher une dynamique d'actions dans d'autres sites.

Le deuxième, intitulé « Prévention des cancers professionnels : entre risque

subi et risque choisi... », associée aux mesures de santé publique du Plan national cancer celles du Plan national santé environnement. Organisé sur une journée, il permettra à une centaine de professionnels – universitaires, représentants d'entreprises et des services de l'État – de dresser l'état des connaissances puis de débattre sur les risques des produits cancérigènes en milieu professionnel ; il a pour ambition d'impulser une réflexion collective sur la notion de principe de précaution, d'examiner les actions de prévention individuelles et collectives pour préserver sa santé au sein de l'entreprise.

L'année 2003 a permis de tester la réactivité des Lorrains sur une priorité de santé publique, le tabagisme ; l'année 2004 les a mobilisés concrètement sur un projet global de promotion de santé avec la construction et la mise en place du programme. L'année 2005 verra quant à elle l'inscription de la dynamique « défi lorrain » dans tous les secteurs où la santé doit être prise en compte et notamment à travers l'implication effective du milieu professionnel.

Lucette Barthélémy

Directrice, Cres de Lorraine,
Vandœuvre-lès-Nancy.

La nécessaire qualité des actions de prévention

Un programme de prévention ou d'éducation à la santé ne prenant pas en compte les attentes des populations peut s'avérer contreproductif, voire même dangereux. Médecin de santé publique, Anne Stoebner-Delbarre travaille sur des programmes de prévention ; elle analyse les insuffisances de certaines actions, lesquelles peuvent avoir des conséquences négatives sur les populations concernées.

Pour éviter les écueils rencontrés par nos collègues étrangers, nous pouvons tirer des enseignements de leurs expériences passées. Cela est d'autant plus important que certains efforts de prévention – quand leur mise en œuvre n'est pas adaptée – présentent des dangers réels pour la population. De multiples programmes ont eu des effets indésirables, voire pervers. Ce constat soulève de nombreuses questions d'ordre éthique et de multiples interrogations quant aux causes qui peuvent conduire une action de prévention à aller à l'encontre du but recherché.

Nous présenterons ici, illustrées d'exemples, les principales raisons pouvant expliquer de tels résultats paradoxaux : ignorance des attentes des populations, manque de bases théoriques, insuffisance de formation, incohérences sociale et communautaire, et diffusion d'actions non validées.

Ignorance des attentes des populations

Madame Pascale Briand, déléguée interministérielle pour la lutte contre le cancer, l'a annoncé le 17 mai 2004 lors du premier bilan du Plan cancer : « *Un changement de culture est en marche pour donner à la prévention ses lettres de noblesse* ». (1) Une telle dynamique était nécessaire car la France, comme d'autres pays européens, peut mieux faire en matière de prévention (cf. notamment le dossier *La Santé de l'homme* n° 371, L'Europe à l'heure de la promotion de la santé).

D'après un rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), trop d'autorités sanitaires se concentrent sur les besoins présumés de la population plutôt que sur ses attentes réelles (2). Lorsque ces besoins ne correspondent pas aux attentes, les interventions publiques se soldent le plus souvent par des échecs. Un poids excessif peut se vivre, par exemple, comme une protection contre les chocs de la vie. Le vagabondage sexuel et la prise de risque peuvent être un comblement provisoire d'un vide sidéral et dangereux. Voilà comment paradoxalement

ce qui mène à la mort selon les épidémiologistes, en protège parfois (3).

Manque de bases théoriques

Autre exemple : très peu de programmes de prévention en milieu du travail sont réalisés selon les « règles de l'art », ce qui conduit le plus souvent les promoteurs de projet à ne pas pouvoir prouver l'utilité ou l'efficacité de leurs interventions. À l'inverse, les acteurs qui tiennent compte des résultats et des apprentissages issus de plus de quinze ans d'interventions multi-sectorielles efficaces ont plus de chance de proposer des programmes sophistiqués ayant un impact positif (4). C'est pourquoi Mark G. Wilson, chercheur et auteur d'une revue de la littérature complète sur ce sujet encourage vivement les décideurs à baser leurs interventions sur des principes théoriques valides et irréfutables (5). Pour l'OMS, « *des mesures efficaces doivent reposer sur des examens systématiques d'interventions visant à prévenir et à réduire les risques, chaque fois que des informations sont disponibles, et sur l'expérience acquise et des pratiques optimales* » (6).

Insuffisance de formation des acteurs

D'une manière générale, l'absence ou l'insuffisance de formation des acteurs expose la population à la mise en place de programmes non ou peu valides et augmente le risque d'effets délétères. Cela est vrai quel que soit le domaine de prévention développé. Une formation basée sur les principes des théories socio-cognitives des changements des comportements et de la

pédagogie pour adultes peut permettre à l'acteur en prévention de diversifier ses croyances, de changer ses attitudes et de modifier ses pratiques (7). Un acteur de santé formé peut ainsi être plus utile et efficace pour la population que son collègue non formé. Selon plusieurs évaluations, il donnera par exemple aux personnes qui viennent le voir pour se débarrasser du tabac de 30 à 50 % de chance en plus d'arrêter de fumer avec succès que son collègue non formé (8).

Incohérence sociale et communautaire

En 2003, les résultats du programme Cœur en santé/Saint-Louis-du-Parc de Montréal ont ravivé les débats sur les effets délétères des programmes de prévention (9). Si l'action a réussi à promouvoir l'activité physique, elle a aussi favorisé le tabagisme. Les garçons avaient trois fois plus de risque de commencer à fumer un an après le début du programme que ceux qui étaient dans les écoles témoins. Comment expliquer que deux ans après, ce risque chez les filles était également cinq fois plus important ? Le programme a respecté les recommandations du *Center for Disease Control (CDC)*, du *National Cancer Institute (NCI)*, de l'*Institute of Medicine (IM)* et de la littérature en termes de contenu, d'intensité, de formation des enseignants, d'intervention des pairs et d'évaluation. En revanche, un soutien communautaire cohérent n'a pas pu être mis en place, comme cela avait été prévu initialement. Les adultes, parents et enseignants, n'ont pas assuré la cohérence entre leurs actes et leur discours. Prônant l'absence de tabagisme par la parole, ils n'ont pas souhaité, en pratique, appliquer de réglementation. Refusant de délimiter les lieux fumeurs, ils ont continué à fumer partout au sein des établissements scolaires. Par ailleurs, plusieurs groupes de parents d'élèves n'ont pas soutenu la démarche qui consiste à faire appliquer la législation de leur État et à interdire la vente de cigarettes à l'unité pour les mineurs. Les promoteurs du projet ont regretté également que les dispositifs législatifs existants ne soient pas appliqués ni soutenus par les pouvoirs politiques. Un travail en partenariat avec des associations non gouvernementales aurait pu aussi renforcer la cohérence des messages. Enfin, il est aussi possible que le programme n'ait pas été tota-

lement adapté à ces enfants d'origines ethniques multiples. Lors de l'évaluation, les enseignants ont reconnu avoir eu des difficultés à réaliser certaines activités en raison des cultures différentes des enfants. La nouveauté, le dynamisme des animateurs, le contenu des séances d'information et le manque d'adaptation culturelle ont peut-être encouragé les enfants à fumer. Ces résultats montrent surtout qu'une action efficace passe par des approches multisectorielles, une cohérence sociale ainsi qu'une participation pleine et entière des communautés (5).

En conclusion

Il est important que les acteurs cherchent à se prémunir contre les effets délétères possibles des actions de prévention.

L'une des solutions est de ne rien faire car « *Prévenir, c'est aussi, parfois, s'abstenir* » (10). L'autre solution plus active est d'apprendre de ses erreurs et de celles des autres. Les expériences passées sont riches en enseignements et en leçons dans ce domaine. Nous pouvons nous en inspirer pour renforcer l'éthique de nos interventions.

Les cinq éléments mis en lumière lors de l'analyse de programmes de prévention ayant abouti à des effets pervers ou inverses de ceux qui étaient

souhaités devraient attirer toute notre attention.

Lors de la mise en place de programme, c'est à nous d'être vigilants et de veiller à :

- faire participer les parties prenantes dès la conception du programme pour prendre en compte les réelles attentes de la population et non les besoins pressentis ;
- utiliser les bases théoriques et les expériences validées ;
- former les acteurs de terrain ;
- valider une action innovante à petite échelle afin de réduire la portée d'éventuels effets pervers et analyser minutieusement les phénomènes observés pour en expliquer les raisons et relancer des actions améliorées ;
- travailler en partenariat et de façon solidaire ;
- présenter des actes en conformité avec les discours et développer la cohérence sociale et communautaire.

En agissant ainsi, nous limiterons les risques de mettre en place des actions qui pourraient aller à l'encontre du but recherché.

Anne Stoebner-Delbarre

Médecin de santé publique, tabacologue, Épidémiologue, département de prévention du centre régional de lutte contre le cancer Val-d'Aurelle, Montpellier.

► Références bibliographiques

- (1) Briand P. *La dynamique du Plan cancer. Un an d'actions et de résultats*. Actes du colloque du 17 mai 2004. Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, 2004 : 9-11.
- (2) Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*. OMS, 2000.
- (3) Lecorps P. Penser le sujet pour mieux penser la santé. In : *L'état de la France 1999-2000*. Paris : La Découverte, 1999.
- (4) Pelletier K. R. *A Review and Analysis of the Health and Cost-effective Outcome Studies of Comprehensive Health Promotion and Disease Prevention Programs at the Worksite: 1993-1995 update*. Am. J. Health Promot. 1996; 10(5): 380-8.
- (5) Wilson M. G. *A Comprehensive Review of the Effects of Worksite Health Promotion on Health-related Outcomes: an Update*. Am. J. Health Promot. 1996; 11(2): 107-8.
- (6) OMS Europe. *Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe*. Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé. Budapest (Hongrie), 23-25 juin 2004. En ligne : <http://www.who.dk/document/che/fdoc07.pdf>.
- (7) Davis D. A., Thomson M. A., Oxman A. D., Haynes R. B. *Changing Physician Performance. A Systematic Review of the Effect of Continuing Medical Education Strategies*. Jama 1995, 274 (9): 700-5.
- (8) Stoebner-Delbarre A. Programmes d'aide à l'arrêt du tabac : méthode et évaluation de leur efficacité. In : *Tabagisme : prise en charge chez les étudiants*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2003 : 63-90.
- (9) Renaud L., O'Loughlin J., Déry V. *The St-Louis du Parc Heart Health Project: a Critical Analysis of the Reverse Effects on Smoking*. Tobacco Control 2003; 12(3): 302-9.
- (10) Tardif F., Allard D. *Mieux vaut prévenir que guérir ? Relations 2000 ; 665 : 26-7.*

Prévention du tabagisme : les conditions pour avancer

Se fondant sur la démarche proposée par l'Organisation mondiale de la santé, La Ligue contre le cancer a élaboré son plan de prévention du tabagisme autour des priorités d'action suivantes : communiquer, y compris en dénonçant les silences des cigarettiers, défendre une augmentation du prix du tabac et un durcissement de la réglementation, réclamer une protection accrue des non-fumeurs. Pour le professeur Albert Hirsch, cette stratégie mise en œuvre avec succès au Royaume-Uni, en Finlande et aux États-Unis peut être transposée en France.

En France, un récent rapport de l'Académie de médecine intitulé « Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français »¹, document couvrant les domaines de la lutte contre les comportements à risques (tabac, alcool, déséquilibres alimentaires) dresse le constat suivant : « Des stratégies spécifiques (prévention primaire) ont été mises en œuvre pour lutter contre ces fléaux mais n'ont connu qu'un demi-succès. » En ce qui concerne le tabac, la France a enregistré une baisse de 12 % de la consommation entre 1992 et 1997, puis une consommation stable de 1998 à 2003.

Au plan international, les procès menés aux États-Unis contre certaines grandes firmes du tabac ont permis de porter à la connaissance du public des documents internes qui mettent en lumière les stratégies des cigarettiers. Ces documents révèlent l'organisation systématique de contre-mesures pour affaiblir ou freiner les efforts de santé publique. À la lumière de ces révélations, l'industrie du tabac n'est plus considérée comme une industrie comme les autres mais comme une industrie dont les objectifs économiques sont contraires aux objectifs de santé publique. Il est donc nécessaire de contrôler vigoureusement ses activités. Pour répondre à ces attentes, l'Organisation mondiale de la santé a lancé, en 1999, des négociations au niveau mondial pour une convention

cadre de lutte contre le tabagisme afin d'aboutir à un premier traité international. Cette convention cadre prévoit que toutes les parties mettent en place des programmes qui comprennent des mesures au niveau local, national et international pour réduire les méfaits du tabagisme sur les fumeurs et sur les personnes exposées au tabagisme passif. La France a signé puis ratifié ce traité en 2004.

Une feuille de route de l'OMS pour agir

Un ensemble d'actions sont recommandées dans le cadre des politiques de lutte contre le tabagisme et de lutte contre le cancer. L'ouvrage *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*, publié par l'OMS en 2002² et constitué de plusieurs volumes, décrit de manière très précise les enjeux, approches et priorités de tout programme efficace de lutte contre le tabagisme.

Ce sont les grandes lignes de ces programmes qui ont été reprises dans le programme de lutte contre le tabagisme institué par La Ligue nationale contre le cancer dans le cadre de son action de prévention. Ces lignes sont les suivantes :

1. Développer une stratégie de communication

– Utilisation des documents internes de l'industrie du tabac, relais de l'information internationale dans les médias pour rendre publiques les pratiques de l'industrie ;

– communication sur les mesures gouvernementales engagées ;
– développement des relations avec les médias : nationaux pour sensibiliser l'opinion, régionaux et départementaux pour informer et inciter à l'action ;
– campagnes médiatiques en partenariat avec les acteurs institutionnels de prévention ;
– relais au niveau départemental.

2. S'opposer à l'influence de l'industrie

– Observatoire économique : recueil d'informations économiques concernant l'industrie du tabac ;
– observation des politiques : recueil d'informations sur les actions de lobbying protabac auprès des pouvoirs publics ;
– observatoire juridique : surveillance des actions des industriels du tabac, recueil d'infractions et d'informations, vigilance judiciaire et actions en justice en partenariat avec les acteurs institutionnels engagés dans cette voie.

3. Militer pour une augmentation du prix du tabac

– Soutien aux actions de lobbying auprès des pouvoirs publics pour obtenir une politique fiscale efficace avec notamment une levée du moratoire annonçant un arrêt de la hausse des prix de vente pendant quatre ans ;
– comparaison des prix au sein de l'Union européenne (cigarettes et tabac à rouler) en vue d'une harmonisation ;
– éducation et information du grand

public et des décideurs sur la nécessité d'une telle politique ;
– pression sur l'Union européenne pour prendre des mesures générales d'interdiction.

4. Protéger les non-fumeurs

– Développement du soutien aux non-fumeurs : information et éducation, vigilance sur l'application de la loi Evin en partenariat avec les acteurs engagés dans cette action ;
– recueil de plaintes et actions en justice, application des recommandations du rapport Dautzenberg sur le tabagisme passif et notamment interdiction totale de fumer dans les lieux publics (entreprises, écoles, établissements de santé, restaurants, café, bars, etc.).

5. Militer pour la réglementation des produits du tabac

– Information, éducation, lobbying pour la mise en œuvre des recommandations du rapport Dubois « Réduction des risques » et transposition de la directive européenne concernant la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac.

6. Participer de manière active aux négociations de la convention cadre de l'OMS

et à la mise en place d'un lobbying au niveau européen ;
– contribution aux négociations et suivi.

7. Aider au sevrage

– Soutien et évaluation aux actions de formation des professionnels de santé ;
– soutien et évaluation de l'échange d'information en tabacologie ;
– soutien et évaluation du développement de structures d'aide à l'arrêt.

La mise en place de ces actions a entraîné une modification de la stratégie du service « Prévention » de La Ligue nationale contre le cancer ; ce service a désormais intégré dans son fonctionnement :

– un élargissement du groupe tabac à de nouvelles compétences (économie, droit, médias, lobbying, psychologie, marketing social) ;
– une stratégie de communication vers les comités départementaux de La Ligue mise en place pour relayer l'information et promouvoir des projets nationaux ;
– une stratégie de communication vers le grand public et la presse (« *media advocacy* ») ;
– une redéfinition du rôle de La Ligue en relation avec les partenaires du monde du tabac, associée au développement et à la diversification des partenariats ;
– la restructuration du centre de ressources Internet en collaboration avec l'Union internationale contre le cancer (UICC)/Globalink et autres partenaires français ;

– la participation aux actions internationales, notamment aux négociations avec le soutien actif de la convention cadre de l'OMS ;
– le développement de l'évaluation systématique des actions menées et de leur rapport coût-efficacité.

Les sept points de la stratégie décrite ci-dessus – lorsqu'ils ont été mis en place de manière coordonnée dans le cadre d'un plan national de lutte contre le cancer – ont fait la preuve de leur efficacité (Royaume-Uni, Finlande, États-Unis). Notre pays, depuis la mise en place du Plan cancer et avec la création de l'Institut national du cancer, s'est rallié à ces grandes recommandations internationales. On peut donc espérer voir décroître le nombre de fumeurs et donc le nombre de cancers liés au tabac de manière conséquente dans les années à venir.

