

DOSSIER 65

Santé : des enquêtes à la prévention

P6 Prévention du
tabac : **l'Afrique
se mobilise**

P47 Asthme
et comportements
de santé

P48 À l'hôpital
Pompidou,
un droit de regard
pour les usagers



Vous travaillez dans les secteurs de l'éducation, de la santé ou du social ?

LA Santé de l'homme



Un outil de travail et de réflexion pour les acteurs de l'éducation pour la santé.

Avec six numéros par an, *La Santé de l'homme* vous permet de :

- suivre l'actualité de l'éducation pour la santé
- actualiser vos connaissances
- éclairer les pratiques et les méthodes d'intervention



Je souhaite m'abonner au tarif :

- France métropolitaine 1 an (6 numéros) **28 €**
- France métropolitaine 2 ans (12 numéros) **48 €**
- Étudiants 1 an (6 numéros) **19 €**
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros) **38 €**

• Soit un montant de €

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

- Pratiques créatives, N° 344.
- Regards sur les dépendances, N° 347.
- De l'hygiène à la santé, N° 349.
- Handicaps : éduquer notre regard, N° 350.
- La démarche communautaire : un état d'esprit, N° 351.
- Jeunes et communication, N° 352.
- Les métiers de l'éducation pour la santé, N° 353.
- Sport et loisirs : prévenir les accidents, N° 354.
- Santé et travail, N° 355.
- Éducation à la sexualité, N° 356.

• Soit un montant total de €

Ci-joint mon règlement par chèque bancaire chèque postal à l'ordre de l'INPES. Veuillez me faire parvenir une facture

Nom

Prénom

Organisme

Fonction

Adresse

Date et signature :

- 4 Éditorial**
Recherche en éducation pour la santé : vers un langage commun entre chercheurs et acteurs de terrain
Christine Ferron
- 6 International**
Prévention du tabac : comment l'Afrique se mobilise
Sylviane Ratte

Dossier : P. 11 à 46

Santé : des enquêtes à la prévention

- Introduction**
Pierre Arwidson 12
- Données statistiques et prévention : un lien à renforcer**
- Enquêtes sur la santé : leur utilité, leurs limites**
Mireille Elbaum 13
- Haut Comité de la santé publique : de l'état des lieux aux recommandations**
Roland Sambuc 15
- Les données de santé, orphelines du social et de l'environnement**
Laurent Chambaud 18
- Enquêtes de population : le Baromètre santé, un outil pour la prévention ?**
- Baromètres santé : une description des comportements**
Philippe Guilbert 20
- Des enquêtes pour comprendre et agir**
François Baudier 23
- Un Baromètre ne fait pas le printemps**
Christine Ferron 26
- Comment les enquêtes scientifiques nourrissent la promotion de la santé**
- Usage des drogues : croiser les sources d'information**
François Beck 31
- Décrypter les comportements pour construire la prévention**
Dominique Vuillaume 33
- Jeunes : des enquêtes aux actions d'éducation pour la santé**
Hélène Perrin 35
- Nutrition : un plan de prévention fondé sur les données de santé**
Corinne Delamaire, Philippe Guilbert, Claude Michaud 37
- L'impact des données de santé sur la prévention : témoignages d'acteurs de terrain**
- Construire la prévention à partir des données locales de santé : l'exemple de la Picardie**
Alain Trugeon, Philippe Lorenzo 39
- Claude Michaud : « Nous manquons d'enquêtes qualitatives pour notre travail de prévention »**
Propos recueillis par Yves Géry 42
- Claude Bouchet : « Compléter la collecte des données de santé par l'observation de terrain »**
Propos recueillis par Y. G. 43
- Pour en savoir plus** 45

- 47 La santé en chiffres**
Asthme, comportements de santé et perception de l'environnement
Christophe Léon, Hélène Perrin
- 48 Éducation du patient**
L'hôpital européen Georges-Pompidou propose un « devoir d'ingérence » à ses usagers
Jean Wils
- 52 Lectures - outils**
Sandra Kerzanet et Anne Sizaret

Recherche en éducation pour commun entre chercheurs et

La recherche en éducation pour la santé présente la particularité de devoir satisfaire à une double exigence : celle de la recherche et celle de l'éducation pour la santé. En effet, la recherche en éducation pour la santé est soumise aux mêmes contraintes que toute recherche digne de ce nom, c'est-à-dire qu'elle se doit d'adopter une démarche méthodologique rigoureuse, fondée sur une veille documentaire adéquate,

« Nous avons besoin d'études et de recherches conduisant à la formulation – en termes clairs – de recommandations de bonnes pratiques susceptibles d'aider les professionnels de terrain. »

une revue de la littérature concernant précisément l'objet de la recherche, la définition de questions de recherche pertinentes, la mise en œuvre d'un protocole adapté et une discussion des résultats basée sur la confrontation d'arguments scientifiques.

Mais la recherche en éducation pour la santé présente aussi un certain nombre de particularités liées à son objet. Comme l'éducation pour la santé se réfé-

rant à la promotion de la santé, la recherche dans ce champ doit être menée en favorisant la participation des personnes concernées, de l'élaboration des objectifs à l'interprétation des résultats, en passant par la définition des méthodes d'investigation les plus appropriées.

C'est le cas de la plupart des protocoles de recherches-actions, où un véritable partenariat est institué entre les chercheurs et les personnes étudiées. Par exemple, l'une de ces recherches¹ a permis de modifier les pratiques au sein d'un service de pédiatrie quant à l'implication des parents dans le processus de soins. Au départ, cette possibilité était jugée peu réaliste par l'équipe soignante : manque de temps, manque d'espace, manque de moyens, etc. L'analyse collective des représentations liées à la perspective d'un partenariat accru avec les parents a mis en évidence le fait que les obstacles avancés pouvaient être levés et que ce partenariat pouvait au contraire se traduire par un gain de temps et un accroissement de satisfaction chez les diffé-

rents acteurs. C'est le cas également de certaines enquêtes, menées notamment en Suisse dans des populations d'adolescents². La participation de ces derniers à la définition des objectifs des enquêtes, à l'élaboration des outils de recueil des données et à l'analyse des données recueillies, a été jugée très profitable à plusieurs titres : renforcement de la qualité et de la validité des recherches, meilleure adhésion de la population concernée au déroulement de l'enquête, accessibilité et acceptabilité accrues des questionnaires, amélioration de l'adéquation entre besoins de la population et effets à long terme de l'enquête, etc. Les réalisateurs de ces études soulignent que plusieurs conditions sont à réunir pour assurer le succès de ce type de démarche : utilisation d'un langage simple et non technique, mise en place de techniques de communication et de travail participatives (comme les « focus-groups » ou la recherche narrative), partage clair des rôles et des responsabilités, etc.

Dans l'exploration des déterminants de la santé, la recherche doit s'intéresser aussi bien aux comportements de santé individuels qu'aux déterminants économiques, sociaux et culturels de la santé. Elle se doit d'explorer non seulement les facteurs de risque et les comportements définis comme défavorables à la santé, mais aussi les facteurs de protection et les comportements favorables à la santé. Elle doit avoir le souci de contribuer à réduire les inégalités sociales et elle ne doit pas esquiver les questions éthiques soulevées par sa mise en œuvre et l'exploitation ultérieure de ses résultats. Dans la diffusion de ses découvertes, elle ne doit oublier ni les populations sur lesquelles ont porté les études, ni les acteurs de terrain susceptibles de mettre en application ses conclusions, ni les décideurs qui en feront un usage politique. Enfin, tout comme l'éducation pour la santé de qualité, la recherche en éducation pour la santé doit pouvoir s'inscrire dans la durée, et donc dans une continuité de ses orientations et de ses moyens.

la santé : vers un langage acteurs de terrain

Comme le soulignait le Professeur Don Nutbeam lors d'une intervention à la Conférence mondiale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé de 2001 à Paris, nous avons moins besoin aujourd'hui d'une recherche démontrant que les inégalités sociales génèrent des inégalités de santé, que de recherches qui nous aident à élaborer, évaluer, valider des méthodologies d'actions efficaces pour lutter contre ces inégalités. Nous avons besoin d'études et de recherches conduisant à la formulation – en termes clairs – de recommandations de bonnes pratiques susceptibles d'aider les professionnels de terrain à accroître leurs chances d'atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés, et de fournir aux décideurs des grilles de critères de qualité qui les guident dans la définition des orientations stratégiques des programmes ainsi que dans la sélection des organismes et des actions dignes d'être soutenus financièrement.

Pour présenter un niveau maximum d'efficacité et d'utilité sociale, la recherche en éducation pour la santé doit s'attacher à faire le lien entre des constats chiffrés et la définition de modalités d'interventions. Elle doit également se donner pour finalité de faire connaître très largement ses conclusions.

Cette communication des chercheurs vers les professionnels de terrain et les décideurs est nécessaire mais elle n'est absolument pas suffisante. Pour qu'elle prenne tout son sens, la recherche en éducation pour la santé doit s'ancrer dans une véritable collaboration entre les différentes catégories de professionnels, au cours de laquelle, sans confusion des rôles, s'échangeraient des préoccupations et des interrogations. Aux compétences et aux convictions des acteurs de terrain répondraient ainsi, de façon constructive, le savoir-faire et le regard distancié des chercheurs sur les objets d'étude propres à l'éducation pour la santé.

La recherche en éducation pour la santé doit être le fruit d'une culture partagée pour répon-

dre à une triple finalité : répondre aux exigences des décideurs, satisfaire les attentes des acteurs de terrain, être respectueuse des besoins véritables des individus et des communautés. Concrètement, cela signifie organiser des formations, élaborer des référentiels de bonnes pratiques, et créer des espaces de débats. Ces trois derniers axes de travail sont actuellement au cœur des actions et des réflexions conduites par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). En témoigne l'organisation, le 4 décembre 2003, d'une journée scientifique sur le thème de l'« efficacité de la promotion de la santé » ; au cours de cette journée, de nombreux échanges sont prévus sur les questions de l'évaluation ou de l'examen des résultats en promotion de la santé.

Mais les activités menées au niveau national ne sauraient suffire à satisfaire tous les besoins identifiés. Les acteurs de terrain ont ici un rôle primordial à jouer, en faisant mieux connaître leurs actions, surtout les plus innovantes, et en diffusant les résultats de leurs évaluations. Outre la participation aux trois axes de travail cités ci-dessus, les pages de *La Santé de l'homme* vous sont largement ouvertes. À vous de nous faire partager vos expériences, vos découvertes et vos projets.

« Dans l'exploration des déterminants de la santé, la recherche doit s'intéresser aussi bien aux comportements de santé individuels, qu'aux déterminants économiques, sociaux et culturels de la santé. Elle se doit d'explorer non seulement les facteurs de risque et les comportements définis comme défavorables à la santé, mais aussi les facteurs de protection et les comportements favorables à la santé. »

Christine Ferron,
Directrice adjointe,
direction des Affaires scientifiques, INPES.

1. Claude Renard, RESO-Université Catholique de Louvain.
2. Équipe de Pierre-André Michaud, Unité multidisciplinaire de santé des adolescents, Lausanne.

Prévention du tabac : comment l'Afrique se mobilise

En cinq ans, la consommation de tabac a augmenté d'un tiers en Afrique (1), soit la plus forte augmentation dans le monde. Face à ce péril sanitaire, les actions de prévention restent limitées. Mais les associations ont obtenu en justice les premières condamnations des fabricants de tabac.

Faute de données fiables disponibles, il est difficile de dresser un constat précis de la consommation de tabac dans les pays d'Afrique francophone. En 1997, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait que 29 % des hommes de plus de 15 ans et 4 % des femmes du même âge fumaient en Afrique (2).

Globalement, la prévalence du tabagisme dans les pays d'Afrique francophone semble peu élevée comparée à celle des pays industrialisés, ce qui s'explique par une faible prévalence chez les

femmes et les jeunes filles. Ainsi, au Burkina, en 1998, 43,6 % des jeunes adultes garçons se déclaraient fumeurs (1), contre 3,9 % des femmes du même âge. Au Mali, en 2001 (1), 44,9 % des collégiens âgés de 13-15 ans déclaraient être fumeurs, ce taux tombant à 12,6 % pour les filles du même âge.

Toutefois, l'évolution des dernières années et les prévisions d'expansion de l'industrie du tabac fournissent matière à s'alarmer. Dans un rapport collectif (1), l'OMS, l'Union internationale contre le cancer et la Société du cancer américaine

estiment que, concernant la région Afrique, la consommation du tabac entre 1995 et 2000 a augmenté de 38,4 %, la progression la plus rapide au monde. Les projections de l'industrie du tabac à l'horizon 2008 confirment cette tendance, soit une progression attendue de 16,1 % pour l'Afrique, mais aussi le Moyen-Orient (3), contre une diminution de 8 % dans les pays de l'Europe de l'Ouest.

Une visite dans des pays comme le Bénin permet de constater à quel point l'industrie du tabac est omniprésente, affichant des images de luxe (images de kiosques, publicités, *sponsoring* d'événements), totalement en décalage par rapport aux conditions de vie difficiles des populations locales. Pour l'industrie du tabac, les marchés de l'avenir sont dans les pays en développement ; les cigarettiers tentent d'imposer à une Afrique déjà accablée un produit mortel dont elle n'a certainement pas besoin, en utilisant les mêmes stratégies employées, il y a trente ans, dans les pays industrialisés.

Recours à la justice : une recommandation OMS

Si l'on concentre l'analyse sur les pays francophones, les contextes culturels, socio-économiques dans lesquels s'inscrit le problème du tabagisme sont extrêmement variés. Ainsi, dans certains pays comme le Tchad, les dispositifs de prévention sont pratiquement inexistant, hormis les efforts isolés de quelques organisations non gouvernementales (ONG), comme l'Association

fabricants ou distributeurs : Sodeni, qui représente Philip Morris, TMC (pour British American Tobacco, BAT), Sitab-Niger (pour Imperial Tobacco), la Snir (pour Melfinco), Kora (représentant la Bulgare Tobacco Holding, BTH).