P'Albert Hirsch

Pneumologue, vice-président de La Ligue nationale contre le cancer, Paris.

1. Académie de médecine. Rapport Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ? 2002 : 127 p.

2. National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines. Geneva: WHO 2002, Second edition.

La Normandie teste l'éducation par les pairs

Expérience pilote particulière en région Haute-Normandie : dans le cadre d'un programme global de prévention du tabagisme associant enseignants, éducateurs, professionnels de santé et Éducation nationale, une dizaine de lycées¹ tentent d'instaurer une « culture sans tabac ». Des élèves volontaires, soutenus par des professionnels, essaient en particulier de convaincre leurs pairs d'arrêter de fumer... ou de ne pas commencer.

L'éducation pour la santé en milieu scolaire est indispensable. Des évaluations détaillées des actions mises en œuvre dans ce domaine ont révélé qu'un programme bien conçu de cinquante heures peut modifier les comportements, les attitudes et les connaissances des élèves en matière de santé. D'autres recherches indiquent que ces bienfaits en santé globale sont accrus si l'on combine trois paramètres : rendre curieux les élèves sur leur santé, vivre dans un environnement physique et social positif, et, enfin, favoriser une étroite collaboration entre les services éducatifs et les mécanismes de soutien existant dans cette communauté (des membres de la famille, des camarades, des décideurs et de la communauté). Aussi, nous pouvons supposer que s'il existe des liens dynamiques et interdépendants entre ces trois composantes les actions en éducation pour la santé

peuvent être constructives pour le public visé. Cette « approche globale de la santé en milieu scolaire » bénéficie en France de l'appui des institutions nationales et de diverses structures associatives, mais également de celui de l'Unesco et de l'Unicef. Par ailleurs, l'évolution du système éducatif français s'oriente de plus en plus vers un changement souhaité du statut de l'élève qui doit être placé au centre du système éducatif, comme acteur, dans le cadre du projet scolaire de l'institution. En ce sens, les démarches instaurées au sein des Cesc² incitent à développer le concept d'élève acteur de prévention.

Le projet « Suricates »³, impulsé par le Cres de Haute-Normandie, s'inscrit dans la dynamique du Plan cancer ; dans ce cadre, il a bénéficié d'un soutien de la DGS, de l'INPES et du rectorat de l'Académie de Rouen. L'objectif

général est de renforcer les compétences individuelles des jeunes au travers d'un programme de formation par les pairs axé sur la lutte contre le tabagisme. À travers ce projet, il s'agit de :
– renforcer les compétences personnelles et relationnelles des jeunes : image de soi, autonomie et initiative personnelle, relation aux autres et solidarité, esprit critique, responsabilité ;
– travailler sur la pensée critique et créative : création de messages valorisant le bien-être, mise en place d'actions de prévention, analyse critique des messages existants, etc. ;
– favoriser les activités socioculturelles et sportives afin de donner l'occasion aux jeunes de vivre au quotidien autrement qu'en compagnie de la cigarette.

Si la construction d'un projet en éducation pour la santé basé sur « l'approche par les pairs » peut paraître simple, il n'en est rien. Sa mise en œuvre effective suppose de faire collaborer des partenaires culturellement très différents et dont les orientations professionnelles sont différentes. C'est donc à l'équipe éducative, au sens large du terme, de trouver ses marques pour une efficacité dans l'action. Voici donc une synthèse du travail de terrain effectué avant que ce projet ne soit entièrement mis en œuvre.

Réunir l'ensemble des acteurs locaux

En premier lieu, un groupe de pilotage et de suivi a été créé. Au-delà de la volonté de rassembler autour de cette action des compétences reconnues, le Cres a eu le souci de constituer un

groupe d'intervenants régional. L'enjeu était double : à la fois couvrir le territoire haut-normand et favoriser les coopérations entre les acteurs locaux et départementaux et les établissements scolaires. Les associations constituant l'équipe éducative sont : l'Union régionale des Fédérations des œuvres laïques (Urfol), le Point Jeunes d'Évreux (Eure), l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie de l'Eure et de Seine-Maritime (Anpaa 27 et 76), La Ligue contre le cancer (Seine-Maritime), le Carrefour Santé de l'hôpital de Bolbec (Pays de Caux-Vallée-de-Seine), le Point Santé-Jeunes Pays de Caux-Seine Austreberthe, et bien sûr des médecins généralistes membres de nos différents réseaux.

Au tout début de nos rencontres, nous avons longuement échangé sur nos pratiques et notre démarche pédagogique. Certains membres de l'équipe d'intervenants avaient une expertise dans le champ de l'animation, de l'éducatif, mais pas nécessairement dans la prévention santé et *a contrario* d'autres intervenaient en prévention mais dans le champ global de l'éducation. Nous avons abouti à une éthique d'intervention commune et une répartition territoriale des équipes d'intervenants. À partir des débats, le Cres a établi un référentiel documentaire qui a été transmis à l'équipe éducative. Nous avons, par la suite, étudié la partie évaluative du projet ; l'évaluation d'impact a été confiée à l'Observatoire régional de la santé et la construction des outils d'évaluation du processus et de la démarche pédagogique s'est faite conjointement entre le Cres, ses partenaires et Francis Nock, consultant.

Impliquer les partenaires de l'Éducation nationale

Parallèlement à cette période (septembre-décembre 2003), une deuxième démarche de cadrage a eu lieu entre le Cres de Haute-Normandie et le rectorat de l'Académie de Rouen. En effet, compte tenu de la récente signature d'un contrat-cadre entre le ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation nationale, dans le but de faciliter la mise en œuvre d'actions de santé publique, le Cres a souhaité se rapprocher du rectorat afin d'envisager un partenariat qui s'inscrive dans le temps avec l'Éducation nationale. Cette démarche a été très favorablement accueillie par les servi-

ces déconcentrés du ministère de l'Éducation nationale, le projet « Suricates » s'inscrivant de manière évidente dans le projet académique de « Lycées sans fumée » en cours d'élaboration par le rectorat et les inspections académiques de la région. Ces négociations institutionnelles ont abouti à des adaptations organisationnelles⁴ du projet. Les responsables du rectorat et des inspections académiques ont initié diverses démarches en vue de présenter et de recruter les établissements intéressés par la double démarche du projet « Suricates » et du projet académique de « Lycée sans fumée ».

Des lycéens formés en « relais » de prévention

Les premières rencontres entre le Cres, le rectorat, les inspections académiques et les représentants des établissements ont pu être organisées cinq à six mois après le démarrage du projet. Il s'agissait de convaincre les établissements de la pertinence d'une telle action et de l'intérêt qu'ils pouvaient avoir à y participer. La nécessité de fédérer le travail des divers partenaires a été mise en avant. En rencontrant les responsables administratifs, les enseignants ainsi que les infirmières scolaires, le groupe de pilotage s'est attaché à démontrer l'intérêt et la spécificité du projet en partant du fait que, dans une perspective d'éducation pour la santé, « faire à la place de » est souvent la solution de facilité pour l'adulte. *A contrario*, la démarche proposée par le projet « Suricates » envisage la place de l'adulte non plus comme le seul acteur d'une action d'éducation pour la santé, mais comme un facilitateur, un référent ou un relais qui va aider les jeunes à devenir acteurs de leur santé. Il était également important de souligner que la motivation et le volontariat des élèves sont des éléments clés de la réussite de ce projet dont le déroulement est prévu sur trois années scolaires⁵. Ce n'est qu'à l'issue de ces réunions que les lycées se sont définitivement engagés dans le projet « Suricates ».

Enfin, en pratique, il s'agira de constituer au sein de divers établissements scolaires (Eure et Seine-Maritime) un groupe de huit à quinze élèves volontaires et motivés pour conduire des actions de promotion d'une vie sans tabac à destination des autres lycéens. Préalablement, ces jeunes participeront

à huit séances de formation (d'environ deux heures chacune) portant sur des contenus relatifs à des aspects sociologiques, économiques, culturels et biophysiques de la consommation de tabac, ainsi que sur la construction des projets en éducation pour la santé. Les élèves volontaires seront accompagnés par des intervenants spécialisés dans le champ de l'éducation pour la santé, un ou plusieurs enseignants de l'établissement et par l'infirmière scolaire. Le cadre et les détails techniques de l'intervention seront envisagés de manière spécifique avec chaque établissement en gardant à l'esprit la nécessité d'une visibilité des projets dans les établissements à partir de la fin du mois d'avril 2005.

Pour le groupe de pilotage

Carole Baeza

Directrice du Cres de Haute-Normandie,

Catalin Nache

Conseiller technique.

1. Actuellement l'action a démarré aux lycées de Bolbec, Lillebonne, Ferdinand-Buisson (Elbeuf), le lycée agricole de Gouville. Des ajustements sont en cours afin d'intégrer dès le début 2005 le lycée agricole de Vernon, le lycée Canada (Évreux), le lycée Galilée (Franqueville-Saint-Pierre) et le lycée Corneille (Rouen). D'autres lycées ont souhaité entrer dans l'action mais, après concertation, n'ont pas pu démarrer l'action cette année et seront disponibles pour 2005-2006 : lycée de la Vallée-du-Cailly (Deville), lycée agricole de Yvetot, lycée agricole du Neubourg. Enfin, des contacts ont déjà été établis avec certains établissements dont : Le Corbusier (St-Étienne-du-Rouvray), François-1^{er} (Havre), lycée des Bruyères (Sotteville) et une campagne d'information est en cours dans toute la région.

2. Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) remplacent les comités d'environnement social. Créés par une décision du conseil d'administration, les comités associent l'ensemble des personnels, les élèves, les parents et les partenaires de l'Éducation nationale. Ils existent dans un tiers des collèges et des lycées. L'objectif est de les généraliser. Ils devraient permettre une meilleure prévention des conduites à risque chez les adolescents, mais ils ont également vocation à développer des attitudes et des comportements de citoyens responsables et tolérants dans les établissements scolaires.

3. Ce « nom de code » du projet est en effet une métaphore sensée rendre « visible » l'approche par les pairs en la comparant au comportement d'un petit mammifère carnivore, voisin de la mangrove, qui vit dans les régions arides d'Afrique australe. Les suricates vivent le plus souvent en groupe et lorsqu'ils fouillent le sable à la recherche de nourriture, une sentinelle se place sur un arbre ou une butte et guette les prédateurs. Un suricate accepte d'autant plus facilement de prendre un tour de garde qu'il est repu. Ainsi, les deux conditions posées par le suricate pour être sentinelle sont : ne courir aucun risque et avoir bien mangé.

4. Une convention a été signée inscrivant les responsabilités et rôles de chacun.

5. 2003-2004 : cadrage institutionnel. 2004-2005 : mobilisation, formation des « Suricates » (élèves de seconde), premières actions. 2005-2006 : continuité du dispositif dans les établissements et intégration de nouveaux lycées.

Nord-Pas-de-Calais : la prévention passe par la formation des professionnels

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, les équipes éducatives en milieu scolaire, les acteurs de prévention en entreprise et les intervenants de terrain bénéficient depuis mai 2004 de formations à la prévention dans le cadre du plan « sans tabac ». La priorité est au développement des compétences des professionnels qui soutiennent les démarches de prévention. Pour la première année, cette action est mise en œuvre sur quatre sites.

Accompagner le développement de programmes de prévention du tabagisme dans les collèges et lycées et dans les entreprises, renforcer une stratégie globale de prévention par territoire : tels sont les objectifs du projet « Vers une santé sans tabac dans le Nord-Pas-de-Calais : les entreprises et les établissements scolaires », qui s'inscrit dans le cadre du Plan de mobilisation nationale contre le cancer. Ce projet est porté par l'association Eclat (Espace de concertation et de liaison addictions tabagisme) ; il associe des partenaires régionaux aux missions et compétences complémentaires : le comité départemental d'éducation pour la santé Pas-de-Calais (CDES), le comité régional d'éducation pour la santé Nord-Pas-de-Calais (Cres), la direction régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle (DRTEFP), l'Institut Pasteur de Lille, l'Institut de santé au travail du Nord de la France (ISTNF), le rectorat de l'Académie de Lille. Il s'inscrit dans la programmation régionale de prévention du tabagisme, avec pour priorité de former les intervenants de la région. Cette action est financée par l'INPES.

Renforcer la prévention du tabagisme

Depuis 1991, dans le cadre de la mise en place des dispositions contenues dans la loi Evin, des acteurs locaux se mobilisent, sollicités par des établissements scolaires et, parfois, par des entreprises. Depuis 2003, les mesures du Plan cancer et, pour l'Éducation nationale, la circulaire relative à la santé des élèves¹ incitent à passer à la vitesse supérieure et à impliquer tous les territoires.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, le projet propose donc aux acteurs de terrain du milieu scolaire et du milieu du travail, une panoplie de moyens : un accompagnement méthodologique, des outils, des formations, des échanges de pratiques, etc. Les objectifs : faire en sorte que chaque année d'ici à 2006, 10 % de nouveaux établissements scolaires et 10 % de nouvelles entreprises mettent en place des démarches volontaristes de prévention du tabagisme, en se basant sur des chartes établies à partir de références existantes (cf. encadré : la charte « Établissement scolaire vers une santé sans tabac », validée par le comité de pilotage académique du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc)).

Vaste programme puisque le Nord-Pas-de-Calais compte 420 000 élèves scolarisés dans 451 collèges et 292 lycées, et que les entreprises de la région regroupent plus d'un million de salariés...

Sur ces deux lieux de vie, il s'agit donc bien de développer ou renforcer la prévention du tabagisme par territoire, en s'appuyant sur les professionnels de santé (médecine de ville et hôpitaux), les caisses primaires d'Assurance maladie, les services du Département, les associations, etc., afin de développer les compétences et les ressources au service de la population.

Établissements scolaires : une charte à respecter

Voici le texte intégral de la charte que les établissements scolaires peuvent adopter pour une application de la loi Evin, charte qui sert de cadre aux actions de prévention du tabagisme entreprises en milieu scolaire dans le Nord-Pas-de-Calais.

« Dans le cadre de l'application de la loi Evin, l'établissement s'engage à créer un climat et une dynamique favorables à la mise en place d'un établissement sans tabac. Pour ce faire, il :

- inscrit dans le projet d'établissement cet objectif soutenu par le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) ;
- met en place un programme pluriannuel d'éducation à la santé et de prévention du tabagisme, par l'intermédiaire d'un groupe de travail qui visera à :

– analyser la situation actuelle en termes de consommations de produits psychoactifs, de ressources...

– écouter et repérer les demandes et attentes des jeunes et des adultes (personnels et parents)

– travailler sur les représentations des acteurs

– définir, à partir des problèmes repérés, les stratégies de mise en place du programme ;

• favorise la mise en place du programme par :

– la formation des adultes qui souhaitent répondre aux élèves et mener des actions de sensibilisation

– l'implication de toutes les disciplines ;

– le partenariat avec l'extérieur

• prévoit l'évaluation et la valorisation du programme ».

Quatre sites pilotes dans le Nord-Pas-de-Calais

En 2004, quatre territoires de la région ont été choisis pour démarrer cette action : Boulogne/Montreuil et Calais/Saint-Omer pour le département du Pas-de-Calais ; Douai et Valenciennes pour le département du Nord. Et d'ici à 2007, l'ensemble de la région Nord-Pas-de-Calais sera couverte par le projet.

Sur chacun des territoires, un comité technique local regroupe tous les partenaires locaux intervenant dans la prévention du tabagisme, ainsi que des référents des deux milieux ciblés par le projet : les infirmières coordonnatrices de bassin pour le milieu scolaire, les services de santé au travail (interentreprises et autonomes) pour les entreprises. Véritable lieu d'échanges et de partage des connaissances, ce comité garantit la cohérence des actions et leur adéquation aux spécificités et besoins locaux.

Premier temps fort en juin 2004 : quatre journées de mobilisation et d'échanges, organisées sur chaque territoire. Comment mettre en place et mener un projet de prévention du tabagisme dans un collège, un lycée, une entreprise ? Quels sont les leviers ? Quelles sont les difficultés ? Sur quels partenaires extérieurs s'appuyer lors des différentes phases du projet ?... Autant de questions autour desquelles les acteurs de terrain ont pu échanger dans le cadre d'ateliers. Autant de moyens mis en œuvre par les partenaires du projet pour répondre aux besoins identifiés lors de ces journées.

Impliqués : établissements scolaires et entreprises

Différentes formations sont ainsi organisées sur les quatre territoires, de septembre 2004 à juin 2005, bénéficiant aux équipes éducatives (conseillers principaux d'éducation, professeurs, assistantes sociales, infirmières, parents d'élèves, etc.), aux acteurs de l'entreprise (services santé travail, ingénieurs sécurité, etc.) et aux acteurs locaux. Soit :

– quatre sessions de formation « Comment mettre en place un projet d'éducation pour la santé sur la question du tabagisme », animées par le comité

régional d'éducation pour la santé du Nord-Pas-de-Calais et le comité départemental du Pas-de-Calais, avec la participation de l'Institut Pasteur de Lille, pour l'expertise tabac ;

– des demi-journées de présentation d'outils tabac, complétées par des formations à l'utilisation des outils spécifiques à chacun des milieux, animées par le Cres et le CDES ;

– huit sessions de formation « De la sensibilisation à l'accompagnement du fumeur vers l'arrêt du tabac » (session de quatre jours pour le milieu scolaire, de trois jours pour le milieu du travail), animées par l'Institut Pasteur de Lille ;

– une session régionale « Animateur de formation » en direction d'acteurs déjà formés en tabacologie, animée par l'Institut Pasteur de Lille.

À ce jour, 294 personnes sont déjà formées.

Parallèlement à ce programme de formation, les partenaires du projet restent mobilisés pour accompagner les acteurs de terrain dans leurs projets. Analyser la situation au sein de l'établissement, impliquer les acteurs en interne et les ressources extérieures, définir les objectifs et le programme d'actions santé tabac à mettre en œuvre, communiquer, évaluer en s'appuyant sur des outils, etc. À chacune de ces étapes, le CDES, le Cres, l'Institut Pasteur de Lille, l'ISTNF et Eclat sont là pour apporter leur expertise et des aides concrètes.

À ce jour, de nombreux établissements scolaires et entreprises ont par-

ticipé au programme². Par ailleurs, une journée d'échange de pratiques est prévue pour les hôpitaux qui mettent en place des unités de tabacologie, et Eclat, dans ses missions, travaille avec les professionnels et les associations, parmi lesquelles « G&T 59/62 Nouvelles pratiques en médecine générale ». Cette dernière association a pour objectif de rassembler les médecins généralistes confrontés aux problèmes des pratiques addictives sous toutes leurs formes, d'assurer un lien entre les membres, de développer le rôle des médecins généralistes dans la prévention. La seconde phase de cette action – sa généralisation à l'ensemble de la région – s'annonce la plus difficile compte tenu des moyens de formation à mettre en œuvre et de la mobilisation requise.

Delphine Testard

Chargée de mission, Espace de concertation et de liaison addictives tabagisme (Eclat), Lille.

1. Circulaire n° 2003-210 du 1^{er} décembre 2003, relative à la santé des élèves : « programme quinquennal de prévention et d'éducation ».

2. Pour les établissements scolaires : collège Jean-Jaurès (Aire-sur-la-Lys), collège Val-de-la-Sensée (Arleux), collège Paul-Langevin (Dechy), collège des Sept-Vallees (Hesdin), lycée Fontaine (Anzin), lycée Édouard-Branly (Boulogne sur Mer), lycée Alfred-Kastler (Denain), lycée des Deux-Caps (Marquise), lycée Eugène-Woillez (Montreuil-sur-Mer), lycée Alexandre-Ribot (Saint-Omer)... ; pour les entreprises et la Fonction publique : Arc international (Arques), Norampac (Blendecques), Nestlé (Cuincy)... Ministère des Finances, Renault (Douai), Toyota (Onnaing), Société bouloonnaise d'électronique (Saint-Léonard), Services médicaux et sociaux des entreprises du Douaisis, centre hospitalier de Valenciennes...

L'école ne doit plus être un lieu où l'on apprend à fumer

Quand elle est bien menée – avec une approche globale et une implication partagée des enseignants, des intervenants spécialistes, des professionnels de la santé et de l'Éducation nationale sans oublier élèves et parents –, la lutte contre le tabac se révèle efficace en milieu scolaire. Tel est le constat dressé par Sylviane Ratte après avoir passé en revue la littérature internationale.

Les actions de prévention du tabagisme sont-elles efficaces ? Si oui, dans quelle mesure ? Avant d'ouvrir ce débat, il convient de rappeler que la variable qui contribue significativement à expliquer la probabilité qu'un élève fume ou non dans le contexte scolaire est l'observation stricte d'une politique ou de règles antitabac à l'école. Autrement dit les politiques antitabac à l'école réduisent la prévalence et la consommation du tabac (1-4).

L'application stricte de ces règles a une influence sur le statut tabagique de l'ensemble des usagers de l'établissement – enseignants compris – mais également sur le niveau de consommation. L'application plus au moins ferme d'une politique de prévention du tabac influe également sur la consommation de tabac des élèves. Ainsi, selon une étude britannique, les établissements qui appliquent fermement la politique antitabac enregistrent une prévalence de 9,5 %, comparée à 21,0 % dans les établissements qui appliquent en partie cette politique et 31,1 % pour les établissements sans politique (5).

Ces observations sont similaires dans d'autres parties du monde. Ainsi les *Centers for Disease Control (CDC-Atlanta)* – en s'appuyant largement sur l'observation de ce qui se passait dans l'État de Californie – concluaient en 1998 que les établissements qui adoptent une approche globale et appliquent strictement des politiques antitabac obtiennent de meilleurs résultats que les établissements qui se contentent d'une approche n'impliquant que l'introduction d'éducation pour la santé dans le programme scolaire.

Les éléments qui constituent une politique antitabac globale en milieu scolaire sont les suivants :

- l'usage du tabac est interdit dans tout l'établissement, à tous (enseignants, personnel non enseignant, élèves, usagers occasionnels, prestataires de services, visiteurs, etc.) ;
- il est interdit partout (salle des professeurs, cour de récréation, etc.) ;
- l'aide à l'arrêt est organisée et accessible, la pertinence de la politique antitabac de l'établissement concerné, son contenu et ses modalités d'application ont été rédigés dans un document officiel, ils ont été communiqués et expliqués à tous (6).

Où en est la France ? Voici un rapide état des lieux. Plus de dix ans après l'entrée en vigueur de la loi Evin, afin de dresser un état des lieux de la situation dans les écoles, collèges et lycées, publics comme privés, une enquête a été menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) : 600 responsables d'établissement, 1 900 membres du personnel et 10 500 collégiens et lycéens ont été interrogés du 30 novembre 2001 au 22 mars 2002 (7). Dans les conclusions et les recommandations du rapport de cette enquête, les auteurs témoignent d'une volonté sincère des responsables de faire progresser les établissements sur le problème du tabac ; ils décrivent une situation très hétérogène quant à l'application de la loi selon les sites, les populations et les types de problèmes rencontrés. Les différences et spécificités tiennent aux institutions et aux populations concernées. Enfin ils recommandent une stratégie différenciée pour les écoles élémentaires, les

personnels et élèves du secondaire et les élèves des collèges et des lycées.

Vingt établissements scolaires pilotes

Qu'en est-il des actions en milieu scolaire ? Dans le cadre de la mobilisation nationale de lutte contre le cancer, le président de la République, Jacques Chirac, a déclaré en 2003 la guerre au tabac, notamment dans les écoles. L'une des premières initiatives prises par les pouvoirs publics est la signature, courant 2003, d'un contrat cadre entre les ministères de la Santé et de l'Éducation nationale. Ce contrat fixe le plan d'action suivant.

- Public visé : tous les élèves et tous les personnels, des écoles, des collèges et des lycées d'enseignement général, technique et professionnel.
- Modalités : rappeler aux chefs d'établissement et aux corps d'inspection l'impératif du respect de la loi ;
 - encourager les initiatives tendant à faire des écoles et des établissements scolaires des lieux non-fumeurs ;
 - favoriser l'information des jeunes et des personnels sur les conséquences du tabagisme ;
 - agir sur les représentations sociales et culturelles de la consommation de tabac ;
 - décourager l'initiation et favoriser le sevrage chez les jeunes consommateurs ;
 - apporter une aide méthodologique aux établissements scolaires qui s'engagent dans la lutte contre le tabagisme ;
 - mettre en place dans vingt établissements scolaires pilotes des centres de ressources (infirmières) dès la rentrée 2003 ;

– assurer la formation spécifique des infirmières scolaires, en premier lieu des établissements scolaires pilotes, notamment pour le soutien personnel à apporter aux fumeurs ;
– faciliter la diffusion de l'information et l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac pour les jeunes et les adultes, et/ou une orientation vers les services spécialisés.

• Objectif : que tous les établissements scolaires appliquent la loi Evin, du 10 janvier 1991, dès la rentrée scolaire 2003.

Ce plan d'action fait actuellement l'objet d'une expérimentation dans vingt établissements scolaires pilotes. En parallèle, le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 (8) vient récemment de renforcer cette démarche en prévoyant de créer les conditions d'une prévention effective et adaptée à tous les niveaux de la scolarité ; ici encore, l'objectif prioritaire de cette mobilisation par le biais des Cesc est de rendre effective l'application de la loi Evin, d'introduire la prévention dans les programmes scolaires, d'établir un suivi et un encadrement efficace des jeunes en difficulté.

Ces premières mesures nationales vont dans le bon sens et l'expérimentation dans les vingt établissements pilotes citée plus haut permettra de mieux connaître les spécificités françaises de la mise en place de mesures reconnues efficaces au niveau international.

Résister aux demandes ponctuelles

Toutefois, sur le terrain, les acteurs de prévention sont encore trop souvent tentés de répondre à la demande croissante d'interventions ponctuelles des établissements scolaires et de s'adresser en priorité aux élèves. Dans un contexte de ressources humaines et financières limitées, il est essentiel que les intervenants soient formés sur l'efficacité des mesures en milieu scolaire, qu'ils soient capables de résister aux demandes ponctuelles et de proposer des démarches globales qui prennent en compte l'environnement social, le tabagisme des adultes autant que celui des élèves, l'importance et la nécessité du respect des lois.

Les conséquences sanitaires du tabagisme actif sont scientifiquement établies et connues depuis des décennies, les conséquences du tabagisme passif le sont également depuis plus récemment. L'expérience internationale nous confirme qu'une interdiction totale de fumer dans tous les lieux à usage collectif contribue à la dénormalisation de l'usage du tabac dans toute une société. À l'heure où l'Irlande, la Norvège, New York, Ottawa, etc., interdisent totalement de fumer même dans les pubs et les cafés sans difficultés majeures, la France, plus de dix ans après l'entrée en vigueur de la loi Evin, balbutie et hésite encore. On ne peut que souhaiter une

rapide prise de conscience de ce décalage et plaider pour la nécessité d'un effort soutenu passant par une interdiction totale de fumer partout et pour tous dans tous les établissements scolaires. L'école, en France, ne doit plus être un lieu où l'on apprend à fumer. Les adultes qui encadrent les jeunes au cours de leur apprentissage de la vie ont une responsabilité importante quant à la cohérence des messages qu'ils diffusent et des représentations qu'ils véhiculent auprès d'eux.

Sylviane Ratte

Chargée de mission tabac,
La Ligue nationale contre le cancer, Paris.

► Références bibliographiques

- (1) *Effectiveness of School-Based Programs as a Component of a Statewide Tobacco Control Initiative – Oregon, 1999–2000*. CDC/MMWR 2001 Aug; 50(31). En ligne : http://www.cdc.gov/tobacco/research_data/youth/mmwr_oregon.htm
- (2) Pentz M. A., Brannon B. R., Charlin V. L., Barrett E. J., MacKinnon D. P., Flay B. R. *The Power of Policy: the Relationship of Smoking Policy to Adolescent Smoking*. Am. J. Public Health 1989 Ju I; 79(7): 857-62.
- (3) Wakefield M. A., Chaloupka F. J., Kaufman N. J., Orleans C. T., Barker D. C., Ruel E. E. *Effect of Restrictions on Smoking at Home, at School, and in Public Places on Teenage Smoking: Cross Sectional Study*. BMJ 2000 Aug 5; 321(7257): 333-7.
- (4) Pinilla J., Gonzalez B., Barber P., Santana Y.

- Smoking in Young Adolescents: an Approach with Multilevel Discrete Choice Models*. J. Epidemiol. Community Health 2002; 56(3): 227-32
- (5) Moore L., Roberts C., Tudor-Smith C. *School Smoking Policies and Smoking Prevalence among Adolescents: Multilevel Analysis of Cross-sectional Data from Wales*. Tobacco Control 2001 Jun; 10(2): 117-23.
- (6) *Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction*. CDC/MMWR 1994 Feb; 43: 1-18.
- (7) Karsenty S., Diaz-Gomez C. *Le tabac en milieu scolaire : résultats de la première évaluation de la loi Evin dans les écoles, collèges et lycées*. Paris : OFDT, 2003 : 168 p.
- (8) Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, 2004–2008. Paris : Mildt, 2004 : 76 p.

La Réunion : un projet global de prévention chez les jeunes

Méfais du tabagisme méconnus chez les jeunes, cancer associé à l'injustice, regard négatif ou pitié des autres provoquant un repli sur soi des fumeurs. Telles sont les conclusions d'une étude anthropologique menée à la Réunion dans le cadre d'un programme de prévention des cancers liés au tabac. Objectif : mieux connaître les représentations des jeunes fumeurs pour ensuite pouvoir les accompagner efficacement. Ce plan repose sur la formation d'une centaine d'intervenants.

L'île de la Réunion s'est dotée d'un dispositif de prévention du tabagisme qui maille tout son territoire en s'appuyant sur une multitude d'actions. La stratégie de communication du département trouve ainsi des relais de proximité naturels.

Selon l'Insee, près de 40 % des habitants de la Réunion ont moins de 20 ans. Or, de nombreux travaux ont démontré que l'apprentissage du tabagisme se fait souvent à l'adolescence ; c'est donc bien avant l'âge de 20 ans que les consommateurs de tabac fument pour la première fois. En « *renonçant à fumer, 95 % des cancers du poumon pourraient être évités, mais une difficulté majeure subsiste : l'habitude de fumer a de profondes racines psychologiques, culturelles, économiques et politiques* »¹. Il apparaît donc nécessaire, voire indispensable, de prendre en considération ces « racines » afin que les actions menées en faveur de la lutte contre les cancers liés au tabac soient le plus efficace possible.

C'est dans ce contexte que le Cres-Réunion, le conseil général, la médecine préventive et le club Pataclope, émanation de La Ligue contre le cancer dont la finalité est d'inciter les enfants de moins de 12 ans à ne pas commencer à fumer, ont mis en place le projet « Génération non-fumeurs ». L'objectif est de favoriser la mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé autour de la prévention des cancers liés au tabagisme auprès des jeunes, sur l'ensemble du territoire réunionnais ; ces actions sont portées par des acteurs du social, de la santé et de l'éducation.

Sept objectifs spécifiques ont été fixés.

• *Auprès des acteurs de terrain*, il s'agit de :

1. mettre en place une plate-forme d'échanges en réunissant des acteurs œuvrant dans le champ de l'éducation pour la santé ;
2. d'aider à une meilleure connaissance des données, des outils et des techniques de la prévention du tabagisme et des cancers associés mais également des spécificités de l'approche préventive auprès des jeunes ;
3. d'apporter des bases conceptuelles et méthodologiques pour la conception d'un projet (montage, réalisation, évaluation).

• *Auprès du public et via les acteurs*, il s'agit de permettre aux jeunes :

4. de renforcer leur prise en charge individuelle et de développer leur autonomie ;
5. de valoriser l'image et les droits du non-fumeur, et de « dénormaliser » l'usage des cigarettes en informant sur les risques directs et indirects du tabagisme ;
6. de développer l'esprit citoyen à travers l'information sur le contenu de la loi Evin ;
7. de dédramatiser l'image des cancers.

Former et accompagner des acteurs locaux

Le projet « Génération non-fumeurs » s'est construit autour de trois étapes principales. La première (mars/septembre 2004) visait la *réalisation d'une étude anthropologique*² sur la(les) perception(s) des jeunes Réunionnais face aux cancers inhérents à des pratiques

tabagiques. L'idée était de fournir des bases de réflexion pour la deuxième étape, à savoir la *formation des acteurs locaux* (juillet/septembre 2004) qui désirent mener des actions de prévention du tabagisme auprès des jeunes. La formation aux principes et aux méthodologies de l'éducation pour la santé ainsi qu'à l'utilisation d'outils spécifiques doit aider la centaine de participants à construire de manière structurée leurs projets et à les mettre en œuvre. La troisième phase du projet consiste à proposer un *accompagnement méthodologique à la mise en place des actions* (juin/avril 2005) ainsi qu'à leur évaluation.

Aujourd'hui, plus d'une centaine d'intervenants représentant environ soixante structures (établissements scolaires, associations, etc.) sont impliqués dans le dispositif. La phase de formation est achevée, les projets locaux sont progressivement lancés et une analyse globale du projet sera réalisée en mai 2005.

Les résultats de l'étude anthropologique sont mis à la disposition de tous les acteurs, de manière à soutenir leurs projets sur le fond. D'un point de vue méthodologique, l'anthropologue a réalisé des entretiens semi-directifs auprès de trente-sept jeunes Réunionnais âgés de 14 à 25 ans, filles et garçons, scolarisés et non scolarisés, fumeurs et non-fumeurs. Un travail d'observation participante a également été mené, et l'ensemble des données a été analysé suivant cinq axes : la symbolique du cancer (maladie « naturelle », maladie « punition », etc.), la spécificité du vocabulaire et des images, les

croyances et les représentations, le tabagisme et le corps (quels impacts ?), la relation entre consommation à risque et cancer.

Méconnaissance et inquiétude

Quels sont les principaux résultats obtenus ? L'étude souligne que la cigarette symbolise le passage de l'enfance à l'âge adulte, qu'elle est un outil d'intégration sociale au même titre que les vêtements ou le téléphone portable, et que l'environnement familial joue un grand rôle. Elle met également en avant la modestie des connaissances des jeunes à propos des cancers liés au tabac, tant au sujet des produits que des mécanismes, et bien que le lien tabac/cancer soit établi depuis longtemps. Par ailleurs la cigarette n'est considérée comme nocive par certains que parce qu'elle est manufacturée, image négative à laquelle échappe le cannabis, qui, à la Réunion, se fume à partir de la plante à l'état brut, sans tabac associé. Bien que la fumée, quelle que soit son origine, soit reconnue comme étant toujours néfaste pour l'organisme, les conséquences perçues de la cigarette et du cannabis ne sont donc pas les mêmes, une partie des usagers établissant une différence entre le chimique et le naturel, le mauvais et le sain.