Par cette action, SOS Tabagisme Niger demandait à la justice de faire cesser toute publicité pour des cigarettes et de condamner les fabricants à d'importantes réparations financières.

tchadienne de défense des droits des consommateurs. D'autres États sont plus avancés, tant dans la prévention que sur la législation antitabac ; pour l'interdiction de la publicité, certains pays africains sont même plus « progressistes » que certains pays industrialisés, comme l'Allemagne ou la Grèce.

Globalement, deux pays – le Mali et le Niger – se distinguent particulièrement. Et ce, grâce au travail des associations SOS Tabagisme Mali et SOS Tabagisme Niger, qui se mobilisent depuis quelques années pour obtenir la condamnation en justice des pratiques des cigaretteurs. Le Mali a ainsi été le premier État africain à utiliser les actions en justice comme outil de prévention du tabagisme, une pratique recommandée par l'OMS (4). Saisi par SOS Tabagisme Mali, le tribunal de grande instance de Bamako a, le 27 janvier 2000, rendu la première décision défavorable aux fabricants en Afrique francophone. Les juges, se prononçant en référé par une ordonnance (n° 22/PT-B du 27 janvier 2000), ont décidé d'interrompre une importante manifestation publicitaire organisée à l'intention des jeunes, en plein centre de Bamako par la firme Tobacco International Exporters, promotrice de la marque de cigarette Craven « A ». L'association a notamment réussi à faire annuler un grand concert public organisé sur la place de l'Indépendance, à Bamako, destiné aux jeunes à l'occasion de la Coupe d'Afrique de football qui se déroulait au Nigeria. Au-delà du *sponsoring* des

artistes, tous les ingrédients tels que la distribution de gadgets, de cigarettes, les jeux-concours étaient réunis pour atteindre les jeunes. Selon maître Mahamane Cissé, président de l'association SOS Tabagisme Mali, ce type de décision « devrait faire jurisprudence pour tous les collègues africains, afin qu'ils puissent se battre contre ces campagnes outrancières qui poussent nos populations à consommer un produit qui tue ».

Niger : contrer le lobbying des fabricants

Autre pays francophone en avance : le Niger. SOS Tabagisme Niger privilégie la même approche « judiciaire » que son homologue malien : face au non-respect par les firmes du tabac de la réglementation et compte tenu de leur puissance politique et financière, cette association estime que seules des actions en justice vigoureuses peuvent influencer sur le comportement des fabricants.

Au Niger, un arrêté de 1992 réglemente la publicité pour les produits du tabac. Il stipule l'interdiction de la publicité des tabacs et des cigarettes sur tous les supports de communication de masse, tels que la radio, la télévision, les journaux et sur les panneaux et affiches publics.

Or cette législation n'est pas respectée. L'association SOS Tabagisme Niger se fonde sur cet arrêté gouvernemental (n° 42/MTC/SEC/CC du 6 octobre 1992), a engagé en 2000 des poursuites judiciaires à l'encontre de cinq

OMS : une convention-cadre pour la lutte antitabac

En réaction aux pratiques de l'industrie du tabac et afin de rechercher des solutions globales à un problème qui ignore les frontières nationales et touche toutes les cultures, les sociétés et les catégories socio-économiques, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a lancé, en 1999, un processus de négociations multilatérales pour une convention-cadre de lutte contre le tabac. En mai 2003, à l'issue de longues années de négociations, les 192 États-membres de l'OMS ont adopté à l'unanimité ce premier traité historique international de lutte contre le tabac. À l'automne 2003, 53 pays avaient signé le traité et s'approprièrent à le ratifier. Tout au long des six sessions de ces négociations, l'Afrique et les pays en développement – représentés par les délégations officielles et par les ONG regroupées dans une alliance mondiale pour la convention-cadre (FCA) – ont réitéré leur demande de faire primer la santé sur des considérations économiques et de profits.

Concrètement, ce traité prévoit l'adoption par les pays signataires de cadres nationaux réglementaires qui comprennent l'ensemble des mesures dont l'efficacité a été démontrée : hausse des prix, interdiction complète de toute publicité, avertissements sanitaires clairs et percutants, interdiction de fumer dans les lieux publics, réglementation des ingrédients, déclaration obligatoire, meilleure traçabilité des produits du tabac pour lutter contre la contrebande, information et éducation du public. La convention encourage également la mise en commun et le transfert des connaissances et de l'expertise technique, le développement des solidarités Nord/Sud. L'impact de ces différentes initiatives doit faire l'objet d'un suivi régulier.

Une réglementation... proposée par les cigarettiers

Face à cette action en justice, les fabricants ont tenté de gagner du temps en faisant reporter le procès à maintes reprises pour divers motifs et en cherchant d'autres moyens pour échapper à l'application de la loi. Ils ont déployé un intense lobbying auprès du gouvernement du Niger, soutenant l'élaboration d'un nouvel arrêté qui leur soit plus favorable. Ainsi, quelques jours avant le procès prévu pour le 12 juin 2002, le ministère du Commerce du Niger a, par courrier, convié le président de l'organisation SOS Tabagisme Niger à une réunion dite « de concertation sur la publicité des cigarettes ». À cette correspondance, était joint un document intitulé « code de réglementation de la publicité des cigarettes au Niger ».

Ce document contenait des passages édifiants : il est convenu qu'il y a « *controverse quant aux effets du tabac sur la santé* », et que « *fumer est une habitude d'adulte* ». Les responsables de l'association se sont rendus à la réunion,

à laquelle assistaient également les représentants du ministère de la Justice, des responsables des firmes du tabac et des associations de consommateurs du Niger. Cette réunion a permis de découvrir que le fameux code de réglementation n'était autre qu'un document préparé par les firmes du tabac, notamment la British American Tobacco (BAT), et proposé pour servir de base de discussion pouvant aboutir à un nouvel arrêté, plus souple et favorable aux fabricants de tabac.

Les participants à cette rencontre, notamment SOS Tabagisme Niger, le ministère de la Santé et l'organisation des consommateurs, ont rejeté cette proposition. Depuis, malgré la mobilisation de SOS Tabagisme Niger, les avocats des firmes du tabac ont obtenu à plusieurs reprises le report de ce procès, lequel n'a toujours pas eu lieu à l'automne 2003.

Ce dossier judiciaire en cours au Niger intervient après un succès engrangé par SOS Tabagisme Niger : en décembre 2002, cette association dépo-

sait de nouveau plainte devant le tribunal de Niamey contre la compagnie de tabac Sitab. Cette société de promotion de cigarettes organisait et sponsorisait un concert géant avec le très populaire musicien ivoirien de reggae Alpha Blondy. Avant le concert, une vaste campagne de promotion de la marque de cigarettes Fine avait été organisée à Niamey. La campagne d'affichage était accompagnée d'un spot publicitaire radio et télévision, lequel avait pour slogan « Fine et le rythme est en toi ». Il s'agissait donc d'actions d'encouragement à la consommation d'une marque, en directe violation de l'arrêté n° 42/MCT/SEC/CC du 6 octobre 1992.

En dépit des tentatives de l'avocat du cigarettier pour déclarer la demande irrecevable, arguant notamment du manque de preuves concernant l'effet de la publicité sur la consommation, le tribunal a ordonné à la société Sitab le retrait immédiat du slogan du spot publicitaire, sous astreinte de 200 000 FCFA par jour de retard à compter de la décision.

Ce jugement constitue un tournant. Selon le responsable de l'association, M. Saouna, « *il y a quelques années, la question du tabac n'était pas à l'ordre du jour au Niger. Les firmes opéraient sur le terrain comme elles le voulaient. Aujourd'hui, c'est moins le cas* ». Depuis le déclenchement des actions en justice, les cigarettiers savent qu'ils sont observés et les manifestations de promotion de cigarettes au grand jour se font plus rares. Exemple : à Niamey, la Sodeni a retiré toutes ses enseignes publicitaires (marques Bond ou Marlboro).

Fabricants : cigarettes et stylos gratuits

Outre les actions judiciaires, la société civile, des associations et certains gouvernements africains se mobilisent en organisant des actions d'éducation pour la santé, d'information du grand public, et des programmes expérimentaux.

Ainsi, au Cameroun, le Mouvement national des consommateurs (MNC) a créé des « clubs antitabac » au sein des universités, lycées et collèges de la ville de Yaoundé ; le mouvement diffuse les

informations diffusées par l'OMS lors des Journées mondiales contre le tabac ; il travaille en partenariat avec quelques praticiens pour la mise en place à Yaoundé d'un centre de sevrage et d'arrêt du tabac. Au-delà de la prévention, le MNC se mobilise aussi sur des projets de reconversion de la culture du tabac.

En Mauritanie, le réseau Romatabac (contre le tabagisme) organise des séances éducatives pour les femmes sur le tabagisme, dans le cadre d'ateliers de santé. Ce même réseau met sur

Observatoire du tabac en Afrique francophone : un réseau contre le tabagisme

En décembre 2001, à Bamako, neuf représentants de pays africains (Algérie, Burkina, Guinée, Niger, Tchad, Togo, Sénégal, Cameroun, Mali) se réunissaient avec des membres de la Ligue nationale contre le cancer, l'Union internationale contre le cancer (UICC) et d'autres acteurs pour lancer l'Observatoire du tabac en Afrique francophone (Otaf). Un an plus tard, en décembre 2002, l'Otaf était officiellement créé à Niamey. Indépendant, l'Otaf est le seul organe de surveillance de « l'épidémie » du tabac et des pratiques des fabricants en Afrique francophone. Ses missions : recueillir, traiter et diffuser des informations scientifiques de qualité sur tous les aspects du tabac afin de susciter et soutenir des actions de santé publique. Son ambition : devenir un centre de référence et d'information, en particulier sur les mesures les plus efficaces pour lutter contre le tabac. Cet organisme va promouvoir les actions de protection de la santé des jeunes et des non-fumeurs, d'information sur les méfaits du tabac et des pratiques de l'industrie du tabac.

L'Otaf bénéficie d'un appui financier de la Ligue nationale contre le cancer (France) dans le cadre du programme international COPEs, de l'Union internationale contre le cancer, un soutien non négligeable mais largement insuffisant au regard de la mission à accomplir. D'ores et déjà, l'Observatoire sert de point de référence aux initiatives antitabac prises en Afrique francophone et a participé largement aux négociations de la convention-cadre de l'OMS. En outre, son site internet – en développement – rendra accessible le premier recueil de données réalisé dans la région sur différents aspects du tabac (législation, économie, culture, industrie, publicité, épidémiologie, taxation, etc.) ; il présen-

tera les actions menées dans les différents pays, dont une expérience d'accompagnement d'arrêt au tabac mise en œuvre à Sétif (Algérie), action qui a fait l'objet d'une évaluation.

Pays francophones : des efforts concertés

Parallèlement à la création de ce réseau, la première Conférence internationale francophone sur le contrôle du tabac (Cifcot) s'est tenue à Montréal, en septembre 2002. Ce colloque a souligné la nécessité de créer un véritable réseau d'intervenants sur le tabagisme et d'installer des collaborations Nord/Sud. Plusieurs types d'actions ont été classées prioritaires : échange d'expériences sur les pratiques législatives, lobbying concerté pour l'adoption de ces législations, intervention et formation par des experts, échanges de documents internes sur les comportements de l'industrie du tabac, évaluation comparée des actions, traduction et aide à l'accès à des informations uniquement disponibles en anglais, rédaction de manuels et de guides pédagogiques.

Le Dr Marcel Boulanger, président du conseil québécois sur le tabac et la santé et président du comité scientifique de cette conférence, a ainsi résumé les enjeux auxquels est confronté le continent africain : « *Voyant sa bonne étoile faiblir considérablement dans les pays industrialisés, le cartel de la nicotine dirige ses efforts vers les pays en développement pour assurer son avenir. Il faut bien admettre l'évidence : le problème est planétaire !* ». Et cet expert de poursuivre : « *nous avons réuni les francophones de la planète parce que nous voulons nous concerter pour munir la collectivité francophone de moyens d'action efficaces dans sa lutte contre le taba-*

gisme ». Une seconde conférence internationale est prévue en 2005 à Paris.

Enfin, autre initiative qui témoigne de cette mobilisation naissante, l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (Uipes), basée en France et dont l'INPES fait partie, a organisé en novembre 2002 (1), à Cotonou (Bénin) un séminaire pour les professionnels de la promotion de la santé et les professionnels médias afin de mettre en commun leurs expériences et développer des synergies entre les acteurs des deux professions. Ce projet était notamment cofinancé par l'OMS, les Centres for Disease Control (CDC), RFI et Syfia international. Les deux jours de travail en ateliers ont permis de dégager le programme d'actions suivant : formation des journalistes et des professionnels de la promotion de la santé sur les divers volets de la lutte contre le tabagisme, enquêtes d'investigation permettant la rédaction d'articles, traduction en français d'ouvrages importants pour la lutte contre le tabagisme disponibles uniquement en anglais, développement d'indicateurs et analyses des besoins des pays afin d'assurer leur capacité à mettre en place des programmes complets de lutte contre le tabagisme. À noter que ces objectifs sont en accord avec les conclusions et recommandations de la première Conférence internationale francophone sur le contrôle du tabac.

(1) En partenariat avec l'OMS (OMS Afro et TFI Genève), les Centres for Disease Control (CDC) aux États-Unis, l'Union internationale contre le cancer (UICC), la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, SOS Tabagisme Mali, La Ligue nationale contre le cancer (LNNC), l'Observatoire du tabac en Afrique francophone (Otaf), Radio France internationale (RFI).

pied des débats animés par les responsables des programmes de santé à la télévision et à la radio, mène des activités d'information et de sensibilisation dans les quartiers populaires (caravanes, meetings, podiums pour les jeunes, etc.) ; à ces occasions, des banderoles, des affiches, des tee-shirts, des autocollants sont distribués au public. L'association organise, par ailleurs, des matchs de foot, des soirées artistiques et des spectacles de théâtre.