Les impacts physiques du tabagisme sont également mal connus, notamment en raison d'une médiocre appropriation des connaissances de base en anatomie. Ils sont même parfois niés sous prétexte qu'ils ne se voient pas. Pour les jeunes enquêtés, la souffrance est davantage psychologique. Le cancer est ainsi vécu comme symbole de mort et d'angoisse. Il est qualifié d'incurable car les traitements longs ne permettent pas d'en envisager la fin, et parce que la récurrence est possible. Le cancer est associé à la malchance, même si le lien direct consommation/maladie est systématiquement fait. Il est de ce fait vécu comme brutal, soudain et donc imprévisible. Il est une injustice.

Enfin, l'image qui est associée aux cancers tabagiques est celle de la honte. C'est le changement du regard des autres (pitié, compassion) qui effraie, obligeant à un repli sur soi et à une mort sociale. C'est ainsi que nombre de jeunes envisagent le suicide comme une alternative préférable.

Parallèlement, certains tendent à dire que tant que la maladie n'est pas là ils n'ont pas envie de s'astreindre à adopter des comportements « frustrants » (se priver du plaisir d'une cigarette) pour des conséquences qui se feront sentir dans plusieurs années et qui ne sont même pas certaines.

Des pistes pour l'approche préventive

Que peut-on en déduire en matière de prévention du tabagisme ? Ces résultats traduisent la complexité des représentations liées aux cancers. Ils invitent également à la prudence en faisant ressortir deux éléments principaux qu'il semble primordial de ne pas négliger dans une perspective de prévention :

- l'approche paradoxale de la maladie : un même individu peut déclarer vouloir plus d'informations mais ne pas souhaiter parler de la maladie (sujet tabou ou trop sérieux) ; l'impact du tabagisme sur la santé et la dépendance sont parfois connus mais le jeune croit pouvoir maîtriser sa consommation et ainsi contrôler la maladie. Sentiments mêlés de maîtrise et d'injustice, de confiance en soi et de peur, c'est finalement une grande confusion qui règne dans les esprits ;
- les enjeux sociaux de la consommation : fumer est un choix conscient du jeune qui utilise la cigarette pour séduire, pour paraître « branché » et, finalement, pour être intégré à un groupe.

Ces résultats ont été restitués aux acteurs locaux lors de la deuxième session de formation. Parallèlement, la première journée de formation avait commencé par une analyse des représentations de la santé des participants au moyen de cartes sémantiques³. Chacun avait ainsi pu constater qu'il n'existe pas une perception savante et universelle de la santé mais une multitude. En outre, il ne s'agissait en aucun cas de donner aux professionnels des réponses exhaustives et définitives sur l'attitude des jeunes vis-à-vis du tabac, mais plutôt de les sensibiliser sur la diversité et le rôle des représentations sociales dans l'adoption d'un comportement. Cela a permis d'aboutir à des questionnements de fond : comment identifier les représentations des jeunes lors des actions locales ? L'information est-elle suffisante ? Comment informer ? Faut-il faire peur ? Comment aider les

jeunes à ne pas fumer sans pour autant nuire au « lien social » que crée la cigarette ?

Au-delà de données sur les représentations des jeunes, cette étude a aussi permis de lutter contre certaines idées reçues, de déconstruire les certitudes des professionnels et de sensibiliser ces derniers à la nécessité de placer les jeunes au centre des projets de prévention, en partant de leurs croyances, de leurs connaissances, de leurs peurs et de leurs préoccupations.

Alexandre Magnan

Chargé d'études,

Antonia Dandé

Directrice,

Comité régional d'éducation pour la santé
de l'île de la Réunion.

1. De Thé G., Hubert A. Modes de vie et cancers. Paris : Robert Laffont, 1988 : 257p.

2. L'étude a été réalisée par Caroline Giacomoni, sous la direction scientifique d'Annie Hubert, université de Bordeaux.

3. La carte sémantique est une sorte de brainstorming : les participants listent les mots par écrit, puis ils les relient par des flèches et des verbes significatifs, qui explicitent le lien entre chaque mot.

Accompagner vers le dépistage les femmes en situation de précarité

Comment améliorer l'accès au dépistage du cancer du sein organisé en France pour les femmes âgées de 50 à 74 ans ? Selon une étude du ministère de la Santé, de l'Assurance maladie et de La Ligue, menée auprès de femmes en situation de précarité, l'accès au dépistage passe obligatoirement par une prise en charge globale – psychologique et pratique – des personnes n'ayant pas recours à la prévention et aux structures de soins.

Le dépistage organisé du cancer du sein s'adresse à toutes les femmes de 50 à 74 ans, quels que soient leur lieu de résidence et leurs ressources.

De nombreuses équipes ont cherché à mieux connaître le profil des femmes non participantes. Des actions ont été menées auprès des femmes se trouvant dans une situation d'isolement, culturel, géographique, social ou économique. Ces populations sont *a priori* connues pour bénéficier moins largement des actions de prévention proposées.

Ainsi, dans le cadre de la campagne de communication nationale 2003-2005, le ministère de la Santé, l'Assurance maladie et La Ligue contre le cancer ont demandé à une agence de communication et à un cabinet de consultants de :

- mener une étude afin de mieux connaître cette population, qui représente 20 à 25 % de la population générale, selon un rapport du Haut Comité de la santé publique (rapport 1998 sur la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé) ;
- proposer un plan d'action afin de faciliter la participation de ces femmes au « rendez-vous santé + », label qui réunit l'ensemble des actions de communication initiées dans le cadre de la campagne de communication.

L'état des lieux s'est appuyé sur une recherche documentaire et une analyse des bases de données, en France (Insee, Credes, etc.) et dans d'autres pays (Grande-Bretagne, Canada, pays nordiques, etc.). L'objectif était de

connaître les acteurs qui ont étudié les problématiques des femmes non participantes et de l'accès des femmes isolées et en difficulté à la prévention et au système de santé, d'une part, et au dépistage du cancer du sein, d'autre part ; ces démarches de prévention et au travers de quels types d'actions.

Cet état des lieux documentaire a été complété par :

- des interviews de représentants de l'État, de l'Assurance maladie, d'experts et de professionnels de santé intervenant au plan national et sur le terrain, ainsi que d'associations (ATD Quart Monde, Bus des femmes, OMI, Médecins du monde, etc.) et de collectivités ;
- une analyse d'actions significatives menées sur le terrain, dans différentes régions ou départements, concernant les difficultés d'accès des femmes au dépistage du cancer du sein.

Une population mal connue

Il est important de souligner qu'il n'y a pas aujourd'hui de bases statistiques, de politique sociale ou de santé publique, ou de programmes nationaux ou régionaux dédiés aux femmes en « situation difficile » sur lesquels fonder une connaissance d'ensemble (un peu à l'image de l'enfance précaire jusque récemment), et une approche opérationnelle de la population. L'approche d'ensemble reste donc à construire.

Si le thème de la difficulté est de plus en plus central aujourd'hui, les analyses sont souvent peu différenciées par sexe, plutôt centrées sur la précarité, basées sur l'action et la constitution de données socio-économiques ou épidé-

miologiques, de manière non coordonnée.

Les données concernant les femmes portent le plus souvent sur les femmes jeunes, pour lesquelles les actions sanitaires et sociales sont nombreuses (sida, alcool, drogue, etc.), et peu sur les femmes de 50-74 ans, tranche d'âge du programme organisé de dépistage du cancer du sein.

De même, il n'y a pas, dans les parcours de la difficulté, de lieu unique de passage, à l'exemple du milieu scolaire pour les jeunes, permettant un suivi de cette population à un moment donné. Les marqueurs sont le plus souvent administratifs (la consommation de droits, le revenu, etc.), plus rarement sanitaires, du fait de l'absence de pathologies spécifiques à la difficulté.

Près d'un quart des femmes à l'écart des soins

Si on ne dispose pas de données consolidées, on bénéficie d'estimations et de données émanant de plusieurs sources : Insee, Assurance maladie sur la CMU, CMUc et les personnes au-dessus des seuils CMU, Cnaf sur le RMI, les minima sociaux.

Notre expérience nous conduit à dire que les femmes en situation difficile sont tout d'abord les femmes en situation de précarité.

Selon le Haut Comité de la santé publique (rapport cité plus haut), un quart de la population générale est en situation précaire et présente de ce fait des difficultés d'accès à la prévention et

aux soins. C'est pour cette population que les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) ont été créés par la loi relative à l'exclusion (juillet 1998).

Au nombre des femmes en situation précaires, on retrouve les femmes bénéficiaires de la CMUc (243 580 au 31/12/2002 recensées par la Cnamts). On peut en rapprocher les femmes en situation irrégulière bénéficiaires de l'AME (7 à 8 000 pour cette tranche d'âge (source Igas 2003).

La notion de précarité recouvre également la plus grande partie des femmes rurales isolées (dont l'effectif est inconnu) qui est également un public bénéficiaire de nombre d'actions conduites dans le cadre des Praps. Autre catégorie de femmes difficilement atteignable : les femmes souffrant d'un handicap, notamment sensoriel ou mental.

Enfin, on trouve, parmi cette population des « précaires », des exclues ou des personnes en grande précarité qui, malgré leur état de pauvreté, ne bénéficient pas des possibilités d'aide correspondant à leur situation. L'effectif de

cette catégorie est inconnu pour la tranche d'âge considérée. Le nombre total d'exclus (sexes et âges confondus) est de 400 000 et il s'agit d'un public plutôt jeune.

Perte d'identité et dévalorisation

Quels sont les traits communs à l'ensemble de ces femmes dans leur approche du dépistage ?

La dévalorisation de la personne est au cœur de la difficulté

Les études et les interviews montrent que, dans tous les cas, la perte de repères essentiels pour la personne est la caractéristique de la difficulté : perte de droits, perte du corps, perte de la notion du temps, etc.

Plus la précarité est forte :

- plus le corps est rejeté, même si un rapport au corps reste réel ;
- plus le rapport au temps est bousculé, marqué par la vie au jour le jour pour les « précaires », surinvesti dans le passé pour les personnes âgées isolées avec une quasi-impossibilité à se projeter dans l'avenir ;
- plus le rapport aux institutions sanitaires et sociales et aux professionnels de santé est difficile ;

produisant une situation de dévalorisation de la personne, voire une perte d'identité pour les situations de très grande précarité.

Dans ce contexte, par exemple, la responsabilisation dans le domaine de la santé doit faire partie de la quête d'autonomie, avec l'apprentissage des normes de comportement, des horaires.

La question de la santé existe mais elle est traitée de façon secondaire

Dans la difficulté, la question de la santé se pose rarement comme telle car elle n'est pas une priorité par rapport à d'autres questions plus vitales au quotidien : se nourrir, se loger, etc. Elle existe, mais elle est « noyée » par rapport aux enjeux plus globaux de la revalorisation économique et sociale de la personne... d'autant plus que la précarité ne se traduit pas par des pathologies spécifiques mais par des situations cliniques aggravées car le problème de santé est pris trop tard.

La question de la santé se pose aussi sous l'angle des enfants, et la protection maternelle infantile peut être un relais, mais cela concerne peu la tranche d'âge du dépistage organisé du cancer du sein.

Pour les catégories les plus précaires, la demande de santé n'apparaît plus car elle n'est plus un phénomène conscient. Elle n'existe que par défaut, quand le problème de santé ne peut plus être occulté. Le recours au soin s'impose alors dans l'urgence ; dans ce cas, la consommation de soins se fait souvent dans une logique de prise en charge psychologique renvoyant à un besoin d'écoute, d'attention de la personne et à des problèmes de troubles affectifs, de comportements addictifs : alcool, tabac, drogue, ou de surconsommation de médicaments.

La question de la santé est posée en termes économiques

Les femmes en « situation difficile » ont une sensibilité très forte au coût des démarches et de la santé. Le renoncement aux soins des personnes qui n'ont pas de couverture complémentaire ou le retard dans le soin, pour des raisons économiques, est une des causes essentielles de l'aggravation de certaines pathologies, prises en charge trop tard.

La sensibilité à l'aspect économique va au-delà de la seule gratuité (indispensable) pour se porter aussi dans le champ des ressources et de l'activité de la personne. Ainsi, la question de la prise en charge est-elle, souvent, posée sous l'angle du complément de ressources pendant l'immobilisation ou le traitement.

Une femme en « situation difficile » ne vient pas naturellement vers le système de soins, elle doit être mise en confiance et accompagnée

La mise en confiance est essentielle vis-à-vis de toute démarche organisée car la difficulté de s'intégrer dans un dispositif organisé, de suivre la logique de rendez-vous, de se repérer dans les procédures est un frein. Il y a une dépendance vis-à-vis de l'aide institutionnelle, et le recours aux structures publiques de soins qui marquent les personnes dans leur identité (logique de stigmatisation d'une médecine des pauvres confortant le sentiment d'appartenir aux catégories défavorisées).

Pour les personnes exclues (les plus dans la précarité), l'appropriation de la santé n'est pas envisageable sans accompagnement à la fois psychologique et pratique : prises de rendez-vous, pédagogie du système de soin.

Les femmes en situation précaire sont sensibles à la question de la prise en charge, et inquiètes vis-à-vis de celle-ci (conséquences économiques, complications, méfiance vis-à-vis des institutions). Elles l'abordent sous l'angle sanitaire mais aussi socio-économique (dimension économique, accès matériel à la santé, modalités quand le traitement interrompt l'activité).

L'accès à l'information et son utilisation

Une femme en « situation difficile » est une femme en situation de nonaccès au système sanitaire et social (offre de soins, droits sociaux), pour des raisons variées : obstacle de la langue, isolement, méconnaissance des droits, méfiance vis-à-vis des institutions, sous-information, difficulté à passer à l'acte.

L'information n'arrive qu'au cas par cas, par le bouche à oreille, donc déformée, amplifiée (cas des SDF). L'isolement est renforcé pour les populations rurales et les personnes âgées, par la raréfaction des réseaux relationnels (famille nucléaire, perte des relations amicales, professionnelles, etc.).

Mais ce n'est pas toujours une question de sous-information : c'est aussi un problème de capacité (économique, sociale, gestion de priorités de vie) à transformer une information en une démarche. D'où l'importance des relais, de l'État, des organismes de protection sociale, pour conseiller, orienter, rassurer les femmes. Des politiques sont mises en œuvre par les institutions pour informer de manière adaptée les « précaires » (à l'exemple du nouveau Plan précarité de l'Assurance Maladie et des actions de l'État).

La relation intermittente avec les médecins et les structures de soins

Les femmes en situation précaire ont plus un rapport à la médecine « institution » qu'un rapport au médecin, en l'absence fréquente de médecin de famille et de relation de confiance. Elles recourent au système sanitaire en urgence ou dans le cadre de consultations spécifiques, autour de bilans, à l'initiative d'institutions et des associations.

Les professionnels de santé sont une catégorie à sensibiliser et à mobiliser car ces femmes, qui demandent un

accompagnement spécifique, ont besoin tout particulièrement d'être mises en confiance.

Les centres d'examen de soin de la Sécurité sociale, qui assurent un suivi, et l'hôpital, comme lieu d'accueil et lieu d'urgence, réaffirmé depuis la loi sur l'exclusion et la mise en place des PASS, constituent l'exemple de points de contact particulièrement appropriés.

En conclusion, cette étude a donc permis d'identifier différentes populations de femmes :

- les femmes en situation économiquement fragile, bénéficiant notamment de la CMU ou de la CMUc ;
- les femmes souffrant de handicap auditif ou visuel ;
- les femmes vivant en milieu rural et isolées principalement pour des raisons géographiques ;
- les femmes étrangères ou isolées pour des raisons de langue ou de culture ;
- les femmes en situation de grande précarité et totalement exclues du système. Ces femmes doivent faire l'objet d'une prise en charge qui dépasse largement le cadre du dépistage organisé car leur désaffiliation sociale, leur perte de repères identitaires et temporels les éloignent de tout intérêt pour le corps et la santé, et de toute prise en charge par le système de soins.

La question clairement posée par cette étude est donc bien celle de la pertinence de la communication envers ces publics en dehors d'un continuum d'actions visant à restaurer la confiance, à accompagner, à rassurer. Elle recommande une démarche d'ensemble visant à s'appuyer sur les relais qui pourront aider les femmes à s'inscrire dans une démarche de dépistage et dépasse donc largement le seul cadre de la communication.

Dans les actions vers les femmes en situation difficile d'accès au dépistage, on se situe bien souvent aux confins de la communication, de l'éducation pour la santé, de la promotion de la santé, et dans certains cas de la recherche/action.

Anne Le Cain

Chargée de mission Promotion de la santé,

Philippe Mourouga

Médecin, chef de service

Prévention-information,

La Ligue nationale contre le cancer, Paris.

Un kit de formation des médecins généralistes au dépistage des cancers

Le dépistage est l'une des priorités du Plan cancer. À la demande des pouvoirs publics, l'INPES a créé un outil – sous forme de kit incluant un cd-rom et plusieurs documents – pour former les médecins généralistes à la prévention des cancers colorectal, du sein et de l'utérus. Le kit prend largement en compte les aspects psychologiques de la relation entre médecin et patient. Présentation et témoignages d'utilisateurs.

Parmi ses principaux objectifs, le Plan cancer 2003-2007 prévoit la mise en place d'un dispositif de dépistage pour les principaux cancers. Cet axe concerne tout particulièrement les médecins traitants, qui auront à prescrire et/ou à réaliser des actes de dépistage : proposition et remise d'un test de recherche de saignement occulte dans les selles concernant le cancer colorectal, prescription de mammographie pour le cancer du sein, prescription et/ ou réalisation de frottis pour dépister le cancer du col de l'utérus.

Le recul du taux de mortalité constaté pour chacun de ces cancers dépend de la participation de la population ; or celle-ci varie fortement d'une région à l'autre selon l'organisation du programme de dépistage mise en place.

Ainsi, par exemple, sur le cancer colorectal, plusieurs expériences pilotes de dépistage ont été conduites en France. Les expériences menées en Bourgogne (1, 2), dans le Calvados (3, 4) et en Isère (5, 6) donnent la marche à suivre pour un programme efficace de dépistage de ce type de cancer. Ce programme doit tout particulièrement inclure :

- la formation et la participation des médecins qui remettent le test au patient ;
- l'information de la population cible au début de la campagne de dépistage ;
- un pilotage du programme comprenant les invitations, les relances, le suivi et l'évaluation du programme ;
- une lecture centralisée des tests par du personnel formé.

Ces expérimentations insistent également sur la nécessité d'une communication organisée au niveau du territoire le plus pertinent, en l'occurrence le Département, en direction des médecins (courrier et bulletin d'information) et en direction des personnes concernées (courriers, communication de proximité).

C'est dans ce contexte que la direction générale de la Santé (DGS) a confié, en 2001, au CFES puis à l'INPES, la conception d'un kit de formation des médecins généralistes au dépistage du cancer colorectal et, de manière plus succincte, aux dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus. Ce kit comprend un cd-rom de formation, un guide pour le formateur et un jeu de fiches. Il contient en outre une brochure d'information sur le dépistage du can-

cer colorectal, document destiné non pas au formateur mais aux médecins et autres professionnels de santé qu'il forme. Le kit de formation et d'information a été réalisé avec la participation active des professionnels concernés, à savoir les médecins généralistes. Les formateurs des médecins généralistes peuvent être eux-mêmes des généralistes, mais également des spécialistes, des médecins coordonnateurs des programmes de dépistage tout comme des professionnels de la formation.

Un cd-rom support de formation

Le cd-rom est destiné à l'animation de séances de formation pour les médecins généralistes. Il a été élaboré au plus près des questions et préoccupations de ces derniers dans leur pratique quotidienne.

Placer le professionnel en situation face à son patient

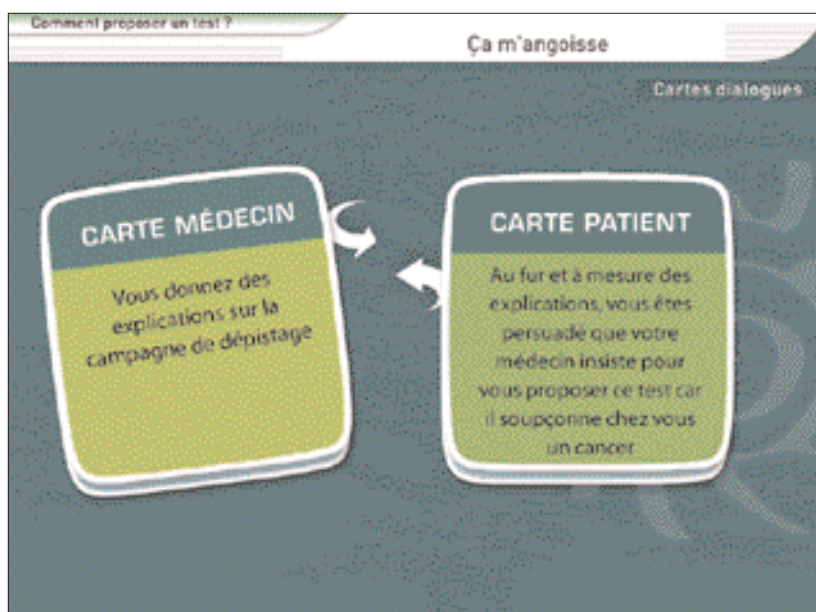
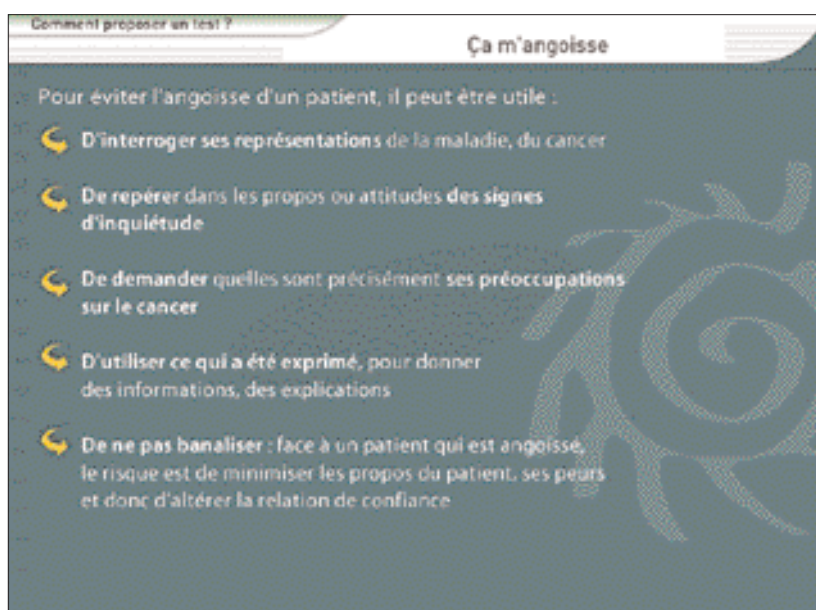
Le cédérom est notamment constitué de « cartes dialogues » qui peuvent être utilisées dans des jeux de rôle courts.

Présentation

– Deux participants se mettent en situation de consultation : l'un joue le rôle du médecin, l'autre joue le rôle du patient ;
– les cartes dialogues déterminent le scénario.

Réalisation/exploitation

– Présentation de la séquence avec le cédérom (1^{er} écran) ; les cartes dialogues précisent la situation pour le médecin et le patient ;
– distribution des rôles sur la base du volontariat ;
– jeu de rôle : 5 minutes ;
– recueil des avis des participants et des « spectateurs », discussion, notes sur paperboard : 5 minutes ;
– le formateur complète la discussion avec le 2^e écran de la séquence.



La formation vise à améliorer les connaissances et les compétences des médecins sur les aspects suivants :

- connaître l'épidémiologie et les facteurs de risque du cancer colorectal, du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus ;
- connaître les aspects pratiques des tests ;
- utiliser un langage simple pour expliquer ces notions aux patients ;

Différencier sur les plans pratique et théorique le dépistage en population générale et le dépistage individuel.

- connaître l'organisation des programmes de dépistage ;
- identifier les freins et moteurs au dépistage ;
- reconnaître et analyser les aspects affectifs de la consultation ;
- négocier la réalisation d'un test de dépistage et la poursuite des investigations.

Les thèmes sont regroupés en quarante-six séquences de formation. Chaque séquence est composée d'une succession d'écrans plus ou moins interactifs.

Le cédérom permet au formateur :

- d'utiliser des formations « toutes prêtes » de contenus et de durées variables de deux ou trois heures à deux jours : il s'agit de déroulés types de formation ;
- d'organiser des formations « à la carte » en fonction du groupe de médecins présents. Le formateur a en effet la possibilité de modifier les formations proposées ou d'en créer en modifiant l'ordre des séquences, en supprimant celles qu'il ne souhaite pas aborder, etc.

Certains thèmes sont volontairement traités selon différentes approches pédagogiques. Ces séquences portant sur un même thème permettent au formateur de choisir, compte tenu du temps dont il dispose, l'approche pédagogique la plus adaptée au contexte de formation.

Favoriser la participation des médecins

Certaines séquences permettent l'acquisition de connaissances ; chaque séquence est alors une succession d'écrans plus ou moins illustrés que le formateur commente au fur et à mesure. Ces séquences de formation sur les aspects scientifiques du dépistage ont

été élaborées pour que les médecins présents en formation puissent faire part au formateur de leur propre connaissance (prétest, questions/réponses, réflexions sur les éléments à connaître pour être à même de répondre aux questions des patients, etc.).

La formation favorise la participation active des médecins présents et donc la discussion. Certaines séquences ont été conçues pour faciliter l'acquisition de compétences à travers des jeux de rôle et des études de cas pratiques. Les participants sont placés dans des situations correspondant à des problématiques concrètes que peuvent rencontrer les médecins lors de leurs consultations. Ils acquièrent

ainsi des compétences utiles à la mise en œuvre d'une démarche d'éducation, dans le cadre du dépistage en population générale.

D'autres séquences proposent une réflexion sur les représentations des patients et des soignants concernant le cancer et le dépistage ; autant d'éléments qui peuvent constituer des freins ou au contraire des facteurs facilitant la participation des personnes au dépistage organisé.

D^e Isabelle Vincent

Directrice adjointe,
direction de la communication et des outils
pédagogiques, INPES.

Un cédérom qui répond aux besoins divers des formateurs

Nous avons demandé à deux formateurs qui ont utilisé ce cédérom dans deux contextes différents leur avis sur cet outil.

• Le docteur Anne Garnier, médecin coordonnateur de l'Office départemental de lutte contre le cancer (ODLC), l'a utilisé dans le cadre du lancement de la campagne de dépistage du cancer colorectal en Isère. Une quinzaine de séances de formation d'une trentaine de médecins généralistes a été organisée, d'une durée d'environ deux heures. Les séances ont été animées par deux gastro-entérologues, un médecin généraliste responsable de FMC et un médecin coordonnateur de l'OLDC.

Ce qu'elle en pense : « Le cédérom a été utilisé pour bâtir la formation, pour former les formateurs plus que lors des formations elles-mêmes. Les animateurs n'en ont pas moins repris, en les aménageant, les séquences épidémiologiques ; ils ont apprécié de disposer de chiffres récents précis. Ont également été utilisées, les séquences sur le dépistage organisé et les situations types permettant de faire face aux réticences au moment où le médecin prescrit le test ou une coloscopie. Même si les animateurs ont déconseillé, sur un temps court de formation, la tenue de jeux de rôle, les cas cliniques courts ont permis d'aborder concrètement (même sans les jouer) les situations de frein au dépistage, très parlantes pour les médecins généralistes. Les séquences utilisées ont permis un gain de temps dans la pré-

paration de la formation ; elles ont permis aussi de bien cadrer les thèmes à aborder avec les animateurs pour l'organisation des contenus de formation. »

• Le docteur Pierre Atlan, président du Collège des généralistes de l'Est parisien et secrétaire général de l'Unafremc Ile-de-France, a utilisé le cédérom dans le cadre d'un séminaire de deux journées pour trente-cinq médecins généralistes de la région parisienne.

Ce qu'il en pense : « Cet outil est très utile pour faciliter une formation de médecins généralistes. Les informations scientifiques ont été apportées par les intervenants et nous avons utilisé, en complément, les séquences qui facilitaient la pédagogie interactive : prétest, cas cliniques, jeux de rôle, questions-réponses. Les cas cliniques et les situations concrètes ont été les plus appréciés. Nous avons par ailleurs utilisé une partie du contenu pour constituer le dossier pédagogique de la formation. »

Ces deux praticiens ont par ailleurs proposé que cet outil pédagogique soit amélioré sur les points suivants :

- une plus grande précision dans les réponses apportées ;
- prévoir des explications plus simples des fonctionnalités du cédérom afin de plus facilement enchaîner les différentes séquences de formation ;
- envisager une actualisation des données.

► Références bibliographiques

- (1) Durand G., Arveux P., Milan C., Quelier C., Bedenne L., Faivre J. *Vécu d'une campagne de dépistage de masse des cancers colorectaux par les médecins généralistes*. Cah. Soci. Démo. Méd. 1992 ; 32 (2-3) : 191-205.
- (2) Faivre J., Tazi A., Benhamiche A.M. *Dépistage de masse du cancer colorectal*. In : *Dépistage des cancers : de la médecine à la santé publique*. Édité par Sancho-Garnier H., Béraud C., Doré J.-F., Pierret J., Schaffer P. Paris : Inserm, Questions en santé publique, 1997 : 40-6.
- (3) Herbert C. *Le dépistage organisé du cancer colorectal en France. Logiques individuelles/ logiques collectives*. Registre des tumeurs du Calvados. Contrat jeune formation Inserm n° 9603.
- (4) Launoy G., Herbert C., Vallée J.-P. et al. *Le dépistage de masse du cancer colorectal en France. Expérience auprès de 165 000 personnes dans le Calvados*. Gastroenterol. Clin. Biol. 1996, 20 : 228-36.
- (5) Exbrayat C., Garnier A., Bolla M. et al. *Dépistage simultané des cancers du sein, du col utérin, du côlon et du rectum - expérience de l'Isère*. Bull. Cancer 1996 ; 83 : 641-8.
- (6) Garnier A., Exbrayat C., Winkel P., Bolla M. *Cancers du sein, du col utérin et du côlon-rectal : dépistage organisé dans l'Isère*. Le Concours médical 28 03 1998, 120-12 : 859-66.

► Bibliographie

- Sandrin Berthon B. *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : Puf, coll. Éducation et formation, 2000.
- Lacroix A., Assal J.-P. *L'éducation thérapeutique des patients*. Paris : Vigot, 1998 : 240 p.
- Marchand C. *Intérêt des cartes sémantiques dans l'éducation du patient*. Bulletin d'éducation du patient vol. 16, n° 4, septembre 1997.
- Renaud L., Sauvé L. *Simulation et jeu de simulation : outils éducatifs appliqués à la santé*. Montréal : Agence d'Arc, 1990.
- Rodin G. *L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs*. Sciences sociales et santé, mars 1991, vol. 11, n° 1.

Qualité des soins dans l'Hexagone : une comparaison difficile

Comment évaluer la qualité du service rendu par les différents établissements de soins dans la lutte contre le cancer ? Confrontée en permanence à ce questionnement de la part des patients et de leur famille, La Ligue a réalisé plusieurs études qui permettent – avec beaucoup de prudence – d'évaluer le « degré d'attraction » de chaque établissement. De ces travaux ressort la nécessité d'organiser les soins en cancérologie au niveau le plus pertinent : celui du « bassin sanitaire » en tant que territoire.

Comment révéler d'éventuelles disparités dans le système de soins en cancérologie ? Quels sont les indicateurs qui peuvent permettre de suivre l'évolution de ce système ? Ces questions reviennent régulièrement et aucune réponse simple n'existe.

Il existe cependant des méthodes scientifiques qui permettent une première approche de ces problèmes. L'une de ces techniques, la cartographie sanitaire, a déjà été utilisée dans l'analyse des données de cardiologie et de chirurgie (1) mais ces analyses ne prenaient pas en compte la cancérologie. Par ailleurs, l'atlas réalisé par le Dr Jouglà (Inserm) présentait quant à lui une analyse de la mortalité en cancérologie par l'utilisation des données de déclaration de décès. La Ligue nationale contre le cancer a donc initié un projet qui combine les deux approches et permet d'éclairer l'activité en cancérologie par l'utilisation de la notion de bassin de santé en cancérologie.

Qu'est-ce qu'un bassin de santé ? Cette notion est apparue pour la première fois dans les travaux originaux initiés par le Conservatoire national des arts et métiers. Elle reprend le concept des bassins d'emploi et utilise les entités administratives appelées « échelles de pouvoir de l'administration », qui permettent de déterminer géographiquement des zones homogènes. Ces entités se décomposent selon les critères suivants :

- région ;
- département ;
- canton, définition ;
- zone emploi.

L'utilisation de ces échelles revient à analyser le suivi hospitalier au niveau territorial et non plus au niveau individuel. En effet, les données sont alors agrégées et des indicateurs peuvent être dérivés afin de permettre une vision de l'activité au niveau de l'hôpital ou de toute autre entité fonctionnelle.

Les travaux de recherche sont rares

En 2004, il existe peu d'études concernant les possibles disparités spatiales dans l'accès aux soins en cancérologie ; de la même façon, la morbidité hospitalière liée à la cancérologie au niveau national n'a pas fait l'objet de travaux très répandus. L'approche par la cartographie sanitaire proposée est une des réponses possibles à ce manque.