Au niveau des quartiers, les ONG nationales et internationales, les scouts et les personnels de santé regroupés dans ce même réseau planifient des meetings d'information et de sensibilisation en collaboration avec les autorités administratives et les élus locaux. Des enquêtes sur la prévalence sont mises en place en milieu scolaire.

Selon l'une des organisatrices de la lutte contre le tabac « *c'est une goutte d'eau par rapport aux actions menées pendant toute l'année par les compagnies de tabac en Mauritanie* », notamment la sponsoring des matchs de football, les soirées artistiques internationales avec les vedettes sénégalaises de la musique de passage dans le pays, les tournées dans les quartiers de Nouakchott et à l'intérieur du pays, l'installation d'affiches et des pancartes géantes le long des rues et des panneaux lumineux à l'entrée des magasins et des boutiques.

Recruter de nouveaux fumeurs

Les fabricants ont également beaucoup investi dans l'affichage, l'organisation des podiums pour les jeunes afin de recruter de nouveaux fumeurs parmi les adolescents, la distribution gratuite de paquets de cigarettes de petit format, de gadgets de toutes sortes (stylos, briquets, casquettes, tee-shirts, porte-clés, sachets, cartables, trousse d'écolier, etc.). « *Les compagnies ne lésinent pas sur les moyens pour progresser sur un terrain favorable, en l'absence de législation/réglementation anti-tabac et compte tenu des profits générés pour les importateurs, vendeurs et revendeurs* » poursuit cette organisatrice de la lutte contre le tabagisme.

Au Tchad, les actions des associations de lutte contre le tabagisme ont concouru à la mise en place d'un cadre législatif, avec l'obligation pour les firmes

de tabac de porter les inscriptions sur la santé du consommateur sur les paquets de cigarettes, conformément à l'arrêté interministériel (n° 023/MCIA/MF du 26/12/2000). Les associations ont également obtenu l'organisation de campagnes de sensibilisation dans les lycées de la capitale, N'Djamena, la sensibilisation de dix mille candidats au bac de série scientifique à travers l'épreuve d'anglais dont le thème portait sur le tabac, ainsi que la création de clubs antitabac dans les lycées.

En résumé, la majorité des pays et des acteurs de la lutte contre le tabagisme en Afrique francophone doit faire face à la stratégie des cigarettiers, laquelle repose sur des campagnes de marketing agressives et sur le recours à des pratiques illégales : les contournements et infractions systématiques aux législations sont en effet fréquents.

La tâche des acteurs de la lutte contre le tabac est rendue encore plus difficile par l'absence de volonté politique, le manque chronique de ressources et l'absence de statut prioritaire donné à la lutte contre le tabagisme face à d'autres problèmes de santé publique tels que la malaria ou le sida. Mais cette situation évolue depuis quelques années, la mobilisation se renforce et s'appuie désormais sur un contexte international plus favorable : l'adoption historique par l'Assemblée mondiale de la santé, organe directeur de l'OMS, du premier traité international de lutte

contre le tabac ; la création en 2001 de l'Observatoire du tabac en Afrique francophone (Otaf) ; les synergies francophones avec la première Conférence internationale francophone sur le contrôle du tabac (Cifcot) (*lire encadrés*). Une mobilisation modeste au regard des enjeux sanitaires, mais qui montre la voie à suivre.

Sylviane Ratte

Chargée de mission Tabac,
Ligue nationale contre le cancer, Paris.

► Références bibliographiques

- (1) Shafey O., Dolwick S., Guindon E. *Tobacco Country. Profiles 2003*, Copyright © 2003 American Cancer Society, Inc., World Health Organization, and International Union Against Cancer.
- (2) *Differences in Worldwide Tobacco Use by Gender: Findings from the Global Youth Tobacco Survey*. OMS, CDC.
<http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/globaluse01.htm>
- (3) Mackay J., Eriksen M. *The Tobacco Atlas*. 88-89, OMS, 2002.
- (4) *Towards Health with Justice: Litigation and Public Inquiries as Tools for Tobacco control*. OMS, 2002.

Rubrique internationale coordonnée par
M.C. Lamarre : mclamarre@iuhppe.org
et S. Tessier : crestif@wanadoo.fr

Introduction

Pierre Arwidson 12

Données statistiques et prévention : un lien à renforcer

Enquêtes sur la santé : leur utilité, leurs limites

Mireille Elbaum 13

Haut Comité de la santé publique : de l'état des lieux aux recommandations

Roland Sambuc 15

Les données de santé, orphelines du social et de l'environnement

Laurent Chambaud 18

Enquêtes de population : le Baromètre santé, un outil pour la prévention ?

Baromètres santé : une description des comportements

Philippe Guilbert 20

Des enquêtes pour comprendre et agir

François Baudier 23

Un Baromètre ne fait pas le printemps

Christine Ferron 26

Comment les enquêtes scientifiques nourrissent la promotion de la santé

Usage des drogues : croiser les sources d'information

François Beck 31

Décrypter les comportements pour construire la prévention

Dominique Vuillaume 33

Jeunes : des enquêtes aux actions d'éducation pour la santé

Hélène Perrin 35

Nutrition : un plan de prévention fondé sur les données de santé

Corinne Delamaire, Philippe Guilbert, Claude Michaud 37

L'impact des données de santé sur la prévention : témoignages d'acteurs de terrain

Construire la prévention à partir des données locales de santé : l'exemple de la Picardie

Alain Trugeon, Philippe Lorenzo 39

Claude Michaud : « Nous manquons d'enquêtes qualitatives pour notre travail de prévention »

Propos recueillis par Yves Géry 42

Claude Bouchet : « Compléter la collecte des données de santé par l'observation de terrain »

Propos recueillis par Y. G. 43

Pour en savoir plus 45

Santé : des enquêtes à la prévention

Dossier coordonné par **Philippe Guilbert**, économètre, coordonnateur des Baromètres santé et **Pierre Arwidson**, médecin, directeur des Affaires scientifiques, INPES.

Avoir des données qui répondent aux besoins des acteurs locaux

Le Professeur William Dab, nouveau directeur général de la Santé, remarquait récemment que parmi les cent objectifs associés au projet de loi de santé publique, trente-cinq étaient quantifiés, un tiers étaient non quantifiables faute de système d'information, et un autre tiers faute de connaissances. Pour lutter contre ces carences, il propose la création d'un Institut national de recherche en santé publique et d'une École des hautes études en santé publique, destinés à contribuer, de façon synergique, à la création et à la diffusion de connaissances en santé publique. Il se disait également attristé par le fait que notre système d'information en santé soit capable de détecter rapidement deux cas de leptospirose au fond de la Corrèze, mais pas un afflux de plusieurs milliers de personnes âgées aux services d'urgence.

Asseoir le discours de prévention sur des faits scientifiques

La posture de ce dossier ne peut donc pas être un auto satisfecit, mais plutôt une réflexion modeste sur l'existant. Nous ne traiterons ici que d'une partie du système d'information en santé : celle des enquêtes nécessaires à la mise en œuvre des programmes de la prévention. Ne seront donc pas abordés les systèmes d'information continue comme, par exemple, celui des causes médicales de décès ou celui de la surveillance sanitaire.

Les 13 et 14 mars derniers, l'INPES a fêté studieusement, à Créteil (Val-de-Marne), les dix ans des enquêtes périodiques nommées Baromètre santé. Ce fut l'occasion d'un séminaire de travail sur l'évolution des enquêtes de santé en France¹. Nous avons voulu prolonger la réflexion, très technique, de Créteil en élargissant le cadre de réflexion par ces deux questions. Les données des enquêtes de santé influencent-elles les décisions concernant la prévention ? Sont-elles utiles et utilisées dans les actions locales de prévention ?

Dans ce dossier, Mireille Elbaum nous rappelle le rôle carrefour de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). La convergence de nombreuses données vers la Drees lui permet de remplir une fonction de synthèse, mais aussi de repérer les manques. Roland Sambuc nous communique les résultats d'un passionnant audit sur l'impact des différents rapports du Haut Comité de la santé publique (HCSP). C'est exactement le même type de question sur l'impact des Baromètres santé qui a donné naissance à ce dossier. Laurent

Chambaud apporte un diagnostic de la Société française de santé publique (SFSP) sur le manque de données, qui rejoint celui du Directeur général de la santé. Il donne cinq propositions concrètes et, à cette occasion, dresse un plaidoyer sur l'importance de l'enracinement local : avoir des données qui « collent » au territoire et répondent aux besoins des acteurs locaux impliqués.

Philippe Guilbert expose avec précision les fondements techniques des sondages et leurs limites. François Baudier, le père des Baromètres santé, nous en dresse un historique et a choisi les principales évolutions de ces dix dernières années. Christine Ferron nous précise utilement qu'un questionnaire d'enquête est l'expression de l'idée que les commanditaires de l'enquête se font du monde et de ses problèmes. Cette vision du monde s'impose donc aux personnes interrogées. Et la réalité créée et décrite à partir de l'analyse de toutes les réponses restera toujours un sous-produit de l'idée voire de l'idéologie initiale.

François Beck, de l'OFDT, nous présente dix ans d'évolution des déclarations de l'usage de cannabis. Un programme de prévention dans le domaine du cannabis est d'ailleurs à l'étude en ce moment même. Dominique Vuillaume nous rappelle tout le travail accompli par la Mildt pour favoriser de nouvelles enquêtes, asseoir le discours de prévention sur des faits scientifiques et porter l'ensemble de ces données jusqu'aux intervenants de prévention de première ligne. À la recherche de l'utilité sociale de la recherche, chère à Christine Ferron, Hélène Perrin nous présente un projet éditorial en cours de réalisation à l'INPES : adapter la présentation des résultats des Baromètres santé à leurs utilisateurs. Corinne Delamaire donne l'exemple des interactions entre données de santé et mise en œuvre du programme national de nutrition santé.

À partir de l'exemple de la Picardie, Alain Trugeon et Philippe Lorenzo défendent, comme Laurent Chambaud, la nécessité de disposer de données régionales et d'impliquer les citoyens dans les actions de prévention.

Enfin, les interviews de Claude Michaud et de Claude Bouchet rejoignent l'analyse de Christine Ferron sur un fil conducteur que l'on retrouve tout au long de ce dossier : aucune enquête quantitative, y compris nationale, ne peut remplacer une connaissance fine et un dialogue ouvert, et donc une approche qualitative à laquelle les citoyens sont associés.

Dr Pierre Arwidson

Directeur des affaires scientifiques, INPES.

1. Les actes de ce séminaire sont en cours d'édition et seront bientôt disponibles pour les professionnels de santé publique intéressés.

Enquêtes sur la santé : leur utilité, leurs limites

Insee, Drees, Inserm... Les producteurs de données de santé en France sont multiples. La politique de prévention doit s'appuyer sur l'ensemble de ces sources, mais prendre en compte leurs limites. Ainsi, par exemple, les personnes en état de précarité échappent aux statistiques sur la santé au travail. Et une partie de la population sous-estime ses difficultés de santé.

Il existe de nombreux producteurs de données en matière de santé en France¹. Parmi ces producteurs « nationaux », la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques² (Drees) occupe une place particulière. Service statistique ministériel chargé de la santé, elle est le correspondant de l'Insee dans le champ de l'observation de la santé.

Les statistiques de santé s'intègrent en effet dans le système statistique public national : l'Insee et le ministère ont, par exemple, réalisé ces dernières années un effort important sur les grandes enquêtes en population générale (enquête décennale santé, enquête Handicaps incapacités dépendance, HID). La Drees, partie prenante et cofinancier de ces grandes enquêtes, produit aussi directement d'autres informations statistiques, par exemple sur les usagers du système de soins. Avec l'Insee, elle joue également un rôle dans la coordination du système statistique public, notamment dans le cadre du Conseil national de l'information statistique³ (CNIS), dont elle assure le secrétariat. Un groupe de travail du CNIS s'est ainsi récemment consacré à l'état des lieux et aux besoins d'informations sur l'état de santé de la population ; cela a permis d'aborder des questions centrales sur les données statistiques de santé en France.

Écarts et maillons manquants

La politique de prévention doit, à cet égard, forcément s'appuyer sur une multiplicité de sources et d'outils d'in-

formation. Les données épidémiologiques sont bien entendu essentielles afin de déterminer les causes et les facteurs de risques des pathologies. La connaissance de la santé perçue, des opinions et des comportements, à travers des outils comme l'enquête santé de l'Insee, le Baromètre santé de l'INPES, ou l'enquête SPS (Santé et protection sociale) du Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (Credes) est tout aussi essentielle : les perceptions et les comportements ont en effet des conséquences sur la santé, et la perception de la santé conditionne le recours tant à la prévention qu'aux soins. Ce recours doit également être analysé en détail : pour cela les sources de l'Assurance maladie sont fondamentales et doivent être largement utilisées, tant par les gestionnaires que par les statisticiens et les chercheurs.

Mais, finalement, c'est la combinaison et la synthèse de ces différents outils qui sont souvent les plus riches d'enseignements, par le biais des résultats communs qu'ils apportent, mais aussi à travers les écarts que la comparaison peut mettre en évidence, ou les manques d'information qu'ils révèlent, eux-mêmes sources de questionnements pour les politiques de santé.

En matière de synthèse, par exemple, le Credes vient de réaliser, en collaboration avec la Drees, une estimation rénovée des dépenses de prévention pour la Commission des comptes de la santé, à la suite d'un premier travail

visant à répartir la dépense de soins par grands groupes de pathologies⁴. Ce type de travail, certes expérimental et à approfondir, peut fournir un cadrage utile aux acteurs de la prévention.