L'outil d'analyse, le Programme médicalisé du système d'information (PMSI), introduit en France par Jean de Kervasdoué par le décret du 3 octobre 1985 et le circulaire n° 160 du 5 août 1986 de la direction des Hôpitaux, permet de classer des hospitalisations de courts séjours en Groupe homogènes de malades (GHM). Il est possible à partir de ces données de définir des territoires sanitaires générés par les déplacements « domicile – hôpital » des personnes hospitalisées en cancérologie en France. Cette approche reprend celle initiée par l'outil Mirabel développé par l'Insee pour déterminer le bassin d'emploi. Il permet de déterminer le bassin de santé en cancérologie dans la mesure où les établissements prenant en charge la morbidité hospitalière de cancérologie suivent la

logique populationnelle de la hiérarchie des agglomérations urbaines.

L'utilisation du code postal de résidence permet de mettre en évidence une éventuelle disparité spatiale de la prise en charge de la cancérologie en France. En effet, les bassins hospitaliers sont définis d'après les déplacements « domicile – hôpital » de chaque hospitalisé, renseignés dans la base PMSI par le code postal d'habitation et le code postal de l'établissement de prise en charge. Il est ensuite facile de connaître la structure démographique de chaque bassin de santé hospitalier (effectifs, âge, aspects socioéconomiques) et donc d'avoir un aperçu de la performance réelle de chaque bassin d'hospitalisation. Par ailleurs, il est possible et ce, grâce au logiciel CALCUL – INter - Site (Cains), réalisé par Jean-Marc Macé avec le concours de La Ligue nationale contre le cancer, de mesurer la distance parcourue en mètre par chaque usager dans sa recherche de soins en cancérologie. Ainsi, tous les trajets « domicile-hôpital » peuvent être calculés afin de déterminer plusieurs indicateurs comme :

- la distance parcourue par chaque individu pour rejoindre un établissement ;
- la distance moyenne de clientèle d'un établissement ;
- la distance moyenne du recours des hospitalisés.

À l'aide du premier indicateur concernant la « distance parcourue par chaque individu », il est possible de dresser un bilan du recours aux soins hospitaliers de cancérologie. La « dis-

tance moyenne de clientèle » est un indicateur de recrutement déjà ancien puisqu'il a été mis en place dès 1963 par Mizrahi A. et Rosch G. (2), cependant il est resté peu utilisé jusqu'à nos jours à l'échelle nationale. Aujourd'hui, il devient possible de recourir à cet indicateur grâce non seulement à la disponibilité de la base nationale du PMSI, mais également au développement des programmes informatiques, qui rend possibles des calculs auparavant fastidieux. Nous disposons donc d'un indicateur supplémentaire pour mesurer le degré d'attraction des établissements. Avec ces deux indicateurs, il devient possible de comparer les établissements entre eux.

Une mortalité à causes multiples

L'analyse des phénomènes dus à l'environnement, essentiellement socio-économiques et démographiques, des bassins de cancérologie montre certaines disparités spatiales. Toutefois cette morbidité cancéreuse est également fonction d'un faisceau d'autres variables, comme celles liées aux facteurs génétiques, à la nutrition, au mode de vie, etc. Par exemple, le fait de vivre en milieu rural et d'être âgé ne donne pas automatiquement une forte ou une faible morbidité. En fait, les réponses ne

sont pas simples car il existe de multiples interactions entre les variables et il est nécessaire de continuer les investigations et les recherches. L'ensemble des résultats de cette étude est disponible auprès de La Ligue nationale contre le cancer (3).

On ne peut néanmoins se contenter d'une vision statique et actuelle des flux des patients. Les populations vont changer, se déplacer, vieillir et même rajeunir. Les territoires d'aujourd'hui ne seront pas forcément ceux de demain. Aussi doit-on tenter une vision à long terme de la demande de soins hospitaliers et de l'équipement des établissements. Les territoires de demain doivent être appréhendés systématiquement dans leur dimension spatio-temporelle (la composante spatiale permettant de définir une échelle géographique opérationnelle et l'aspect temporel permettant de déterminer le dynamisme du territoire) car, aménager, c'est non seulement prévoir demain mais aussi s'inscrire dans une perspective de développement durable.

Cette vue prospective est nécessaire, car la planification de la cancérologie n'est certes pas la chose la plus facile à mettre en place, la notion de « besoins de soins », ou du moins la consomma-

tion hospitalière effective de la population étant difficile à établir. Toutefois, la base PMSI permet déjà de cerner aujourd'hui la consommation effective de soins hospitaliers et de connaître la morbidité hospitalière selon le sexe et l'âge de la population au niveau régional et départemental, voire au niveau infra-départemental.

Jean-Marc Macé

Docteur en géographie de la santé, maître de conférences, Conservatoire national des arts et métiers, Paris.

Philippe Mourouga

Médecin, chef de service Prévention-information, La Ligue nationale contre le cancer, Paris.

► Références bibliographiques

- (1) de Kervasdoué J. *Le carnet de santé de la France en 2000*. Paris : La Découverte & Syros, 2000 : 312 p.
- (2) Mizrahi A., Rosch G : *Les champs d'action des équipements hospitaliers*. Consommation 1969, n° 3.
- (3) *La morbidité hospitalière en cancérologie, rapport 2004*. Paris : La Ligue nationale contre le cancer (à paraître).

Pour en savoir plus

Les ressources sélectionnées sont structurées autour des facteurs de risque, après une sélection d'ouvrages généraux abordant tous les aspects de la maladie : politique publique, prévention, épidémiologie et prise en charge avec, pour le niveau international, une préférence donnée aux documents décrivant de grands objectifs en matière de lutte contre la maladie. Nous avons choisi d'écarter les témoignages même s'ils apportent une dimension intéressante pour aborder les questions d'éducation du patient. De même, les ressources spécifiques à certains cancers ont été écartées dans la mesure où le dossier n'aborde pas la question de cette manière.

Les organismes et structures sont classés en fonction du public auquel ils s'adressent, les organismes ne s'adressant qu'aux patients et à leur entourage font l'objet d'une rubrique spécifique ainsi que les organismes de recherche.

► Ressources bibliographiques

Généralités

Repères historiques, perceptions de la maladie

- Bataille P., Pujol H. / préf. *Un cancer et la vie : les malades face à la maladie*. Paris : Balland, 2003 : 362 p.
- Hoerni B., Tubiana M. / préf. *Les cancers de A à Z : histoire, science, médecine, société*. Paris : Frison-Roche, 2001 : 584 p.
En ligne : <http://www.fnclcc.fr/fr/patients/dico/alpha.php> [Dernière visite 01/12/04]
- Jeanteur P., Kahn A. / préf. *Cancer : toutes les réponses à vos questions*. Montrouge : John Libbey Eurotext, coll. Dialogue médecin-malade, 2004 : 240 p.
- Menoret M. *Les temps du cancer*. Paris : CNRS, coll. CNRS Sociologie, 1999 : 237 p.
- Pinell P. *Naissance d'un fléau : histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*. Paris : Métaillé, 1992 : 365 p.
- XIX^e congrès de la Société française de psycho-oncologie : cancers et sociétés. Avignon, palais des Papes, 19-21 septembre 2002. *Oncologie 2002 ; 4 (suppl. 9) : S201-S268*.
- Tubiana M. *Le cancer : hier, aujourd'hui, demain*. Paris : Odile Jacob, 1998 : 504 p.-

Lutte contre le cancer en France

- Aïach P., Marseille M., Theis I. (sous la dir.). *Pourquoi ce lourd tribut payé au cancer : le cas exemplaire du Nord-Pas-de-Calais*. Rennes : ENSP, 2004 : 320 p.
- Bloch J. / coord. Dumont C. *Rapport de la commission d'orientation sur le cancer*. Paris : ministère de la Santé, 2003 : 324 p.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/index.htm> [Dernière visite 26/11/04]
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). *Développer la prévention en France. Les 415 propositions des experts. Document de préparation de la loi*

de santé publique. *Analyse des propositions des experts du Groupe national technique de définition des objectifs (GNTDO) et de la Commission d'orientation sur le cancer*. 2003 : 486 p.

- Mattei J.-F. *Le Plan cancer a 10 mois. Conférence de presse du 3 février 2004*. Paris : ministère de la Santé, 2004 : 45 p.
- Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer. *La dynamique du plan cancer : un an d'actions et de résultats. Rapport annuel 2003-2004*. Paris : ministère de la Santé et de la Protection sociale, 2004 : 270 p.
En ligne : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000217/0000.pdf> [Dernière visite : 13/12/04]
- Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer. *Plan cancer 2003-2007. Brochure*. Paris : ministère de la Santé, 2003 : 44 p.
En ligne : <http://www.plancancer.fr/Documents/PlanCanBrochure.pdf> [Dernière visite 26/11/04]

Lutte contre le cancer à l'international

- Stewart B.W., Kleihues P. *World Cancer Report*. Genève : WHO, 2003 : 352 p.
- World Health Organization (WHO). *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*. Genève : WHO, 2002 : 203 p.
En ligne : <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf> [Dernière visite 26/11/04]
En ligne résumé en français : <http://www.who.int/cancer/media/en/424.pdf> [Dernière visite 26/11/04]
- World Health Organization (WHO). *Strategies to Improve and Strengthen Cancer Control Programmes in Europe*. Geneva : 2003 : 351 p
En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_CHP_CPM_PCC_04.1.pdf [Dernière visite 26/11/04]

Facteurs de risques et prévention

- Tubiana-Mathieu N. *Cancers : prévention et dépistage*. Paris : Masson, coll. Consulter/précrire, 2001 : 224 p.

Alimentation

- Collet Ribbing C., Declotre F., Riboli E. *Alimentation et cancer : évaluation des données scientifiques*. Paris : Lavoisier Tec & Doc, 1996 : 534 p.
- Pickaert A.-P., Martel P. *Alimentation, nutrition et prévention des cancers, une perspective mondiale : application au contexte français*. Réseau NACRe/WCRF International, 2002 : 35 p.
En ligne : http://www.wcrf-fr.org/pdfs/resume_scientifique.pdf [dernière visite 26/11/04]
- Quintin I., Castetbon K., Mennen L., Hercberg S. *Alimentation, nutrition et cancer : vérités, hypothèses et idées fausses*. Paris : ministère de la Santé, de la Famille, et des Personnes handicapées, Paris : Cnam, Saint-Maurice : InVS, coll. Les synthèses du programme national nutrition-santé, 2003 : 57 p.
En ligne : http://www.sante.gouv.fr/htm/point-sur/nutrition/actions42_cancer.pdf [dernière visite 15/12/04]
- World Cancer Research Fund. *Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a global perspective*, 1998.
En ligne : <http://www.wcrf-uk.org/report/index.lasso?WCRFS=5139CF4205271200A9JmV3156F77> [Dernière visite 10/12/04]

Environnement et risques solaires

- Chérié-Challine L., Halna J.-M., Remontet L. *Situation épidémiologique du mélanome cutané et impact en termes de prévention*. BEH 2004 ; (2) : 8 p.
En ligne : <http://www.invs.sante.fr/beh/2004/02/> [Dernière visite 10/12/04]
- Gerin M., Gosselin P., Cordier S., Viau C., Quenel P., Dewailly E. *Environnement et santé publique : fondements et pratiques*. Paris : Lavoisier Tec & doc / Québec : Edisem Inc., 2003 : 1 023 p.
- Vainio H., Bianchini F. *IARC Handbooks of Cancer Prevention: Sunscreens*. Lyon : IARC Press, 2001 (5) : 196 p.
- Momas I., Caillard J.-F., Lesaffre B. *Plan national santé environnement*. Plan national 2004-2008. 2004 : 90 p.

En ligne : http://www.ecologie.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE_Rapport.pdf [dernière visite 26/11/04]

Alcool

• Berr. C, Clavel-Chapelon F., Dally S., et al. *Alcool. Effets sur la santé*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 358 p.

Synthèse en ligne : [http://www.inserm.fr/servcom/servcom.nsf/7f476b2583842f98c12569b400384eee/483b523d51c4565980256b170052c4c0/\\$FILE/alcool-synthese.pdf](http://www.inserm.fr/servcom/servcom.nsf/7f476b2583842f98c12569b400384eee/483b523d51c4565980256b170052c4c0/$FILE/alcool-synthese.pdf) [Dernière visite 26/11/04]

• Hill C. *Alcool et risque de cancer*. ADSP 2000 ; (30) : 14-7.

En ligne : <http://hcsnsp.ensp.fr/hcsnpi/docspdf/adsp/adsp-30/ad301417.pdf> [dernière visite 26/11/04]

Tabac

• Hill C., Laplanche A. *Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques*. BEH 2003 ; (22-23) : 98-100.

En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2003/22_23/beh_22_23_2003.pdf [Dernière visite 9/12/04]

• Le Maitre B. *Le tabac en 200 questions*. Paris : de Vecchi, 2003 : 190 p.

• Tubiana M. *Les méfaits sanitaires du tabac et la lutte contre celui-ci*. THS La revue des addictions 2004 ; 6 (21) : 1078-85.

En ligne : http://www.seths.org/revue/n21_mars_03/THS_21_Int.pdf [Dernière visite 9/12/04]

• World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. *Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*. IARC Press, 2004 : 1 452 p.

Risques professionnels

• La Ligue édite et diffuse sept brochures concernant les cancers professionnels, dont deux généralistes, sur ce thème :

– Groupe de travail « Cancers professionnels ». *Cancer d'origine professionnelle. Brochure*. Paris : La Ligue nationale contre le cancer : 29 p.

– Groupe de travail « Cancers professionnels ». *Repérer et déclarer les cancers d'origine professionnelle. Brochure*. Paris : La Ligue nationale contre le cancer, 2004.

• Imbernon E. *Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France*. Saint-Maurice : InVS, 2003 : 28 p.

En ligne : http://www.invs.sante.fr/display?doc=publications/2003/cancers_pro/index.html [Dernière visite 26/11/04]

• Pairon J.-C., Brochard P., Le Bourgeois J.-P., Ruffie P. *Les cancers professionnels : tomes 1 et 2*. Paris : Margaux Orange, 2000 : 688 p.

Structures ressources, organismes et sites Internet

Pour les patients et leur entourage

• Catalogue et index des sites médicaux francophones CISMéF-patients : cancérologie

Ce site est développé par le CHU de Rouen. Les informations accessibles à partir de cette page sont destinées aux patients et à leur famille, et produites par des professionnels de santé d'institutions et/ou des sociétés savantes. On y trouvera aussi des sites d'associations de patients ou de familles de patients. Cette page est mise à jour dans le cadre d'un partenariat documentaire avec La Ligue nationale contre le cancer. <http://www.chu-rouen.fr/ssf/patient/cancerologie.html> [Dernière visite : 01/12/04]



• Espaces rencontre information (ERI)

La Ligue a créé des lieux d'information et d'écoute dans les structures de soins. Ainsi se développent des espaces d'information et de soutien dont les animateurs, pour la plupart issus des sciences humaines ou des sciences sociales, sont formés à l'écoute des patients. Né d'une initiative de La Ligue pour répondre à un besoin exprimé par les malades lors des premiers états généraux en 1998, et en collaboration active avec l'hôpital et le laboratoire Sanofi-Synthélabo, le premier ERI a vu le jour en 2001 à l'Institut Gustave-Roussy, à Villejuif. Les malades et leur entourage y trouvent des informations sur la maladie, les traitements et sont aiguillés et épaulés dans leur recherche de soutien social et psychologique, au domicile comme à l'hôpital.

Pour des informations complémentaires voir :

La Ligue nationale contre le cancer

14, rue Corvisart, 75013 Paris

Tél. : 01 53 55 24 00

<http://www.ligue-cancer.net> [Dernière visite 26/11/04]

• Kiosque Information Santé (KIS)

L'article 39 du Plan cancer prévoit d'ouvrir des kiosques d'information. Cette mesure a pour but de rendre le système de prise en charge du cancer transparent et compréhensible pour les patients et leur entourage en développant, au plus près des lieux de vie, les points d'information. Après Paris, qui dispose de quatre centres d'accueil hors hôpital (les agences Cancer), le département des Alpes-Maritimes est le premier à ouvrir un kiosque d'information à Nice, dans le centre commercial Cap 3000. Ce Kiosque Info Santé (Kis) a été inauguré le 15 octobre 2004. Il est animé par une personne spécialiste en communication et en cancérologie, assistée de bénévoles de la Ligue et autres associations. En complément, conférences et animations sont réalisées par des experts médicaux et scientifiques. Le conseil général est le principal partenaire financier de ce lieu d'accueil et d'écoute.

Pour en savoir plus :

<http://www.plancancer.fr/>

• Réseau des malades et des proches de La Ligue nationale contre le cancer

Créé par La Ligue nationale contre le cancer après les états généraux de 2000, le réseau, constitué de malades du cancer, d'anciens malades et de proches, est issu de La Ligue et de ses cent un comités départementaux. Il est régi par une charte et oriente ses actions selon trois axes : « *Vivre avec le cancer, exister socialement, améliorer la qualité et l'égalité des soins sur tout le territoire* ». Il s'est affirmé, depuis sa création, en tant que « *force de proposition et d'actions conçues pour et en lien avec les malades* » et en tant que « *groupe de vigilance* ». Exemples : visite d'annonce, implication au projet d'amélioration de l'accès aux prêts bancaires et aux assurances, participation à des instances nationales ou à des groupes de travail interministériels.

Réseau des malades et des proches

14, rue Corvisart, 75013 Paris

Tél. : 01 53 55 25 14

Tout public y compris professionnels

• Cancer Info Service - N° Azur : 0810 810 821 - du lundi au samedi, de 8 h à 20 h

Cancer Info Service répond à trois engagements : – une information claire et validée. Cancer Info Service permet l'accès à une information à la fois claire et abordable, traitant des aspects médicaux, mais aussi pratiques et psychologiques de la maladie. La base de données utilisée par les téléconseillers et gérée par le centre de ressources de La Ligue nationale contre le cancer est régulièrement mise à jour, notamment grâce à des partenariats avec les centres de cancérologie du monde entier ;

– une écoute confidentielle et anonyme. Cancer Info Service offre toutes les garanties de confidentialité et d'anonymat. Une condition indispensable à la qualité de ce service. Un outil complémentaire de la médecine ;

– un outil d'information et de soutien, complémentaire de la relation avec le médecin. Cancer Info Service n'effectuera aucune visite par téléphone, aucun diagnostic, ni prescription, mais aidera l'appelant à mieux comprendre le cancer afin de mieux le combattre.

• **Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC)**

Les vingt centres régionaux de lutte contre le cancer (CRLCC), érigés le 1^{er} octobre 1945, occupent une place particulière dans le paysage sanitaire français. Établissements de santé privés à but non lucratif et de caractère hospitalo-universitaire, ces vingt centres participent au service public hospitalier. À ce titre, ils sont financés par l'Assurance Maladie et sont contrôlés par le ministère de la Santé, dans les mêmes conditions que les hôpitaux publics.

Les adhérents de la FNCLCC sont les vingt centres de lutte contre le cancer français. Leurs principales missions sont les suivantes :

- la prise en charge globale optimale du patient dans un contexte pluridisciplinaire ;
- l'enseignement de la discipline cancérologique ;
- la participation à la recherche clinique en cancérologie.

Les centres participent activement à l'enseignement universitaire régional et à la formation continue des professionnels de santé impliqués dans les réseaux de cancérologie.

En donnant accès à une sélection de documents et de ressources, le site Internet s'adresse à la fois au grand public et aux professionnels de santé, y compris les médecins spécialistes : dictionnaire des cancers de A à Z ; essais cliniques (Bureau d'études cliniques et thérapeutiques – BECT) ; guides d'information et de dialogue à l'usage des personnes malades et de leurs proches (*Standards options recommandations* – SOR – Savoir patients) ; recommandations pour la pratique clinique ; Groupe génétique et cancer ; guide de la réinsertion ; École de formation européenne en cancérologie –

Éfec) ; (Centre d'information régional sur les cancers – Circan)

FNCLCC

101, rue de Tolbiac, 75654 Paris Cedex 13
infocom@fnclcc.fr
<http://www.fnclcc.fr> [Dernière visite 26/11/04]

• **Institut Curie**

Fondation privée à but non lucratif, reconnue d'utilité publique depuis 1921, l'Institut Curie est l'un des trois centres régionaux de lutte contre le cancer de la région parisienne au service de la lutte contre les cancers et poursuit une double mission, la prise en charge des malades et la recherche en cancérologie. Il est constitué de l'union d'un hôpital et d'un centre de recherche dont les objectifs principaux sont les suivants : faire progresser la prévention, le diagnostic et le traitement des cancers.

Le site est organisé en trois sections avec des accès ouverts au grand public et d'autres restreints aux professionnels : la Fondation, l'hôpital et la recherche.

L'espace « Fondation » comprend en particulier des rapports en ligne et les publications de l'Institut (Le journal de l'Institut). « Mots-clés du cancer » permet d'accéder à un glossaire en cancérologie.

Le professionnel sera plus particulièrement intéressé, dans l'espace « Recherche », par la base de publications et le récapitulatif des programmes de recherche menés par l'Institut.

Institut Curie

26, rue d'Ulm, 75248 Paris Cedex 05
Tél. : 01 44 32 40 00
<http://www.curie.fr> [Dernière visite 26/11/04]

• **La Ligue nationale contre le cancer**

Association loi de 1901 reconnue d'utilité publique, la Ligue nationale contre le cancer a pour seul objet de lutter contre la maladie, pour le malade. Elle s'appuie pour cela sur trois actions de lutte indissociables pour une meilleure efficacité : recherche ; aide aux malades ; prévention, information, dépistage. Ancrée sur le territoire grâce à son réseau de 101 comités départementaux (0 810 111 101), soutenue par ses 685 000 adhérents, informée et alertée en permanence par ses 30 000 bénévoles, scientifiquement performante, notamment grâce à son centre de ressources, La Ligue est une force de terrain dotée d'une légitimité à la fois nationale et locale. Financée par la générosité du public, sous forme de dons et legs, avec un budget de 85 millions d'euros en 2003, La Ligue dispose des moyens financiers nécessaires pour mener une action efficace, y compris au niveau international. À travers des brochures sur diverses pathologies cancéreuses ou les difficultés d'existence provoquées par la maladie, un service d'information inter-

actif sur Internet « Forum », le magazine « Vivre avec la maladie », des antennes d'accueil sur tout le territoire, etc., la Ligue donne aux patients et à leurs proches des informations complètes, rigoureuses, scientifiquement validées, dans un langage accessible à tous. La Ligue est une association capable d'assumer de manière autonome des projets d'envergure, comme le programme de recherche génétique sur la « Carte d'identité des tumeurs ». Groupes de parole, espaces rencontre information... Opérateur de Cancer Info Service (0 810 810 821), le service national d'information et d'écoute prévu par le Plan cancer, organisateur de la campagne nationale d'information sur le dépistage du cancer du sein pour le ministère de la Santé... La Ligue est, à tout moment, un partenaire privilégié des autorités gouvernementales de santé.

Pour plus de renseignements, contacter la délégation à la communication de La Ligue :

Christophe Leroux
Tél. : 01 53 55 24 27
Mél : leroux@ligue-cancer.net
<http://www.ligue-cancer.net>

• **www.plancancer.fr**

[Dernière visite 26/11/04]
Site réalisé dans le cadre du Plan cancer 2003-2007. Le site permet de suivre le déroulement du Plan national cancer 2003-2004, des actions et de leur évolution dans le temps avec une répartition par années, par régions et par thèmes, des textes et des documents (rapports, actes de colloques, brochures, Lettre de la MILC, etc.), de références avec des liens hypertextes pour y accéder, la liste des cancéropôles en France, une sélection de liens institutionnels et associatifs, une description des initiatives de terrain, des appels d'offres.

Organismes de recherche

• **International Agency for Research on Cancer (Iarc) - Centre international de recherche sur le cancer (Circ)**

Organisme de l'OMS, l'Iarc a pour mission de coordonner et de conduire la recherche sur les causes du cancer humain, sur les mécanismes

de la carcinogenèse, et de développer des stratégies de prévention. L'agence est impliquée dans la recherche épidémiologique et de laboratoire, et diffuse l'information scientifique par le biais de publications, des congrès, de formations, et des partenariats. Le site offre un accès vers les données suivantes :

- un annuaire des programmes de recherche en cours sur la prévention du cancer, menés dans vingt-quatre pays ;
- la base Eucan (incidence, mortalité et prévalence des cancers dans l'Union européenne en 1998) ;
- la base Globocan (incidence, mortalité et prévalence de vingt-sept cancers dans le monde en 2002) ;
- WHO Cancer Mortality Databank contient des données d'incidence et de mortalité pour tous les types de cancers et pour un grand nombre de pays ;
- Carex, système international d'information sur l'exposition professionnelle aux carcinogènes ;
- la base de données des monographies du Circ sur l'évaluation des risques cancérrogénicité pour l'homme ;
- le projet Epic – *European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition*.

IARC :

150, cours Albert-Thomas, 69372 Lyon Cedex 08.
Tél. : 04 72 73 84 85 – Fax : 04 72 73 85 75
<http://www.iarc.fr> [Dernière visite 26/11/04]

• Réseau national alimentation cancer recherche (NACRe)

Le tissu actuel de la recherche française comporte des équipes et laboratoires appartenant à différents organismes (Inra, Inserm, CNRS, Université, Institut Curie, Cnam, AP-HP, OMS) développant des approches complémentaires, qui gagneront à interagir plus fortement pour couvrir un champ de recherche. C'est pourquoi ces équipes prennent l'initiative de constituer un réseau national alimentation cancer recherche, le réseau NACRe. Il a pour objectif général de mettre en commun et de développer des moyens de recherche et des compétences pour améliorer la connaissance des déterminants alimentaires et nutritionnels des cancers dans une finalité de prévention.

NACRe

Laboratoire de nutrition et sécurité alimentaire
Inra CRJJ – 78352 Jouy-en-Josas Cedex.
Tél. : 01 34 65 22 54 – Fax : 01 34 65 23 11
<http://www.inra.fr/Internet/Projets/reseau-nacre> [Dernière visite 26/11/04]

Ingrid Aubry, Meriem Bederr, Sophie Cauchy,
Documentalistes à la Ligue nationale
contre le cancer,
Sandra Kerzanet, Catherine Lavielle
Documentalistes à l'INPES.



Le sport et ses plus-values : stratégies d'action préventive et de promotion de la santé.

Anton Lehmann, Maja Schaub Reisle

Ce document s'adresse à des formateurs sportifs travaillant avec des jeunes. Il propose un certain nombre de consignes pédagogiques et de points de repère. Le sport est présenté comme un « champ

d'expérimentation permettant d'apprendre à mieux dominer ses propres impulsions », l'action préventive et de promotion de la santé consistant à transmettre des valeurs et des repères de façon exemplaire et crédible afin de consolider des ressources et gérer des carences individuelles. Six stratégies sont mises en œuvre, allant de la connaissance des sujets clés du sport (confrontation au corps, amélioration des habiletés et des aptitudes, appréhension des limites), aux valeurs éthiques de référence du formateur sportif, au soutien de sportifs vedettes, aux valeurs à défendre au sein de la communauté d'entraînement, de la prise en considération des enfants et adolescents en situation de risques, et de l'appui apporté par les fédérations et clubs aux formateurs sportifs. L'ouvrage est illustré de tableaux présentant les objectifs à poursuivre et les stratégies consolidant les ressources qu'ils impliquent, ou des consignes et des exemples de formalisation. Chaque stratégie énoncée est synthétisée en « sujets clés » sous forme d'encart.

Un glossaire, des annexes (exemples de méthodologie de l'action préventive et promotion de la santé face à la toxicomanie ou à la violence, cahier d'entraînement du moniteur et journal d'entraînement du sportif) et une bibliographie/sites Internet complètent le présent ouvrage.

Anne Sizaret

Macolin : Office fédéral du sport, 2003, 108 pages, 15 francs suisses.

Le rôle de l'éducation dans l'alimentation

Conseil économique et social

Étude présentée par Michelle Ologoudou

La section de l'agriculture et de l'alimentation du Conseil économique et social pose dans ce rapport la question de l'intérêt de mettre en œuvre un programme d'éducation à l'alimentation. Les grandes tendances des comportements alimentaires et leurs déterminants économiques et sociaux sont décrits : industrialisation de l'alimentation et essor de la grande distribution, déstructuration des habitudes alimentaires, rôle du rapport au corps dans le développement des troubles du comportement alimentaire. L'évolution des consommations alimentaires est analysée à partir des données de l'Insee, de l'enquête INCa et à partir du Baromètre santé nutrition de l'INPES.

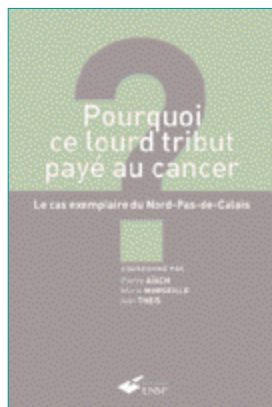
En présentant l'action des pouvoirs publics sur ces questions, des états généraux de l'alimentation au Programme national nutrition santé (PNNS), le rapport insiste en particulier sur le rôle de l'Éducation nationale dans l'éducation à l'alimentation. Il préconise aussi un accompagnement social des familles les plus démunies, dont les choix alimentaires sont fortement déterminés par les contraintes budgétaires. L'auteur précise le rôle des autres acteurs dans la mise en œuvre d'une éducation à l'alimentation : diététiciens, interprofessions du secteur alimentaire, etc. L'importance de l'information du consommateur est soulignée.

Les recommandations du rapport privilégient des initiatives coordonnées et des approches différenciées qui tiennent compte du fait que les pratiques alimentaires s'inscrivent dans un réseau de contraintes matérielles et de représentations sociales, et ne sont pas des choix individuels malléables à volonté.

Olivier Delmer

Paris : Conseil économique et social, 2004, 138 pages.

<http://www.ces.fr/rapport/doclon/04011901.PDF> [dernière visite le 04/01/05]



Pourquoi ce lourd tribut payé au cancer ?

Le cas exemplaire du Nord-Pas-de-Calais

Coordonné par Pierre Aiach, Marie Marseille, Ivan Theis

Mieux comprendre pour mieux agir sur la surmortalité liée pour l'essentiel au cancer en région Nord-Pas-de-Calais, tel était l'objectif de l'action réflexion/recherche « A10 » du Programme régional de santé (PRS) « Challenge » contre le cancer dans cette région. Fruit de cette recherche pluridisciplinaire, cet ouvrage réunit une vingtaine de contributions de chercheurs – sociologues, économistes, historiens, géographes ou anthropologues –, de médecins de santé publique, d'épidémiologistes ou d'oncologues, ou encore de professionnels de l'éducation pour la santé.

Fragilisée par le traumatisme psychologique, économique et social lié aux bouleversements industriels de ces dernières décennies, la population du Nord-Pas-de-Calais cumule les facteurs de risque environnementaux, sociaux, culturels ou comportementaux : consommation excessive d'alcool, tabagisme, alimentation, matières cancérigènes au travail et dans l'environnement, facteurs psychosociaux, dont l'implication dans le développement des

cancers est discutée dans plusieurs contributions. Les inégalités de santé, résultant des autres inégalités sociales, sont plus marquées pour le cancer que pour d'autres maladies, d'où en partie les indices qu'obtient la région, les plus mauvais de France métropolitaine en matière de mortalité liée aux cancers. Tout en soulevant les lacunes de connaissances sur certains aspects de cette situation inégalitaire, l'équipe qui a mené cette recherche propose l'hypothèse explicative de « processus cumulatifs et facteurs multiplicateurs » et indique des orientations méthodologiques pour mieux analyser les données disponibles. En proposant une lutte sur les fronts des stratégies éducatives, de contrôle des risques ou encore de soins, cette action « A10 » vient, au final, conforter l'approche globale, participative et solidaire du PRS et s'inscrit donc dans une stratégie de santé publique conforme à l'esprit de la charte d'Ottawa.

O. D.

Rennes : ENSP, 2004, 320 pages, 34 €.

Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires ?

Actes du colloque du 5 octobre 2004 organisé par l'association Sparadrap



Ce document rassemble les textes des dix-sept interventions au colloque, la synthèse des résultats de l'enquête nationale sur la place des parents à l'hôpital, réalisée à l'initiative de Sparadrap, ainsi que seize autres contributions. On trouvera parmi celles-ci des initiatives associatives ou mutualistes, des expériences de terrain – en particulier des démarches d'information de l'enfant à l'hôpital –, des enquêtes, des réflexions et des témoignages.

Paris : Sparadrap, 2004, 168 pages, 8 €.

En ligne : Téléchargeable à partir de la page :

http://www.sparadrap.org/asp/placeparents.asp?THE_Id=1&i_lang=1 [dernière visite le 20/01/05]

Sparadrap est une association de parents et de professionnels de la santé dont le but est d'aider les familles et les professionnels quand un enfant est malade ou hospitalisé. Elle agit depuis 1993 « pour que l'enfant comprenne sa maladie et ses traitements, pour qu'il bénéficie de soins adéquats, d'un environnement adapté, d'une meilleure prise en charge de la douleur et pour que soient respectés ses besoins affectifs et relationnels en dépit des contraintes de sa maladie ».

O. D.

Ces deux documents sont disponibles auprès de : Association Sparadrap – 48, rue de la Plaine 75020 Paris.

Tél. : 01 43 48 11 80 – Mèl : contact@sparadrap.org Commande en ligne possible sur le site <http://www.sparadrap.org>

Mes reins et moi. Des fiches pour parler de l'insuffisance rénale

Marie-Renée Mellat, Nicole Rosenfeld, Catherine Holzmann (coord.), Cédric Geay (illustr.)

Conçues au sein du service de néphrologie de l'hôpital d'enfants Armand-Trousseau, à Paris, avec l'aide de l'association Sparadrap, ces soixante fiches sont destinées à préparer les enfants à une transplantation rénale. Support au dialogue entre l'équipe soignante, l'enfant et les parents, elles sont séparées en deux parties : une partie des fiches donne des informations pédagogiques illustrées sur les reins, l'insuffisance rénale et la transplantation. Les autres fiches sont le support de jeux et tests permettant à l'équipe soignante d'évaluer les connaissances de l'enfant et de permettre un suivi personnalisé.



Paris : Sparadrap, 2004, 60 fiches dans une pochette : 18 €. 60 fiches + 1 protège-document : 25 €.