Études de la Drees : de l'état de santé à la protection sociale

Les travaux de la Drees portant sur la santé couvrent un champ large. Parmi les dernières publications figurent ainsi les « Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002 », parues en 2003 dans la collection Études et statistiques, un état des lieux complet sur les prestations sociales en 2002 (paru dans le n° 258 d'Études et résultats), mais aussi un bilan des hôpitaux intitulé « La conjoncture des établissements de santé publics et privés en 2002 » (n° 257 de la même publication).

La Drees assure un suivi régulier des différents dispositifs d'aide sanitaire et de protection sociale. Elle vient de publier un bilan de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans le n° 259 d'Études et résultats (septembre 2003). Cette étude confirme la forte demande qu'a suscitée l'APA : fin juin 2003, après dix-huit mois de mise en œuvre de cette allocation, 1,39 million de demandes avaient été déposées et 5 % d'entre elles avaient été classées sans suite. Pour les dossiers complets, 83 % des dossiers ont fait l'objet d'une décision favorable. 54 % des bénéficiaires vivent à domicile et 46 % en établissement.



Les écarts sont également riches d'enseignements. Ainsi, nous savons que, par exemple, les employés et les ouvriers déclarent davantage de troubles ostéo-articulaires que les autres catégories socioprofessionnelles, mais recourent moins aux masseurs kinésithérapeutes. Nous pouvons ainsi nous demander si les deux premières catégories négligent de traiter leurs troubles. Ce constat pose la question du recours aux soins mais aussi, bien sûr, de l'accès à la prévention, du niveau de revenu, d'éducation... De même, les enquêtes nous apprennent que les personnes en situation de précarité sous-estiment souvent leur mauvais état de santé, ce qui nécessite des actions de prévention adaptées.

Santé au travail : les invisibles

En matière d'état de santé, les manques d'information sont également riches d'enseignements. Le rapport du Cnis a, par exemple, souligné que les outils traditionnels et essentiels de mesure du risque en matière de santé au travail, en particulier le suivi de

cohortes de salariés insérés durablement dans le monde du travail, laissent dans l'ombre la partie de la population la moins susceptible d'être insérée dans ces cohortes : chômeurs, salariés intermittents ou précaires. Ce sont là aussi des éléments sur lesquels doivent s'interroger les acteurs de la prévention ; cela implique de coupler les démarches de surveillance des pathologies et d'analyse des facteurs de risques avec des enquêtes permettant de reconstituer des problèmes de santé, vécus au cours de parcours ou de carrières qui peuvent être heurtés et diversifiés.

C'est pourquoi la coordination, le partage et l'analyse conjointe des données de toute nature nous paraissent essentiels, afin de permettre de fournir un cadre d'analyse complet et stable, permettant de comparer les données dans le temps et dans l'espace. À ce titre enfin, la construction d'un véritable système européen de statistiques sur la santé, qui se dessine actuellement à travers les programmes de la Commission européenne et son office

statistique Eurostat, est également un enjeu essentiel pour l'évolution future du système statistique de santé français. Les perspectives ouvertes au niveau du système statistique européen d'enquêtes sur la santé et le handicap seront ainsi directement l'occasion de faire évoluer et de pérenniser notre système national d'observation.

Mireille Elbaum

Directrice de la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees), Paris.

-
1. Lire le « Pour en savoir plus » de ce dossier.
 2. La Drees est rattachée au ministère de la Santé et au ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité.
 3. Le Conseil national de l'information statistique (Cnis) assure la concertation entre les producteurs et les utilisateurs de statistiques, coordonne les travaux et enquêtes statistiques des services publics, établit un programme à moyen terme et, dans ce cadre, un programme annuel comprenant l'ensemble des enquêtes publiques.
 4. Les dépenses de prévention dans les comptes nationaux de la santé. Une approche exploratoire. Questions d'économie de la santé n° 68, série « Analyses ». Disponible en ligne sur www.credes.fr, dans Actualités/Nouvelles publications.

Haut Comité de la santé publique : de l'état des lieux aux recommandations

Depuis plus de dix ans, le Haut Comité de la santé publique rédige des rapports résumant l'état des connaissances sur des questions de santé. Ses recommandations sont souvent reprises par les autorités, ce qui permet de diffuser une culture de santé publique au-delà des cénacles confidentiels. Son prochain changement de statut devrait renforcer son rôle.

En 1999, le Haut Comité de la santé publique¹ (HCSP) a commandé, au cabinet GSP conseil, un audit sur la manière dont ses rapports thématiques sont élaborés et sur les effets des recommandations qu'ils contiennent. En effet, si l'intérêt du rapport triennal « La santé en France » du HCSP n'est pas contesté pour suivre l'évolution de l'état sanitaire de la population, on pouvait s'interroger sur l'utilité des rapports thématiques que le Haut Comité élabore régulièrement et remet aux pouvoirs publics, accompagnés de ses recommandations : quel est l'impact réel, en termes de législation ou de réglementation, des propositions faites par le HCSP à l'autorité politique ?

Pour chacun des rapports analysés sur leur forme et leur contenu, le docteur Jacques Soria et Juliette Manauthon, de GSP conseil, ont adressé des questionnaires à tous les membres ayant collaboré au rapport afin de connaître le contexte de la saisine et la méthode de travail suivie par le groupe pour rédiger ses conclusions et ses recommandations. Parallèlement, Norbert Nabet, interne en santé publique au HCSP, a mené une recherche documentaire et interviewé des personnalités compétentes pour évaluer l'impact législatif et réglementaire des recommandations formulées par chaque rapport thématique du HCSP.

Porter le débat vers les décideurs politiques

Les personnes participant aux différents groupes de travail qui ont élaboré les rapports affirment majoritairement qu'ils « ont permis de faire le point sur la question traitée ; de faire valoir de nouvelles idées sur l'organisation du système de santé ; de porter le débat sur les questions traitées au niveau des décideurs politiques ». Elles estiment aussi qu'ils contenaient « des éléments d'orientation en matière stratégique pour la politique de santé » ainsi que « des éléments qui permettent une décision rapide », ou encore que les recommandations proposées au ministre étaient « suffisamment explicites par rapport aux décisions à prendre en matière de santé ».

L'éventail des rapports est très diversifié et va de rapports très techniques, comme la prévention de l'insuffisance rénale chronique, à l'énorme somme de trois cent cinquante pages que constitue le rapport sur la précarité et la santé. Pour contourner cette difficulté, le cabinet GSP conseil les a classés selon quatre types avant de mener une étude approfondie sur un seul rapport par catégorie :

- le type 1 correspond à des rapports « répondant à un besoin réel et à une commande opérationnelle forte et identifiée ». Entrent dans cette catégorie les

études sur le dépistage du VIH, la sécurité de la grossesse et la santé en milieu carcéral, thème retenu pour l'étude approfondie ;

- sont de type 2 les rapports « correspondant à un besoin identifié sans commande opérationnelle » : celui sur le diabète – retenu pour l'analyse approfondie –, celui sur l'insuffisance rénale chronique et, par certains côtés, celui sur la sécurité anesthésique ;

- les rapports de type 3 permettent « de faire le point sur une problématique se situant à la frontière technique-réglementation, et qui évolue spontanément par la mise en œuvre des progrès technologiques ». C'est en partie le cas de la sécurité anesthésique, qui se retrouve dans les deux groupes. Les autres rapports entrant dans cette catégorie sont ceux sur le dépistage du cancer du sein, sur l'anatomopathologie dans le cancer du sein, et le dépistage du cancer du col de l'utérus (retenu pour l'analyse approfondie) ;

- les rapports de type 4 « répondent à des problèmes de société ». Le rapport retenu porte sur la précarité et ses effets sur la santé. Les autres, sur les encéphalopathies subaiguës spongiformes et sur l'utilisation des produits humains et de substitution.

L'analyse fine de chacun des quatre types de rapports permet de mieux cerner la manière de fonctionner du HCSP



pour ses travaux thématiques, dans le choix des thèmes traités, aussi bien que dans les modalités de constitution et de fonctionnement du groupe de travail, qui inclut des experts extérieurs au HCSP.

Quels sujets aborder ?

Les recommandations représentent la partie la plus importante des rapports puisqu'elles concernent la suite réglementaire ou législative qui sera donnée au travail du HCSP. L'élaboration et l'adoption des recommandations font intervenir plus largement la commission plénière du HCSP.

L'audit pose également la question des sujets à traiter par le HCSP. Doit-il aborder des sujets transversaux, comme la précarité ? Se cantonner à des sujets précis, comme l'insuffisance rénale ? Répondre aux questions sur l'organisation du système de santé ? Aborder des problèmes économiques liés aux dépenses de santé ? Pour illustrer sa réponse, l'audit rappelle les résultats des recommandations formulées dans les rapports étudiés : inexistantes pour la précarité, « *thème trop large et trop sociétal ; reprise intégrale pour la santé en milieu carcéral, problème d'organisation du système de santé et de prise en charge équitable des détenus par rapport au reste de la population* ». Or, constate l'audit, « *quelle que soit la qualité des rapports produits, il n'est pas envisageable pour le HCSP de mettre en mouvement, lui-même, le système de santé* ».

La conclusion de ces illustrations montre que, pour être efficace dans ses recommandations, « *le périmètre de réflexion du Haut Comité devrait être, par défaut, en relation avec le champ de compétence du ministère de la Santé* ». Cependant, certains sujets amènent obligatoirement à « *détailler de manière très précise* » un périmètre qui déborde sur plusieurs ministères.

Pour accroître l'efficacité des rapports thématiques du Haut Comité, le cabinet d'audit a suggéré de leur donner une forme plus systématique. Le document final pourrait ainsi comporter : une analyse de la situation actuelle et des éléments qui fondent les recommandations sur le sujet concerné ; les propositions ou conclusions techniques du groupe de travail ; les recommandations issues de la réflexion de l'ensemble du HCSP, avec une hiérarchisation des priorités et un calendrier de mise en œuvre.

L'audit a néanmoins constaté que certaines recommandations, pourtant simples à mettre en œuvre, ne l'ont pas été du fait d'un manque de « *décision politique* ». L'audit propose que l'élaboration des rapports puisse associer, « *en plus de représentants du Haut Comité et de l'autorité de tutelle, des membres de l'administration concernés par le sujet du rapport* ». Il préconise même que la constitution de ce groupe soit simultanée à la commande du rapport « *afin de prévoir, dès celle-ci, les modalités de mise en œuvre des*

actions » proposées, en identifiant leur faisabilité et en levant les obstacles éventuels. Il est cependant important, pour permettre au HCSP de conserver l'objectivité de ses analyses, de veiller à assurer son indépendance par rapport à l'administration centrale.

De la nutrition à la qualité de l'air

Depuis cet audit, le Haut Comité a réalisé cinq nouveaux rapports thématiques : « Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France » ; « Politiques publiques, pollution atmosphérique et santé » ; « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes » ; « Le panier de biens et services de santé » ; « Les infections virales aiguës, importées, hautement contagieuses, et leur prise en charge ». Ces derniers rapports traitent de sujets importants pour la santé publique en France, et leur impact pourra, avec le recul suffisant, être évalué.

À la suite des ordonnances du 24 avril 1996, le Haut Comité avait été chargé de présenter chaque année un rapport à la Conférence nationale de santé et au Parlement, à l'occasion du débat annuel sur le financement de la Sécurité sociale. Cette disposition, qui a fonctionné jusqu'en 2001, est susceptible d'avoir renforcé la portée des rapports qui ont ainsi été publiquement débattus.

La communication autour des rapports et, de manière plus générale, la diffusion de la culture de santé publique constituent un objectif contributif important. Aussi, le HCSP s'est pourvu dès 1992 d'un organe d'information sous la forme d'une revue trimestrielle, *Actualité et dossier en santé publique*. Chaque numéro contient un dossier spécifique de santé publique (« Les infections liées aux soins médicaux » ; « Santé publique et aménagement du territoire » ; « Usages de drogues et toxicomanies » ; « Santé publique et grand âge » ; « L'éducation pour la santé » ; « Les troubles de l'apprentissage chez l'enfant » ; « Santé et travail » ; etc.). Cette revue permet aussi de diffuser à un plus large public les analyses et les propositions développées dans les rapports thématiques.

L'impact des recommandations

L'étude d'impact qui a été faite en 1999 montre que les recommandations du HCSP sont souvent suivies et contri-

buent à l'amélioration du système de santé français. Il montre aussi que les modalités de communication sur les rapports sont déterminantes pour la prise en compte des recommandations formulées, et doivent être envisagées dès le début du travail d'élaboration d'un rapport.

Le Haut Comité de la santé publique, tel qu'il existe depuis le décret du 3 décembre 1991, devait être transformé par la loi du 4 mars 2002 en Haut Conseil de la santé, qui reprenait la plupart des attributions du Haut Comité. En fait, cette structure n'a pu être mise en place et le HCSP a été prorogé. Il sera remplacé par le futur Haut Conseil

de la santé publique, prévu dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique discuté au Parlement à l'automne 2003. Ce Haut Conseil aurait des missions plus étendues, en particulier dans le suivi et l'évaluation des objectifs de la politique de santé, et reprendrait aussi les missions de l'actuel Conseil supérieur d'hygiène publique.

En plus de dix années d'existence, le HCSP a produit de nombreux rapports, dont chacun a fourni les éléments permettant le développement de larges débats et l'évolution du système de santé de notre pays. Le premier acquis est probablement aussi d'avoir contribué à diffuser la culture de santé

publique en dehors des cénacles confidentiels réservés jusqu'alors à quelques spécialistes ou aux institutionnels.

Pr Roland Sambuc

Vice-président du
Haut Comité de la santé publique, Paris.