Nutrition, activité physique et sédentarité : **portrait des adolescents**

Le Baromètre santé nutrition publié en 2004 par l'INPES esquisse le portrait des adolescents de 12 à 17 ans en matière de comportements alimentaires et d'activité physique. Schématiquement, ils mangent peu de fruits et légumes et de poisson, sont consommateurs de céréales, gâteaux et boissons sucrées de type sodas. Ils sont proportionnellement plus nombreux que leurs aînés à faire du sport mais lorsqu'ils en font ne le pratiquent pas plus longtemps. Enfin, surprise, ils passent moins de temps devant le petit écran et les consoles d'ordinateur que les jeunes adultes (25-44 ans).

En 2001, le Programme national nutrition santé (PNNS) a été mis en place pour cinq ans (2001-2005), avec comme objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition. L'une des priorités de ce programme a été de diffuser un certain nombre de repères concrets pour une alimentation et une activité physique quotidiennes favorables à la santé. À partir des données du Baromètre santé nutrition 2002 (1), enquête nationale menée par l'INPES auprès de 3 153 personnes âgées de 12 à 75 ans, les comportements des jeunes en matière d'alimentation et d'activité physique sont ici analysés en fonction de ces repères¹ (2).

Les consommations alimentaires à la loupe

Premier constat, l'alimentation des jeunes se rapproche ou s'éloigne plus ou moins des recommandations alimentaires actuelles du PNNS selon les groupes alimentaires que l'on considère. Si leurs comportements sont plutôt favorables en ce qui concerne la consommation de céréales et féculents et d'aliments du groupe « viande – produits de la pêche – œufs », ils le sont moins au niveau de celle de fruits et légumes, de produits laitiers, de produits de type « snacks » et de certains produits gras ou sucrés (boissons comprises).

Les fruits et légumes sont le groupe alimentaire pour lequel la consommation des adolescents est la plus éloignée

des repères recommandés (au moins cinq fruits et légumes par jour). Si cette insuffisance est observée pour l'ensemble des Français, elle est plus marquée chez les jeunes que chez les adultes. Ils sont 2,8 % chez les 12-17 ans (*Figure 1*) et 3,5 % chez les 18-24 ans à manger des fruits ou légumes au moins cinq fois par jour (sans différence significative entre ces deux tranches d'âge) contre 16 % chez les 45-64 ans et 21,3 % chez les 65-75 ans. Si, sur l'ensemble des 12-75 ans, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à manger dans la journée le nombre de fruits et légumes recommandé, cette différence ne s'observe pas chez les 12-17 ans.

Les jeunes sont les plus nombreux à consommer trois fois par jour des produits laitiers (32,8 % des 12-17 ans et 30,3 % des 18-24 ans contre 24,3 % des 25-44 ans et 23,5 % des 45-64 ans). Ils sont néanmoins seulement près de la moitié (48,1 %) à en prendre trois ou quatre fois par jour, fréquence recommandée spécifiquement pour les adolescents. On peut souligner que les jeunes sont particulièrement de gros consommateurs de yaourts : 63,5 % chez les 12-17 ans et 56,2 % des 18-24 ans en ont pris au moins un la veille contre 51,1 % des 25-44 ans.

En ce qui concerne le groupe alimentaire viande – produits de la pêche – œufs, on n'observe pas de différence entre les jeunes et les adultes : environ quatre sur cinq ont mangé un aliment de ce groupe une ou deux fois la veille.

Si les jeunes sont aussi nombreux que les adultes à avoir consommé de la viande la veille, ils sont en revanche nettement moins nombreux (19,8 % chez les 12-17 ans contre 29,3 % chez les 25-44 ans et 44,1 % chez les 45-64 ans) à avoir mangé du poisson au moins deux fois dans la semaine, fréquence recommandée par le PNNS.

La consommation de céréales et féculents des jeunes apparaît, quant à elle, assez satisfaisante au vu des recommandations actuelles. Les adolescents sont, avec les plus âgés (65-75 ans), les plus nombreux à manger des céréales et féculents au moins trois fois par jour (81,8 % chez les 12-17 ans, *Figure 1*). Si le pain est plutôt une habitude des personnes les plus âgées, la consommation de céréales prêtes à consommer est typique des jeunes (les 12-17 ans sont 24,7 % à en consommer, proportion qui diminue de moitié chez les 18-24 ans (12,2 %) et n'excède pas 6,5 % à partir de 25 ans).

Plus d'un adolescent sur quatre (27,5 %) a mangé la veille un produit de type snack, pizza, tarte salée, hamburger. Cette proportion n'est pas significativement différente de celle des adultes de 18 à 24 ans et de 25 à 44 ans mais elle est plus élevée que celle des 45-64 ans (27,5 % contre 16,6 %).

Les 12-17 ans sont proportionnellement plus nombreux que les adultes de 25 ans et plus à consommer certains types de produits sucrés, les 18-24 ans

ayant des comportements similaires à ceux de leurs cadets. Ils sont ainsi plus nombreux à ces âges à manger du chocolat, des viennoiseries, des biscuits, et moins nombreux à prendre de la confiture. Il n'y a pas de différence significative avec les autres tranches d'âge pour les desserts lactés, les glaces, le sucre et les confiseries.

D'autres habitudes alimentaires peu favorables à la santé sont aussi plus fréquentes chez les jeunes. Les 12-17 ans ont ainsi, davantage que leurs aînés de 25 ans et plus, l'habitude de mettre sur la table du sel, de la mayonnaise et du ketchup. Pour ce dernier produit, ils surpassent aussi les 18-24 ans (39,2 % *versus* 25,5 %).

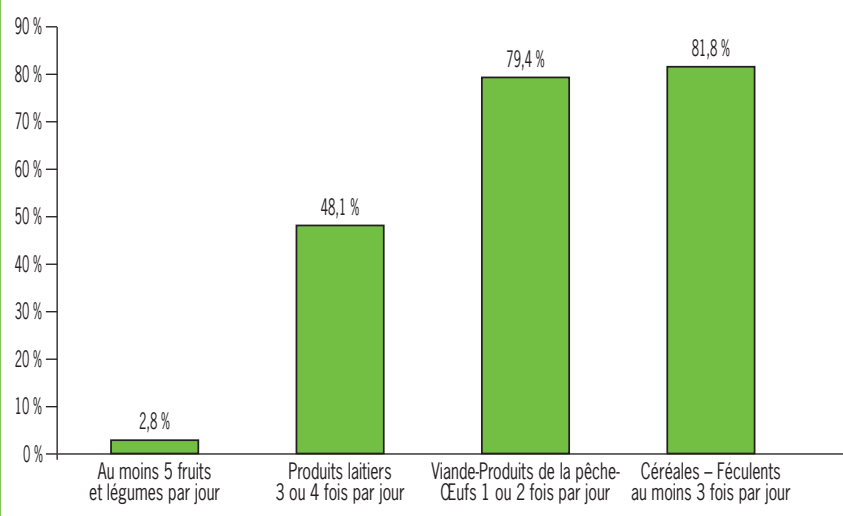
Ils sont également plus nombreux à consommer des boissons non alcoolisées, sirops et sodas, jus de fruits et boissons lactées. Les 12-17 ans sont de loin les plus gros consommateurs de boissons sucrées de type sirop et sodas : 38,1 % en ont pris la veille contre 21,4 % des 25-44 ans et 7,9 % des 45-64 ans. Ils sont aussi, avec les jeunes adultes de 18-24 ans, de plus grands consommateurs de jus de fruits : plus de la moitié en prennent au moins une fois dans la journée (55,2 % des 12-17 ans et 50,2 % des 18-24 ans, sans différence significative) contre 33,2 % des 25-44 ans et 26,4 % des 45-64 ans. Ils sont enfin les plus nombreux, en proportion, à avoir pris une boisson lactée la veille : 61,1 % contre 49,7 % des 18-24 ans et 35,9 % des 25-44 ans.

La consommation alimentaire des 12-17 ans est très peu différenciée par sexe. Parmi les aliments étudiés ci-dessus, les seules différences significatives concernent la consommation de chocolat et de « desserts et pâtisseries »² d'une part, produits sucrés davantage prisés par les garçons (42,5 % contre 27,2 % des filles ont pris du chocolat la veille et 36,9 % contre 21,3 % des filles ont pris un dessert ou une pâtisserie) et l'habitude de mettre du sel sur la table d'autre part, habitude davantage déclarée par les garçons (80,7 % contre 66,7 %).

Activité physique : le sport plus pratiqué par les jeunes que par les adultes

Les adolescents de 12 à 17 ans sont, en proportion, les plus nombreux à

Figure 1. Alimentation des jeunes de 12 à 17 ans relativement aux repères de consommation actuellement recommandés par le PNNS.



déclarer avoir pratiqué au moins un sport au cours des quinze derniers jours : c'est le cas de 93,8 % d'entre eux contre 71,7 % des 18-24 ans et de moins d'un adulte sur deux à partir de 25 ans. Cette prédominance des jeunes, tous scolarisés jusqu'à 16 ans, est très certainement liée à la pratique d'activité sportive dans le cadre de leur cursus scolaire.

La pratique d'un sport la veille, moins susceptible d'englober l'éducation physique et sportive pratiquée en milieu scolaire, est aussi plus courante dans cette population : elle concerne près de la moitié d'entre eux (48,0 % *versus* 25,9 % chez les 18-24 ans et 13,1 % chez les 25-44 ans).

Si la pratique d'un sport au cours des quinze derniers jours ne révèle pas de différence selon le sexe, le pourcentage de garçons âgés de 12 à 17 ans ayant fait du sport la veille est significativement supérieur à celui des filles (55,8 % *versus* 39,8 %) (Figure 2).

Le temps moyen passé à faire du sport la veille de l'interview n'est pas significativement différent chez les 12-17 ans (1 h 52 min) et chez les adultes de moins de 65 ans.

Trois adolescents sur cinq (59,0 %) ont déclaré avoir marché au moins trente minutes la veille de l'interview, sans différence significative ni selon le sexe, ni avec les autres tranches d'âge étudiées.

Figure 2. Pourcentage d'individus ayant pratiqué un sport la veille, selon l'âge et le sexe.

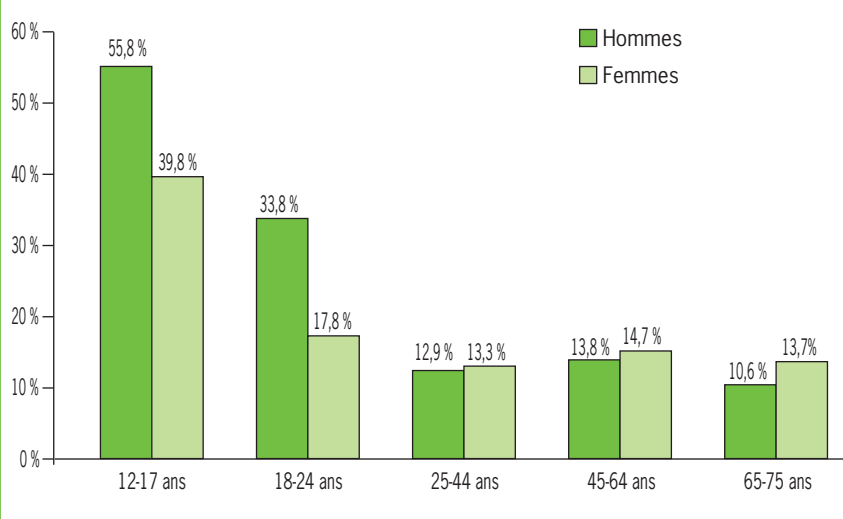
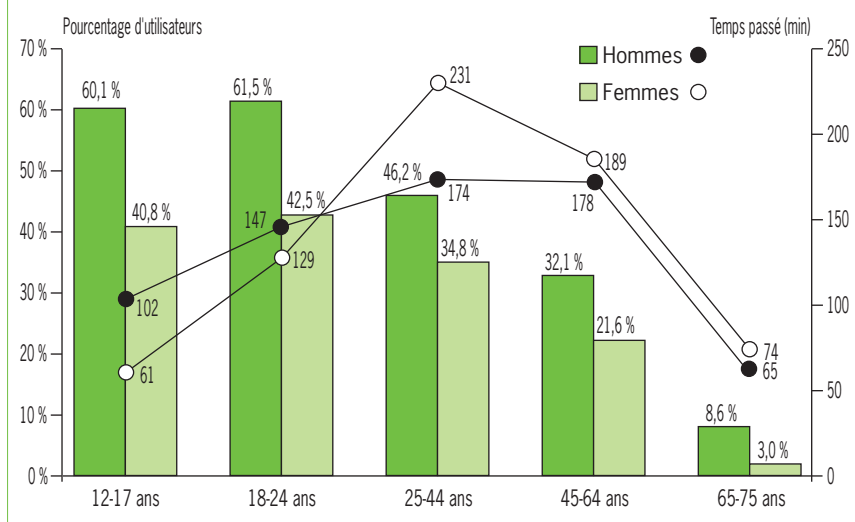


Figure 3. Pourcentage d'individus ayant utilisé un ordinateur ou une console de jeux la veille et durée moyenne passée devant, selon l'âge et le sexe.



Télévision, ordinateur ou console de jeux au menu

La sédentarité, appréhendée dans le Baromètre santé nutrition par le temps passé devant un écran (télévision, ordinateur, console de jeux) n'est pas spécifiquement le fait des jeunes. Chez les 12-17 ans, 87,3 % des individus déclarent avoir regardé la télévision la veille sans différence significative ni selon le sexe, ni avec les autres tranches d'âge considérées chez les adultes de moins de 65 ans. Les jeunes passent moins de temps que les adultes devant le petit écran (1 h 47 min chez les 12-17 ans contre 2 h 14 min chez les 25-44 ans, 1 h 10 min chez les 45-64 ans et 2 h 32 min chez les 65-75 ans). L'utilisation d'un ordinateur ou d'une console est en revanche plus fréquente chez les jeunes de 12 à 24 ans que chez les adultes : plus de la moitié d'entre eux en ont utilisé un la veille (50,7 % des 12-17 ans et 52,1 % des 18-24 ans, sans différence significative) contre 40,5 % des adultes de 25 à 44 ans. Néanmoins, les 12-17 ans passent moins de temps devant ces machines que les adultes (1 h 26 min *versus* 2 h 19 min pour les 18-24 ans et 3 h 19 min chez les 25-44 ans) (Figure 3).

Au final, ces résultats permettent, d'une part, de relativiser certaines idées préconçues sur les comportements des adolescents en matière d'alimentation et de sédentarité et, d'autre part, d'apporter un certain nombre d'indications sur les points à améliorer dans le cadre

de l'éducation pour la santé. En particulier, la consommation de fruits et légumes et, dans une moindre mesure, celle de produits laitiers, sont à promouvoir alors que celle de produits et boissons sucrées, snacks, mayonnaise et ketchup est à limiter.

Hélène Perrin-Escalon

Coordinatrice du Baromètre santé nutrition, INPES.

1. À l'exception des résultats sur les produits de type snacks, les produits sucrés et les habitudes alimentaires qui ne correspondent pas strictement à des repères du PNNS.

2. Sont inclus ici les gâteaux du type gâteau de Savoie, gâteau au chocolat, gâteau de pâtisserie, beignets, crêpes sucrées, pâtisseries orientales et les desserts du type poire Belle-Hélène, profiterolles, mousse au chocolat.

► Références bibliographiques

- (1) Guillbert P., Perrin-Escalon H. (sous la dir.). *Baromètre santé nutrition 2002*. St-Denis : INPES, coll. Baromètres, 2004 : 259 p.
- (2) Ces résultats ont déjà fait l'objet d'une publication sur la santé des adolescents : INPES, Inserm, Drees, Irdes. *La santé des adolescents*. Études et Résultats n° 322, 2004 : 12 p.

Education Santé

sommaire

n°195 - novembre 2004

Initiatives

Carie-Cola s'invite dans les écoles primaires
par Michel Devries

Strasbourg : un colloque pour améliorer l'alimentation à l'école et les choix des enfants et des jeunes
par Cristine Deliens

La prévention des traumatismes par arme à feu
par Martine Bantuelle et Marie-Christine Van Bastelaer

Réflexion

De l'éducation pour la santé à la promotion de la santé
par Samantha Crunelle

Stratégie

Catherine Fonck, une main de fer dans un gant de velours
par Myriam Marchand

Le deuxième programme quinquennal 2004-2008
par Christian De Bock

Matériel

Danse avec les poux la suite
par Christophe Ruau et Alain Cherbonnier

Données

Bien-être et perception de la santé par les jeunes en âge scolaire
par Carine Maillard

Brèves

Éducation Santé est un mensuel, réalisé avec l'aide de la Communauté française de Belgique - Département de la santé. Pour recevoir un exemplaire de ce numéro : education.sante@mc.be. L'abonnement est gratuit en Belgique. Pour l'étranger, le choix est laissé entre un abonnement pour un an (10 numéros) à 25 €, un abonnement pour deux ans (20 numéros) à 45 € ou un abonnement pour trois ans (30 numéros) à 60 €. Nos références bancaires : Banque BACOB, rue de Trèves 25, B-1040 Bruxelles, Belgique. Compte 799-5524509-70 d'Infor Santé, chaussée de Haecht 579, 1031 Bruxelles, Belgique. RIB BACBBEBB. Code IBAN BE 60 7995 5245 0970. Pour s'abonner en ligne ou consulter les articles parus dans la revue : <http://www.educationsante.be>

**Avant de vous lancer
faites régler vos fixations
par des professionnels !**