1. Créé en 1991, le Haut Comité de la santé publique (HCSP) est placé auprès du ministre chargé de la Santé. Sa mission : apporter des éléments d'aide à la décision pour améliorer la santé publique. Le HCSP développe l'observation de l'état de santé de la population, contribue à la définition des objectifs de la politique de santé. À la demande du ministre, il élabore des rapports sur des problèmes de santé publique ou d'organisation des soins, et formule des recommandations qui participent à l'élaboration de mesures législatives ou réglementaires.

Des rapports aux recommandations : une influence variable

Le dépistage de l'infection par le VIH (1992)

C'est le premier rapport thématique rendu par le HCSP. Il recommandait notamment le remboursement total du test mais s'opposait au dépistage systématique. S'il est « aujourd'hui obsolète, note l'audit, ce document a été pris en compte dans la politique de prise en charge du VIH lors de sa publication ».

La sécurité anesthésique (1992)

Parmi les conséquences du rapport « très technique, simple et clair » figurent la généralisation de la consultation préanesthésique et l'obligation d'une structure de surveillance au réveil. En outre, constate l'audit, « l'évolution technologique de l'exercice a pris en compte la plupart des recommandations qui ne sont pas du domaine législatif ou réglementaire ». Cependant, « ce rapport ne pose pas comme priorité » l'augmentation du nombre d'anesthésistes réanimateurs.

Le dépistage du cancer du sein (1993)

Au moment où l'audit a été réalisé, la généralisation de ce dépistage n'avait pas encore été mise en œuvre. Il notait cependant que les recommandations sur la formation des radiologues et des manipulateurs ainsi que celles sur l'assurance qualité avaient été prises en compte.

La santé en milieu carcéral (1993)

Malgré une double alternance politique et une saine émanation des ministères de la Santé et de la Justice, ce rapport « facile, simple et opérationnel en l'état [...], un modèle du genre [...], a été suivi à la lettre par la loi et les décrets ». Il recommandait, par exemple, de coupler chaque établissement pénitentiaire avec un établissement public de santé ; de généraliser la couverture maladie des prisonniers ; de confier la définition de la politique de santé en milieu carcéral non seulement au ministère de la Justice mais aussi à

celui de la Santé, ce qui n'était pas le cas à l'époque. Il prônait le renforcement de la prévention et de la prise en charge de la santé mentale.

La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance (1994)

Pour l'audit, ce rapport « a donné lieu à des recommandations et des actions qui ont bouleversé le paysage de l'obstétrique en France » en organisant la prise en charge adaptée des naissances en fonction des risques et en mettant en place trois niveaux de maternités. Cependant, la révision de la nomenclature de pédiatrie et d'obstétrique, recommandée « pour assurer la pérennité du système », n'avait pas vu le jour au moment de l'audit.

Problèmes de santé publique et d'organisation des soins liés à l'utilisation des produits humains et à leurs produits de substitution (1996)

L'audit estime que ce rapport « est très précis dans ses recommandations pour la transfusion sanguine », mais « reste sur des principes généraux et/ou techniques pour les autres produits d'origine humaine et pour les produits de substitution ». Bien que le rapport recommande notamment de renforcer le rôle de l'État, l'audit ne lui attribue pas la création, en 1998, de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps).

Les encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines et animales (1996)

C'est aux recommandations du rapport du HCSP que l'on doit la création de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa). Les autres recommandations concernent essentiellement le principe de précaution, la mise en place d'un réseau de surveillance de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, de l'observation des maladies émergentes et d'une véritable épidémiologie vétérinaire.

Avis sur la prévention de l'insuffisance rénale chronique et son diagnostic précoce (1997)

C'est sur l'insistance du directeur général de la Santé que ce rapport a été commandité. Il concluait, après une expertise collective de l'Inserm, à l'inutilité d'un dépistage de masse de l'insuffisance rénale chronique. L'audit indique que la direction générale de la Santé a manqué ensuite de moyens humains pour suivre le sujet. Ce qui explique qu'aucune des recommandations positives du rapport n'ait été appliquée.

La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé (1998)

L'audit explique que ce rapport possède les défauts de ses qualités. Il est « très riche et foisonnant » mais, comme il aborde des problèmes de société, il « manque parfois de propositions concrètes pour la mise en œuvre de mesures simples ». Cependant, le rapport reste « un élément constitutif de la documentation sur la relation entre santé et précarité. Il est utile pour les politiques car il éclaire le domaine et propose des pistes de réflexion ; pour les acteurs de santé car il aborde des points fondamentaux [...] de la relation entre la santé et la précarité ».

Diabète : prévention, dispositifs de soins et éducation du patient (1998)

Difficile d'innover sur ce genre de thème où les connaissances abondent. Cependant, le rapport a permis de faire avancer certaines idées en matière d'éducation du patient et de prise en charge par l'Assurance Maladie du diabète non insulino-dépendant (DNID) comme affection de longue durée (ALD). De plus, la circulaire DGS/DH du 4 mai 1999 sur l'organisation des soins pour la prise en charge du diabète de type 2 reprend plusieurs éléments du rapport du HCSP.

Les données de santé, orphelines du social et de l'environnement

Association indépendante soutenue par les pouvoirs publics, la Société française de santé publique (SFSP) participe au débat sur les politiques de santé. Elle formule des expertises et des recommandations sur des questions de santé, comme le Plan national anti-douleur ou le saturnisme. Cet organisme plaide pour une prise en compte plus importante des déterminants sociaux et environnementaux dans le recueil des données de santé.

Comment se servir des données statistiques pour construire une politique de santé en France ? Comment ces données peuvent-elles alimenter l'analyse, permettre d'évaluer les progrès réalisés, émettre des signaux sur les blocages existants ? En théorie, les choses sont relativement simples à formuler. Nous avons besoin d'un bon système d'information en santé, avec des données agrégées aux niveaux les plus pertinents, des professionnels capables de les analyser et de transmettre leurs conclusions, à la fois aux « preneurs de décisions » et à l'ensemble des partenaires impliqués dans les actions. C'est l'ensemble de ces éléments qui permet ensuite, sur cette base solide, d'instruire le débat public qui aboutira aux « bonnes » décisions.

Une information enrichie et régionalisée

Simple en théorie, mais la réalité est autrement plus complexe. La SFSP est un lieu privilégié pour observer, à la fois, les progrès réalisés et le chemin qui reste à parcourir dans l'articulation entre l'observation statistique et la mise en place de politique de santé publique. Ce qui permet d'avancer quelques constats et propositions.

Les progrès réalisés depuis une vingtaine d'années sont manifestes. Depuis la parution des premiers rapports du Haut Comité de la santé publique (HCSP) sur la santé en France au début

des années quatre-vingt-dix, la qualité des informations traitées et analysées s'est considérablement améliorée. Les informations, longtemps restreintes à l'analyse de la mortalité, se sont enrichies à la morbidité, aux comportements individuels – notamment par l'intermédiaire des Baromètres santé –, à certains déterminants sociaux ou environnementaux.

De nombreuses initiatives se sont développées pour construire des bases d'information, notamment sur le plan régional. Ainsi en est-il de la base de données de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Score-Santé) ou d'initiatives de plusieurs Régions pour mettre en place une plate-forme partenariale d'observation sanitaire et, pour quelques Régions, sanitaire et sociale. Dans le même esprit, les services statistiques de l'État fournissent, chaque année, des données sur la situation sanitaire et sociale en France, éléments qui se démarquent de plus en plus d'une restitution brute des données pour fournir une réelle analyse.

C'est dans ce contexte que le ministère de la Santé a préparé, dans le cadre du projet de loi relatif à la politique de santé publique, une annexe qui définit cent objectifs et construit un certain nombre d'indicateurs. Cette annexe permet de mesurer la progression vers ces objectifs, mais démontre également

a contrario, que sur certains problèmes de santé, les indicateurs ne sont pas encore disponibles.

Cinq propositions

Quels sont les progrès qui restent à accomplir et comment s'y atteler ? Les expériences accumulées depuis vingt ans, les regards sur les systèmes construits dans d'autres pays peuvent nous aider à ouvrir des pistes. J'en retiendrai cinq.

Il est temps que notre pays se dote des moyens d'obtenir, de manière régulière, une base partagée d'informations en santé qui permette non seulement une vision nationale (et des comparaisons sur le plan européen), mais également des comparaisons régionales. Ainsi, la SFSP, lors des préparations régionales du projet de loi relatif à la politique de santé publique, a expérimenté les limites d'un tel processus qui ne permet pas de disposer d'informations comparables au plan régional sur les grands problèmes de santé de notre société. Il ne s'agit pas uniquement de disposer, par exemple, de données fiables et homogènes sur la mortalité par cancer, mais de se mettre d'accord sur le type d'informations de base à recueillir qui permet de comparer l'importance et les caractéristiques de ce problème d'une région à l'autre, afin d'adapter les stratégies de lutte et de prévention aux contextes particuliers de chaque région.

Il est essentiel de progresser également quant à notre capacité à lier divers champs de l'information en santé. Mortalité et morbidité ne peuvent être correctement expliquées que si elles sont éclairées par des informations sur les déterminants individuels et collectifs, sur l'environnement social et culturel, et par des données qui dépassent une simple description quantitative des professionnels et des structures pour interroger l'ensemble d'une prise en charge. Ainsi, les données concernant l'évolution de l'asthme doivent-elles intégrer non seulement des éléments de mortalité et de morbidité, mais aussi prendre en compte la qualité de la prise en charge, y compris dans le cadre de l'éducation thérapeutique, mettre en relation indicateurs de santé et mesures de l'environnement (pollutions, évolution des pollens, consommation tabagique dans les familles, rôle de l'habitat, etc.).

Les statistiques de santé doivent également faire l'objet d'un véritable partenariat entre tous les producteurs de l'information et ceux qui doivent les utiliser. Des progrès ont été enregistrés ces dernières années, mais le chantier reste vaste pour permettre à ce partenariat de se développer au quotidien. Si l'État doit disposer à l'évidence d'un rôle de chef d'orchestre, il est essentiel de trouver des modes de régulation permettant de gérer le flux continu d'informations – pas toutes essentielles – et de s'entendre sur celles qui doivent absolument être collectées et analysées, pas toujours présentes. Ainsi, comment se fait-il que nous ne disposions toujours pas d'une base d'information fiable et acceptée sur les problèmes de santé mentale ? Comment obtenir des informations fiables sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, ainsi que sur les circonstances précises dans lesquelles ces événements surviennent ?

Qui dit prévention, dit également cohérence des stratégies. Ce qui implique de posséder un arsenal d'informations permettant non seulement de développer la prévention aux niveaux national et régional, mais de guider les actions sur le plan local. Or, c'est probablement à ces niveaux (département, communauté de communes ou d'agglomérations, voire au niveau des quartiers pour certaines actions très ciblées) que l'information

en santé est la plus pauvre et que les moyens pour la développer sont les plus maigres. Il y a donc un réel effort à produire qui pourrait être conduit dans deux directions :

- sur le plan méthodologique, en privilégiant les instruments de cartographie et de géographie de la santé. De telles approches possèdent l'avantage d'une lecture qui « colle » aux territoires et permettent également de jeter les ponts entre données statistiques et données qualitatives ;

- sur le plan plus politique, il est urgent de déterminer comment les acteurs locaux peuvent être responsabilisés pour soutenir, financer et utiliser de telles données, au moment où le projet de loi relatif à la politique de santé publique tend à recentrer les responsabilités sur l'État, qui ne dispose pas de leviers efficaces sur le plan infradépartemental.

Même le système le plus sophistiqué de recueil des données ne permettra pas de hiérarchiser les problèmes de santé. Produire des informations nécessite donc de mettre en perspective toutes les données collectées, de vérifier leur qualité et de mettre à disposition des acteurs non seulement des indicateurs ponctuels, mais de véritables instruments de mesure des stratégies développées. Telle est la démarche que la SFSP a suivie pour aborder la ques-

tion du saturnisme (*lire encadré ci-contre*). À notre avis, se limiter à la problématique du saturnisme, même si la cohérence des informations épidémiologiques est plus facile à mettre en exergue, est une erreur sur le plan de la santé publique. Car il nous paraît plus utile de s'attaquer aux conséquences sur la santé de l'habitat insalubre, le saturnisme en étant un des aspects, et la suppression du plomb dans les revêtements muraux n'étant qu'une des actions à promouvoir. Certes, dans un cadre plus complexe puisqu'il concerne plusieurs domaines et relève donc de plusieurs ministères, mais plus proche des conditions réelles de vie des personnes.

Reste un élément d'appréciation qui demeurera le point le plus fondamental dans l'élaboration des politiques de prévention : il s'agit de la volonté politique. Il est indéniable que les statistiques de santé peuvent et doivent s'améliorer. Mais cette amélioration sera conditionnée avant tout par la capacité des forces sociales à demander et à utiliser de telles données, pour instaurer un débat en toute transparence.

Laurent Chambaud

Président de la Société française de santé publique (SFSP),
 Vandœuvre-lès-Nancy.

L'usage des statistiques en santé publique : faire l'état de la question et aider à la décision

Au cours des dernières années, la Société française de santé publique (SFSP) a mené un certain nombre de travaux s'appuyant sur des données statistiques. Ainsi, par exemple, le rapport sur quinze années de recherche dans le domaine de la pollution atmosphérique publié en 1996, tout comme les actes du colloque sur l'évaluation des risques d'exposition au radon dans les habitations ont été construits grâce à la compilation des données disponibles. L'objectif était de mesurer l'impact de ces risques pour la santé publique.

En 2002, la publication par la SFSP d'une évaluation du Plan national de lutte contre la douleur a intégré un recueil d'informations quantitatives. Le but poursuivi était double : mesurer les connaissances des médecins généralistes dans le domaine de la prise en charge de la douleur ; faire état de l'évolution de la consommation d'antalgiques dans notre pays. Ces deux indicateurs se sont avérés précieux pour mesurer l'évolution de la prise en charge de la douleur et formuler des propositions concrètes à intégrer dans l'élaboration du futur plan.

Enfin, l'organisation d'une conférence de consensus sur le saturnisme en novembre 2003 illustre cette démarche d'utilisation des données quantitatives pour mesurer l'ampleur d'un phénomène et ses conséquences sur la santé et pour aider à la décision. Cette conférence a pour thème l'« Intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte. Prévention et prise en charge médico-sociale » ; elle est placée sous l'égide de la Société française de pédiatrie, avec la participation de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) et le soutien de la direction générale de la Santé (DGS).

Baromètres santé : une description des comportements

Les Baromètres santé de l'INPES fournissent des informations aux décideurs politiques et aux professionnels de la santé. Dans certains cas, ils contribuent à l'élaboration des programmes de prévention.

Le Baromètre santé est une enquête nationale réalisée de façon périodique auprès de différentes populations et sur divers thèmes de santé (*lire encadrés*). Elle a pour objectif de donner des informations et des analyses statistiques aux décideurs politiques et aux professionnels de la santé. Une de ses finalités est de contribuer à l'élaboration des programmes de prévention et de promotion de la santé.

Les informations délivrées sont exclusivement d'ordre quantitatif : estimer la prévalence du tabagisme en France, décrire les opinions vis-à-vis de la vaccination, dresser l'état des lieux des pratiques de dépistage des cancers en France, etc. La mission du Baromètre santé n'est donc pas d'expliquer des comportements de santé ni de les pré-

voir à partir de modèles. D'autres enquêtes nationales s'emploient à le faire. En ce sens, le Baromètre santé s'inscrit dans la tradition statistique qui est de « *décrire de façon globale le territoire pour l'État* » (1). Les modèles prédictifs, issus de l'économétrie, sont peu développés en sciences sociales en raison de la difficulté à obtenir des modèles pertinents. Les enquêtes qui cherchent à expliquer un phénomène peuvent être des enquêtes qualitatives, des enquêtes dites cas-témoins, des cohortes ou encore des panels (2).

Le Baromètre santé est une enquête périodique, c'est-à-dire qu'elle est répétée dans le temps. Mais, à la différence d'une étude de cohorte ou de panel, les individus interrogés d'une année sur l'autre sont différents. Il n'est donc pas

possible de suivre un même individu sur plusieurs périodes de sa vie et de mettre en évidence des relations de cause à effet dans les observations présentées.

Partant de l'objectif très général de décrire, de quantifier les comportements de santé de la population, il fallait choisir entre deux grandes options méthodologiques : obtenir ces informations statistiques soit en interrogeant l'ensemble de la population (enquête par recensement), soit en interrogeant une partie de la population pour l'ensemble (enquête par sondage). La seconde option l'a naturellement emporté, puisqu'en France la seule institution en mesure d'effectuer des recensements est l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). L'une des contraintes dans l'élaboration d'un échantillon pour qu'il fournisse de bons estimateurs est qu'il soit représentatif. Autrement dit, il s'agit de faire en sorte qu'une partie de la population représente le tout correctement. À ce stade, il existe plusieurs techniques permettant de constituer un échantillon ayant la propriété d'être représentatif de l'ensemble de la population. La représentativité en question porte sur un nombre limité de variables (en général quatre ou cinq : sexe, âge, profession, taille de l'agglomération de résidence, région de résidence) et signifie que, dans l'échantillon, la répartition entre les hommes et les femmes – si l'on prend cette variable en exemple – est la même que celle observée par le recensement de la population (donnée de référence). Les échantillons sont donc représentatifs du recensement de population, lui-même représentatif de la structure réelle de la population (don-

Liste des thèmes abordés dans les Baromètres santé

Baromètres santé réalisés en population générale (12-75 ans)

- la consommation d'alcool
- la consommation de tabac
- la consommation de drogues illicites
- la vaccination
- le dépistage des cancers
- l'activité physique
- la nutrition
- les accidents
- la contraception, les infections sexuellement transmissibles (IST)
- la consommation de soins et de médicaments
- la douleur
- la qualité de vie
- la violence, les événements de vie
- la santé mentale
- la violence
- les dépistages des cancers
- les VIH, hépatite C, infections sexuellement transmissibles (IST)

Baromètres santé réalisés auprès des médecins généralistes et des pharmaciens

- les comportements de santé des professionnels de santé (médecins et pharmaciens)
- la prévention en générale
- les problèmes de dépendances
- les vaccinations
- la prescription de médicaments
- l'opinion pharmaceutique
- les maladies chroniques
- la confidentialité

tion (objectivation de la réalité propre à chaque individu) à la déclaration qu'il peut y avoir un décalage entre l'information recueillie à l'aide d'un questionnaire et la réalité du répondant. Tout le travail de préparation du questionnaire va consister à essayer de minimiser ce décalage.

Pour disposer de données facilement utilisables, le statisticien va ensuite procéder à des regroupements de données et créer ainsi des objets sociaux qui pourront servir de base à des discussions (calcul d'agrégats, de moyennes, de prévalences, etc.). Il va, par exemple, regrouper toutes les personnes qui déclarent fumer, le regroupement s'effectuant sur ce seul critère, et créer ainsi la variable : fumeur. *Idem* pour la classification des individus en professions et catégories socioprofessionnelles.

La création de variables d'analyses ou de concepts est parfois plus complexe, notamment lorsqu'elle résulte de la combinaison de plusieurs critères de sélection comme c'est le cas pour la définition des usagers problématiques de cannabis. Cette réalité fragile sera peut-être remise en cause par d'autres découvertes et disparaîtra de l'investigation, mais tant que ce concept ne sera pas remis en cause, il représentera une certaine objectivation de la réalité et aura sa pertinence en tant qu'outil facilitant les échanges et le débat public.

Identifier des catégories pour mieux définir la prévention

À l'occasion de ces enquêtes, les informations recueillies, de nature déclaratives, permettent d'enrichir les données enregistrées (du point de vue comptable) des ventes, de la morbidité et de la mortalité (données fournies par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)). Les questions qui sont posées lors des interviews sont autant de variables donnant des informations quantitatives sur un phénomène de santé précis. Elles peuvent se combiner entre elles et donner ainsi des informations pour des sous-populations au sens statistique du mot. Par exemple, il existe quarante-cinq façons différentes de croiser deux variables dans un fichier contenant dix questions. Le « Baromètre santé » réalisé en population générale comprend envi-

née inconnue) et ce, uniquement pour les variables précédemment citées. Le nombre des variables retenues (quatre ou cinq) est restreint en raison du nombre de variables disponibles dans le recensement. L'hypothèse est qu'un échantillon représentatif en termes de sexe, âge, etc., le sera aussi pour ce qui est des comportements de santé.

Si nous en venons à présent aux différentes techniques permettant de constituer un échantillon, nous pouvons citer : la méthode aléatoire (tirage au hasard) et la méthode par quotas (choix raisonné ou judicieux). La théorie statistique montre qu'il est préférable d'utiliser la méthode aléatoire lorsque l'on souhaite interroger un nombre important de sujets (2 000 et plus) ; l'INPES a donc retenu cette méthode de tirage qui consiste à sélectionner les individus de façon aléatoire (3). Un sondage aléatoire est une méthode d'échantillonnage attribuant la même probabilité de tirage à tous les individus, c'est-à-dire qu'en théorie, tout le monde a la même chance d'être

contacté. Ce qui en pratique est faux : les personnes sans domicile fixe, les personnes n'ayant pas de ligne téléphonique fixe¹, les personnes en absence longue durée, les personnes hospitalisées, n'ont pas la même chance que les autres d'être contactées (4).

Avoir des images d'une certaine réalité...

L'étape suivante consiste à recueillir des informations à partir d'un questionnaire. Pour décrire la pertinence d'une question par rapport à ce qu'elle est censée mesurer, on parle de sensibilité (probabilité d'être fumeur lorsque l'on répond « oui » à la question sur le tabagisme) et de spécificité (probabilité d'être non-fumeur lorsque l'on répond « non » à la question sur le tabagisme). En d'autres termes, la personne qui répond « oui » à la question du Baromètre santé « Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ? » fume-t-elle du tabac en réalité ? Et, la personne qui répond « non », ne fume-t-elle pas réellement ? C'est dans ce passage de la compréhension et de la percep-

ron trois cents questions, d'où le nombre extrêmement élevé de possibilités d'analyses statistiques. Les principaux traitements des données consistent donc à croiser des variables à des caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, profession, situation professionnelle, situation maritale, revenus du ménage, structure familiale, taille de l'agglomération de résidence, niveau d'éducation scolaire, etc.) et d'identifier de la sorte des sous-populations. Ainsi, les personnes âgées de 55-64 ans sont identifiées comme étant celles qui déclarent le plus fréquemment consommer de l'alcool la veille de l'interview (5).

Ces informations concourent à mieux définir les publics prioritaires dans l'élaboration de programmes et d'actions de prévention et de promotion de la santé ; elles sont principalement diffusées sous forme de monographies (éditées entre 3 000 et 5 000 exemplaires) et partiellement mises à

disposition sur Internet. Les recueils des données se font en moyenne tous les cinq ans (*Lire encadré ci-dessous*).

Données de santé et prévention

L'apport des statistiques dans l'élaboration de mesures politiques est un phénomène peu contesté. Savoir combien de personnes font des tentatives de suicide par an et savoir s'il s'agit plus fréquemment de femmes que d'hommes aide à définir des politiques de prévention plus ciblées et donc d'une certaine manière plus efficaces.

Le débat ne porte pas tant sur l'utilité d'une telle information que sur la justesse des données et la définition des objets mesurés. Si le lien entre le Baromètre santé, enquête nationale descriptive, et l'usage politique des données pose peu de difficultés, il existe des obstacles entre les constats effectués et leur prise en compte dans les pratiques des acteurs de terrain.

Le premier obstacle provient probablement de la difficulté pour un outil de mesure d'être utile à tout le monde. De par sa méthode de recueil de données, le Baromètre santé est un outil peu adapté pour décrire utilement la réalité de terrain que vivent les professionnels de la santé. En particulier parce que les données présentées sont peu représentatives des vies de quartiers des acteurs locaux de la prévention.

En dépit de certaines faiblesses – pour la plupart communes aux différentes enquêtes, qu'elles portent sur la santé ou sur d'autres domaines –, rappelons l'intérêt de pouvoir disposer tant au niveau national que local de données quantitatives sur les comportements de santé et les publics qui s'y rattachent. Ces données sont des éléments parmi d'autres qui interviennent dans les débats publics et l'élaboration de politiques de santé. Il n'existe pas d'autres moyens que les enquêtes statistiques pour décrire de façon globale les comportements ou les opinions d'une population. Mais, dans cette recherche de la connaissance, il convient de garder à l'esprit les fragilités de l'outil et les perfectionnements que l'on doit en attendre.

Philippe Guilbert

Économètre, coordonnateur
du Baromètre santé,

Direction des affaires scientifiques,
INPES.

1. L'enquête se faisant par téléphone.

Les Baromètres réalisés depuis 1992

Année du terrain	Baromètre santé	Effectifs interrogés
1992 [1]	Adultes	2 099
	Médecins généralistes	252
1993 [2]	Adultes	1 950
	Médecins généralistes	494
1994 [3]	Médecins généralistes	1 013
1995 [4]	Adultes	1 993
1996 [5]	Adultes nutrition	1 984
1997 [6]	Jeunes	4 115
1998 [7]	Médecins généralistes	2 073
1998 [8]	Enquête Pharmaciens en officine	1 001
1999 [9]	Jeunes et adultes (12-75 ans)	13 685
	12-25 ans Alsace	1 237
	12-25 ans Nord - Pas-de-Calais	1 038
	12-25 ans Pays de la Loire	1 091
	12-25 ans Picardie	1 267
	12-75 ans Poitou-Charentes	1 032

[1] Baudier F., Dressen C., Alias F. (sous la dir.). Baromètre santé 92. Paris : CFES, 1994 : 168 p.

[2] Baudier F., Dressen C., Grizeau D., Janvrin M.P., Warszauski J. (sous la dir.). Baromètre santé 93/94. Paris : CFES, 1995 : 172 p.

[3] Arènes J., Baudier F., Dressen C., Rotily M., Moatti J.P. (sous la dir.). Baromètre santé médecins généralistes 94/95. Paris : CFES, 1996 : 137 p.

[4] Baudier F., Arènes J. (sous la dir.). Baromètre santé adultes 95/96. Vanves : CFES, 1997 : 288 p.

[5] Baudier F., Rotily M., Le Biban G., Janvrin M.P., Michaud C. Baromètre santé nutrition 96. Vanves : CFES, 1997 : 180 p.

[6] Arènes J., Janvrin M.P., Baudier F. (sous la dir.). Baromètre santé jeunes 97/98. Vanves : CFES, 1998 : 328 p.

[7] Arènes J., Guilbert P., Baudier F. (sous la dir.). Baromètre santé médecins généralistes 98/99. Vanves : CFES, 1999 : 218 p.

[8] Collin J.-F. Enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99. Vanves : CFES, 1999 : 64 p.

[9] Guilbert P., Baudier F., Gautier A., Goubert A.C., Arwidson P., Janvrin M.P. Baromètre santé 2000. Volume 1. Méthode. Vanves : CFES, 2001 : 144 p. Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.) Baromètre santé 2000. Volume 2. Résultats. Vanves : CFES, 2001 : 474 p. Guilbert P., Gautier A., Baudier F., Trugeon A. Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans. Volume 3.1 : synthèse des résultats nationaux et régionaux. Declercq, Imbert F., Tallec A., Trugeon A. Volume 3.2 : résultats régionaux. Vanves : CFES (à paraître).

► Références bibliographiques

- (1) Desrosières A. *La Politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*. Paris : La Découverte & Syros, 2000 : 462 p.
- (2) Leclerc A., Papoz L., Bréart G., Lellouch J. *Dictionnaire d'épidémiologie*. Paris : Frison-Roche, 1990 : 144 p.
- (3) Deville J.-C. *La Qualité de l'information dans les enquêtes*. Journées d'études de l'ASU. Paris : Dunod, 1992 : 345-63.
- (4) Ardilly P. *Les Techniques de sondage*. Paris : Technip, 1994 : 396 p.
- (5) Legleye S., Ménard C., Baudier F., Le Nezet O. Alcool. In : Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir. de). *Baromètre santé 2000. Résultats*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 2001 : 474 p.

Des enquêtes pour comprendre et agir

Les Baromètres santé de l'INPES et de ses partenaires scrutent l'évolution des comportements de santé des Français. Ces enquêtes, précieuses pour bâtir des stratégies de prévention, ont contribué à alerter sur certaines évolutions comme la montée du tabagisme chez les jeunes femmes. Mais l'outil a ses limites, et il doit donc être utilisé conjointement avec d'autres études, afin d'éclairer le plus justement possible la politique de promotion de la santé actuelle et à venir.

Les Baromètres santé ont été mis en place au début des années quatre-vingt-dix afin d'éclairer les organismes, principalement le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), qui sont en charge du développement des programmes de santé publique ayant pour objet l'évolution de certains comportements dans la population. Ils sont venus en partie se substituer à des études quantitatives (par quotas) et qualitatives, utilisées très largement par le CFES pour appuyer ses campagnes de prévention (dans le cadre d'approches à caractère publicitaire). Ces enquêtes aléatoires par téléphone ont, depuis une décennie, permis de collecter des informations sur la santé des Français. Ces travaux ont été largement utilisés dans le cadre des différents rapports du Haut Comité de la santé publique, pour alimenter les réflexions des Conférences nationales et régionales de la santé, mais aussi et surtout, par des organismes comme l'INPES (ex. CFES), qui produit ces Baromètres santé, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) ou l'Assurance Maladie.

Compléter une vision purement médicale de la santé

Pendant de nombreuses années, les programmes de prévention en général et d'éducation pour la santé en particulier ont permis de mettre en œuvre

des stratégies d'action très traditionnelles, que certains ont souvent qualifiées d'injonctives. L'effort de communication des personnes censées détenir la connaissance sur la santé et la promotion était centré sur la transmission des savoirs et les changements de comportements individuels. L'environnement social, culturel et affectif, mais aussi les opinions, les attitudes ou les comportements des personnes concernées étaient peu pris en compte. Dans cette optique, une vision de la santé uniquement basée sur une démarche individuelle et médicale (données hospitalières, observations cliniques, etc.) est nécessaire mais insuffisante. Par ailleurs, une perception principalement médiatique (faits divers, rumeurs, etc.) donne un aperçu événementiel trop déformé par rapport à la réalité quotidienne.

Les perspectives formulées pour la promotion de la santé dans la charte d'Ottawa donnent aujourd'hui une place importante à l'écoute et à l'expression des usagers. Leur rôle d'acteur à part entière de leur santé, sur le plan individuel et social, octroie donc aux techniques qui facilitent cette expression une place essentielle. Les Baromètres santé contribuent à cette prise de parole. Le cadre de collecte des informations est certes contraint dans un format de questions fermées et pré-établies, administrées au téléphone, mais le fait que des échantillons repré-

sentatifs de la population puissent régulièrement s'exprimer est un atout précieux. Cette démarche participe donc pleinement à une ouverture – souhaitable – vers une politique qui se bâtit à partir d'éléments touchant au quotidien de la population française. Bien entendu, cette approche doit être complétée par la création d'espaces d'expression des citoyens, qui facilitent leur participation plus active dans la vie publique et le champ sanitaire : forums, états généraux, instances de réflexion ou de décisions ouverts aux usagers...

Explorer certaines addictions

Les Baromètres santé s'avèrent très instructifs pour nous renseigner sur les grandes évolutions des comportements de santé. Ainsi, sur le tabac, l'alcool et les drogues illicites, les consommations et les opinions ont sensiblement évolué au cours des dix dernières années. Pour le tabac, la décennie quatre-vingt-dix a été marquée par l'entrée en vigueur de la loi Evin, le basculement de l'image de fumeur vers une opinion plus négative et une réduction de la consommation. Dans la population des jeunes de 12 à 18 ans, la décroissance de la consommation s'est poursuivie avec une diminution de la prévalence de près de vingt points entre 1977 et 1999 (46,0 % à 26,9 %) et une certaine stabilisation entre 1997 et 1999. Parmi les jeunes adultes (18-25 ans), au sein desquels on trouve la proportion de fumeurs la plus importante de toute la population fran-

çaise (environ une personne sur deux), il a été aussi constaté entre 1992 et 1999 une baisse significative.

De façon plus globale, dans la population des 18-75 ans, l'observation conjointe des évolutions concernant le déclaratif (avec les Baromètres santé ou d'autres enquêtes) et les ventes, permet de dresser le constat global que la loi Évin (entrée en application en 1992) a eu un effet significatif sur la baisse de la consommation de tabac des Français. Cet impact semble s'être exercé principalement auprès de la population masculine et avoir perdu de sa vigueur au cours de la deuxième partie des années quatre-vingt-dix, alors que l'augmentation des prix était moins forte. Par ailleurs, une mise en perspective sur près de vingt-cinq ans (depuis 1974) de la consommation de tabac dans la population adulte (18-75 ans) montre :

- des pourcentages moyens (hommes/femmes réunis) qui sont toujours autour de 40 %, sauf à partir du début des années quatre-vingt-dix, où ils passent plus régulièrement autour de 35 % ;
- la décroissance sensible du pourcentage de fumeurs chez les hommes (moins dix-neuf points, entre 1974 : 59,0 %, et 1999 : 39,9 %) ;
- une augmentation qui semble se confirmer chez les femmes (plus cinq points entre 1974 : 28,0 %, et 1999 : 33,5 %).

Des comportements évolutifs mais des résultats toujours fragiles

Les opinions des Français par rapport à la place sociale du tabac ont aussi évolué. Par exemple, ceux qui se déclarent gênés par la fumée des autres sont beaucoup plus nombreux aujourd'hui. Par ailleurs, si le respect des zones non-fumeurs est encore loin d'être optimal, les choses ont plutôt évolué favorablement, en particulier sur les lieux de travail, dans les bars, les cafés et les restaurants. Au cours de ces dix dernières années, l'effet de la loi Evin a donc influencé favorablement la consommation de tabac des Français, ainsi que certaines opinions et attitudes des fumeurs comme des non-fumeurs vis-à-vis de ce produit et de son utilisation. Pourtant, cette situation reste fragile et il est possible de faire l'hypothèse que l'augmentation plus faible du prix du tabac dans la deuxième partie de la décennie quatre-vingt-dix constitue une des

principales raisons de la moindre efficacité d'un dispositif de santé publique, qui a pourtant vu les programmes de prévention renouveler leurs approches (information, communication, éducation et prise en charge du sevrage) et bénéficier d'un effort soutenu. En effet, le budget consacré à la lutte contre le tabagisme dans le cadre du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) de l'assurance maladie a notablement progressé entre 1990 et 1999. Par ailleurs, la situation du tabagisme féminin est devenue préoccupante, comme le confirment les récentes données sur la prévalence du cancer du poumon chez les femmes.

Suivi de la consommation d'alcool dans l'œil du Baromètre

En France, la prise d'alcool est une pratique addictive qui présente de nombreuses particularités. La dimension culturelle, festive... est très présente dans un pays qui est un des plus gros consommateurs... et producteurs du monde. Durant ces dernières décennies, des évolutions majeures ont été constatées dans les habitudes de consommation des boissons alcoolisées, au sein de la population française. Elles ont été observées au niveau du Baromètre santé et confirmées par d'autres études. Elles présentent plusieurs caractéristiques :

- une chute importante de la consommation moyenne, qui a porté principalement sur le vin ;
- deux grands groupes de consommateurs se sont constitués :
 - le premier, que l'on peut qualifier de traditionnel, concerne les plus de 50-60 ans ; ce sont des sujets qui boivent tous les jours, souvent à chaque repas et de préférence du vin ; leur importance en nombre a diminué au fil des années ;
 - les seconds sont plus jeunes ; ils boivent principalement en fin de semaine (vendredi, samedi, dimanche) des alcools forts, de la bière ou du vin d'appellation.

Ces évolutions ont modifié les conséquences sanitaires pour les consommateurs d'alcool. Si les risques de passage vers la consommation excessive et la dépendance sont toujours très présents dans les deux modes de consommation, les prises d'alcool regroupées en fin de semaine exposent

plus fortement les adultes comme les plus jeunes aux accidents (de toute nature, circulation mais aussi de la vie courante), à la violence, à certains actes délictueux, etc.

Des stratégies de prévention à modifier

La situation des adolescentes est particulière. Le principal constat est qu'elles ont une consommation très nettement inférieure, en fréquence comme en quantité, par rapport aux garçons. À la différence du tabac, l'alcool reste donc chez les jeunes une addiction à forte prédominance masculine (c'est aussi le cas parmi les adultes). Pourtant deux spécificités sont à relever :

- la situation des filles de 12-14 ans qui déclarent plus d'ivresses que les garçons ;
- le fait que c'est au cours de l'adolescence, tous âges confondus (12-75 ans), que l'on constate des prises d'alcool les plus élevées.

Il sera donc très important dans le futur de suivre ces évolutions au sein de la population féminine. En effet, il est possible de faire l'hypothèse que certaines habitudes de vie, actuellement très différenciées suivant le sexe, vont avoir tendance à se rapprocher dans l'avenir, à la défaveur des femmes. Ces changements constatés positionnent donc ce produit parmi d'autres substances addictives, tabac, cannabis, médicaments détournés de leur usage... et obligent à développer des approches de santé publique profondément renouvelées.

Progression du cannabis : une tendance lourde

La mesure des évolutions de produits illicites est toujours un « exercice » délicat pour les enquêtes déclaratives. Par ailleurs, certaines substances dont la consommation reste relativement marginale (par une population difficile à contacter régulièrement) doivent être écartés de ce type de suivi. C'est pourquoi le cannabis a été principalement l'objet d'analyses spécifiques.

La donnée la plus marquante est la progression très forte et assez récente du pourcentage des jeunes qui déclarent avoir déjà consommé du cannabis. C'est ainsi qu'entre 1992 et 1995, l'augmentation avait été de + 5,6 % chez les 18-25 ans (de 23,3 % à 28,9 %), elle

a été trois fois plus importante (+ 15,6 %) entre 1995 et 1999 (de 28,9 % à 44,5 %). Sur une période très courte de deux ans (1997 et 1999), elle a été de + 7,8 % pour les 15-19 ans. Pourtant, la relative banalisation de ce produit dans la population adolescente n'entraîne pas chez les jeunes un souhait fort de dépénalisation. Les deux tiers d'entre eux y sont opposés. Les filles restent des consommatrices de produits illicites beaucoup moins fréquentes et plus modérées que les garçons. C'est aussi le cas pour leur consommation d'alcool, à la différence du tabac.

Enfin, les consommateurs de cannabis sont plus fréquemment des jeunes encore insérés dans le milieu scolaire, issus de familles à niveau social moyen ou élevé. Les mesures d'évolution des opinions, attitudes et comportements sur les produits addictifs en général, et sur le cannabis en particulier, soulignent la confusion existante – tant chez les adultes que chez les jeunes – des repères sur les plans scientifique, législatif et idéologique. En effet, la banalisation d'un produit illicite (le cannabis) contraste avec une réglementation de plus en plus restrictive sur une substance autorisée (le tabac). Au total, les résultats des Baromètres santé montrent que tous ces débats suscitent toujours chez les jeunes troubles et confusions, à propos des sujets sur lesquels il serait nécessaire que la société soit plus « adulte » et donne des repères clairs et constructifs.

Tordre le cou aux idées reçues

À partir de ces trois exemples (tabac, alcool et cannabis), on constate des évolutions inattendues en matière de santé au cours des dix dernières années. De façon générale, hormis quelques évolutions rapides (consommation de cannabis et, dans une moindre mesure, consommation de tabac chez les hommes), il semble que les principaux changements se font sur des périodes qui dépassent souvent la décennie. Le domaine de la sexualité illustre parfaitement ce phénomène. En effet, les Baromètres santé ont confirmé que l'âge des premières relations sexuelles a peu évolué. Pourtant, beaucoup d'adultes et de responsables publics font régulièrement référence à une certaine précocité sexuelle des jeunes d'aujourd'hui. Par ailleurs, l'utilisation du préservatif au cours des premières relations s'est généralisée, et

l'observation des évolutions générationnelles montre un plus grand sens des responsabilités parmi les adolescents d'aujourd'hui.

Au total, les Baromètres santé sont des observatoires précieux pour les acteurs du système de santé, dont il faut connaître l'intérêt et les limites. Ils permettent de donner la parole régulièrement au plus grand nombre et de concourir à une certaine démocratie sanitaire. Ils sont aussi un support très utile pour bâtir des stratégies publiques solides, sur le moyen et le long terme, en se dégageant de mouvements d'opinion superficiels, éphémères ou trop idéologiques. Le travail en miroir, effectué grâce aux Baromètres santé médecins et pharmaciens également élaborés par l'INPES avec le soutien de l'Assurance maladie, vient utilement compléter les informations recueillies.

Pourtant, ces enquêtes périodiques ne peuvent s'envisager que dans un cadre élargi à des travaux complémentaires. La difficulté de rejoindre certaines populations très marginalisées, la nécessité d'approfondir l'analyse de phénomènes complexes, l'évolution des déclarations liée à une pression sociale changeante (banalisation de la consommation de cannabis et pression réglementaire de plus en plus forte en matière de tabagisme), tous ces facteurs plaident donc pour la diversité mais aussi par la rigueur dans les approches. Les Baromètres santé devront y contribuer dans l'avenir comme ils l'ont fait avec régularité depuis plus de dix ans.

François Baudier

Médecin, Directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté, Besançon.

Un Baromètre ne fait pas le printemps

Les enquêtes de santé qui interrogent la population – comme le Baromètre santé de l'INPES – sont utiles à la santé publique car elles suivent l'évolution des comportements. Mais l'exercice a ses limites, de par les méthodes retenues pour collecter et présenter les informations et les résultats. Les enquêtes en population doivent donc impérativement être croisées avec d'autres études, « qualitatives », en particulier pour servir l'acteur de terrain de la prévention.

Il est de bon ton d'introduire la discussion d'un article scientifique en exposant les limites de l'étude dont les résultats sont présentés. C'est un peu à cet exercice que nous allons nous prêter ici, sachant qu'il comporte un certain nombre de périls. Précisons donc d'emblée que l'objectif de cet article n'est pas de dévaloriser les enquêtes de santé ou de remettre en cause leur validité sur le plan scientifique, bien au contraire.

Toute étude comporte des limitations. Porter un regard critique sur le Baromètre santé publié par l'INPES témoigne avant tout d'un souci de perfectionnement des méthodes et de professionnalisme dans l'interprétation des résultats. C'est en grande partie grâce à ce regard critique, à cette prise de recul par rapport aux données et à leur utilisation que les chiffres peuvent prendre sens et nourrir une réflexion profitable aux acteurs de prévention.

Quanti ou quali... chou vert et vert chou ?

Il ne s'agit pas ici de relancer l'éternel débat entre approche quantitative et approche qualitative. Bien que certains auteurs persistent à voir dans ces deux approches deux univers épistémologiques¹ incompatibles (1), de nombreuses voix s'élèvent pour affirmer, qui les ressemblances entre les deux méthodes, qui leur complémentarité. Pour J.-C. Passeron (2), par exemple,

« le qualitatif allégué ignore son quantitatif frileux et le quantitatif ostenté son qualitatif implicite ». Selon plusieurs autres auteurs, l'intégration des deux types d'études est devenue nécessaire pour appréhender des phénomènes sociaux-sanitaires complexes (3) tels que la question des comportements suicidaires chez certaines catégories d'adolescents ou la prise de risques liée à la consommation excessive d'alcool. Comme le dit N. Denzin (4), *« les faiblesses d'une méthode constituent souvent les forces de l'autre, et, en les combinant, les chercheurs peuvent tirer le meilleur de chacune d'elles, en annulant leurs biais respectifs ».* Selon L.-H. Groulx (5), *« cette exigence de complémentarité est particulièrement affirmée dans le champ de l'épidémiologie. Elle s'exerce dans une utilisation coordonnée et conjointe des deux méthodes où l'une cherche à cerner les caractéristiques communes et l'autre à connaître les sujets dans leur environnement naturel et la relation que ceux-ci entretiennent avec leur environnement. »* Si l'on applique ce dernier raisonnement, le Baromètre santé, étude quantitative, se trouverait indéniablement enrichi de l'apport d'études qualitatives, qui, en diversifiant les angles d'observation, permettraient de corriger certaines approximations, d'accroître la validité des analyses et la pertinence de l'interprétation des données.

La cueillette des données

L'un des reproches les plus fréquemment formulés à l'égard des enquêtes type Baromètre santé est la nécessité où elles se trouvent de réduire le nombre de variables étudiées pour rendre possible la passation du questionnaire dans un temps supportable pour l'enquêté. Cette réduction du nombre de variables passe par l'utilisation de questionnaires fermés comportant un nombre limité de questions et de possibilités de réponses. De plus, ce type d'enquêtes implique nécessairement le recueil sur un ensemble d'éléments (individus, groupes, institutions...) d'informations comparables d'un élément à l'autre, et c'est cette comparabilité qui permet la comptabilisation et l'analyse quantitative des données sous ses formes les plus diverses (6). Or, force est de constater que *« tout ne se laisse pas saisir de cette manière : ce serait délaisser et ignorer tout un pan de la réalité sociale que de n'étudier que ce qui se prête à une quantification »* (7).

Une autre manière de formuler cette idée serait de dire que caractériser n'est pas connaître, et qu'il convient de prendre en compte cette limitation dans l'utilisation qui est faite des résultats. Ainsi, il est essentiel de souligner que le regroupement de plusieurs individus dans les mêmes intitulés de variables descriptives (par exemple, *« les adolescents cumulant plusieurs conduites à*

significativement plus défavorables aux « toxicomanes » que les personnes interrogées par téléphone. C'est l'éternelle question de la valeur du « déclaratif » qui est posée ici. Cette question, qui se pose d'ailleurs de manière aussi aiguë dans les enquêtes qualitatives, soulève celle de l'objectivité des mesures scientifiques et des chercheurs, vaste sujet que nous ne faisons qu'effleurer ici...

De même, il est difficile d'ignorer que la médiatisation des « bons » et des « mauvais » comportements – et, surtout, la façon dont ces informations sont intégrées sous la forme de représentations sociales – jouent un rôle dans les déclarations des personnes interrogées. Qu'on démontre qu'un facteur est corrélié avec un comportement, et les personnes peuvent agir – et agir – sur cette information, soit pour la remettre en question, soit pour confirmer sa véracité (8). L'un des exemples les plus simples et les plus frappants de cette difficulté est sans doute le recueil des informations relatives à la consommation de cannabis par les jeunes : quel adolescent aujourd'hui, en quête d'une identité virile et d'une identification à son groupe d'appartenance, peut admettre facilement qu'il n'a jamais de sa vie touché au cannabis ?

D'où vient le vent ?... ou l'éternelle question de l'œuf et de la poule...

Les données recueillies au moyen des enquêtes transversales type Baromètre santé ne permettent pas de fournir des interprétations sous la forme de relations de cause à effet puisque, par construction, ce recueil est effectué à un moment précis et non étalé dans le temps. Or, la tentation est grande – surtout à la suite de la réalisation d'analyses dites « multivariées » permettant de mettre en évidence la force et la spécificité du lien statistique unissant deux variables – de voir dans ces associations statistiques des relations causales. Cette tentation s'exerce d'ailleurs autant sur le chercheur, producteur des données, que sur le lecteur, utilisateur potentiel de ces données. Alors, bien sûr, certains types de données échappent à cette limitation : le rapport sexuel non protégé intervient généralement avant la grossesse. Mais qu'en est-il des variables associées du type « activité physique régulière et consommation de tabac » ? Il n'est pas

risque », « les personnes sédentaires en surpoids », « les consommateurs d'alcool problématiques ») ne doit pas laisser penser que ces individus sont en tous points identiques. Une infinie quantité de variables explicatives les définissant de manière unique sur le plan psychologique, social, culturel, relationnel, etc., échappe à cette tentative de description. Ainsi, l'enquête Baromètre santé s'attache à décrire le mieux possible des catégories d'individus, mais, ce faisant, elle crée des catégories virtuelles dont l'évocation peut durablement occuper l'espace scientifique ou politique.

De la fiabilité des questionnaires

La question de savoir si les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête sont bien représentatives de l'ensemble de la population se pose également. Dans le cadre du Baromètre santé, les personnes contactées pour répondre aux questions de l'enquête sont sélectionnées à partir des fichiers disponibles ; par conséquent, les personnes sans domicile fixe, ou n'ayant pas de ligne téléphonique fixe, ou en absence de longue durée, ou

hospitalisées, ont évidemment peu de chances d'être contactées. En réalité, il n'existe pas une seule méthode de recueil d'informations qui puisse prendre en compte l'ensemble des individualités d'un pays.

Autre problème fréquemment soulevé par le recueil des données du Baromètre : le degré de fiabilité des réponses apportées dans le cadre des questionnaires. Sans aller jusqu'à faire peser un climat de suspicion sur toutes les informations collectées, il est permis de s'interroger sur les différences que l'on observe lorsque la même question est posée par téléphone et en face-à-face. Ces différences sont particulièrement importantes lorsque ce sont des opinions qui sont explorées. Par exemple, les résultats obtenus au moyen des deux techniques d'enquête ont été comparés sur des questions évaluant l'opinion des personnes interrogées concernant les consommateurs de drogues (7). Les réponses sont significativement différentes dans un cas et dans l'autre, les personnes interrogées en face-à-face exprimant des opinions



plus légitime d'affirmer que l'exercice physique diminue la consommation tabagique que d'affirmer, avant de l'avoir prouvé, que ce sont les personnes qui étaient déjà peu portées sur la cigarette qui se mettent au sport le plus facilement. Un autre exemple est le lien, souvent démontré, entre activité physique régulière et fréquence élevée de violence agie, notamment chez les jeunes. Il est tout aussi hasardeux d'affirmer que la pratique sportive régulière rend violent que de conclure que ce sont les jeunes initialement les plus agressifs qui pratiquent une activité physique régulière.

Labourer, semer... pour quelle récolte ?

Il n'est pas question de nier l'intérêt du Baromètre santé dans la mise en évidence de priorités de santé publique, ou dans la description précise de logiques comportementales spécifiques sur le plan de la santé. De nombreux obstacles se dressent néanmoins entre ces constats et leur prise en compte, notamment dans les pratiques des acteurs de terrain. Ces obstacles sont de plusieurs natures.

La première est le décalage observé par les acteurs de terrain entre leur analyse directe des situations et l'image que leur en renvoie l'interprétation qui est faite des données recueillies dans le cadre des enquêtes de santé. La notion de « polyconsommation » chez les jeunes en fournit une bonne illustration. Cette notion, et son exploitation idéologique, ont fait l'objet d'un avis du conseil scientifique du Comité français d'éducation pour la santé en 2001 (9). Cette instance soulignait à l'époque la nécessité de bien distinguer les comportements relevant d'une véritable polyconsommation (définie comme une consommation régulière simultanée d'alcool, de tabac et de cannabis), et ce que l'on pourrait appeler une « polyexpérimentation ». Dans cet exemple, c'est une lecture erronée des données de l'enquête épidémiologique qui avait conduit à répandre l'idée d'une dépendance et d'une polyconsommation répandues chez les jeunes, alors que, comme le soulignent M. Choquet et S. Ledoux (10), « *si la consommation régulière d'au moins un produit n'est pas exceptionnelle* », « *l'usage régulier de plusieurs produits est nettement plus*

rare ». À cet égard, le *Baromètre santé jeunes* de 1998 (11) fournissait des chiffres éloquentes : seul 1 % des 15-19 ans interrogés dans le cadre de cette enquête avaient une consommation régulière simultanée d'alcool, de tabac et de cannabis. Respectivement 2,1 % et 1,6 % consommaient régulièrement de l'alcool et du cannabis ou du tabac et du cannabis. En revanche, 91,1 % des 15-19 ans affirmaient avoir expérimenté au moins l'un de ces trois produits.

Ce dernier exemple tend à souligner également la nécessité d'avoir en amont une réflexion éthique sur l'utilisation possible des résultats d'une enquête, tant il est vrai que, dans une certaine mesure, on peut faire dire aux chiffres ce que l'on souhaite. Cette réflexion éthique devrait se doubler d'une réflexion plus pratique sur les modalités de diffusion des résultats, notamment auprès des médias.

Conduites à risques, conduites d'essai : une nuance de taille

Chez les adolescents et les jeunes en particulier, l'éducation pour la santé doit s'attacher à bien distinguer ce qui

relève de comportements à risque, consciemment ou inconsciemment autodestructeurs, et ce qui s'apparente à des conduites d'essai constitutives des expérimentations indispensables à la construction d'une identité d'adulte autonome (12). Or, et c'est là une autre des faiblesses des approches du type Baromètre santé, qui limite leur utilisation par les acteurs de terrain, l'approche par risques est généralement celle qui est privilégiée.

Cette approche par risques est de plus en plus souvent remise en question dans les travaux de recherche en éducation pour la santé. D'une part, il est perçu comme « simpliste » (13) d'affirmer que, parce que la recherche en sciences médicales ou sociales a démontré des associations entre certains comportements et des conséquences néfastes pour la santé, il est possible d'identifier des risques pour la santé de manière absolue. Comme le dit P. Lecorps (14), « *la notion de risque, fondement scientifique de toute action préventive, est une estimation des probabilités d'occurrence d'un événement par rapport à une collectivité observée. Mais, si la fréquence statistique observée sur une population permet de construire la représentation de "l'individu moyen", elle ne permet pas, en revanche, d'affirmer la probabilité de survenue pour une personne donnée.* »

D'autre part, la représentation que se fait du risque le public interrogé dans le cadre d'une étude comme le Baromètre est non seulement complexe, mais truffée d'éléments contradictoires extrêmement difficiles à appréhender dans ce type d'étude (15). H. Joffe, par exemple, explique que les personnes construisent leurs perceptions des risques au travers de prismes teintés par les caractéristiques de leur groupe d'appartenance, de l'image qu'ils ont d'eux-mêmes au moment où ils répondent aux questions de l'enquête, et de leurs expériences passées. Il serait faux de dire que ces éléments contribuent à leur donner une vision déformée d'un « risque réel » ; ils constituent la « réalité » dans l'esprit de ceux qui examinent leurs propres comportements. Par exemple, des stratégies telles que « *avoir un exercice physique régulier* » ou « *éviter la pollution atmosphérique* » sont considérées par une proportion non négligeable de fumeurs

comme des stratégies efficaces pour éviter un cancer du poumon (16). Il existe donc un décalage entre la « réalité » des risques telle qu'elle est appréhendée par les chercheurs au moyen de leur questionnaire et la « réalité » du vécu des personnes qu'ils interrogent.

Désireux de mettre en évidence l'ensemble des facteurs affectant les choix des personnes concernant leur alimentation et la pratique d'une activité physique, des chercheurs ont conduit une étude exploratoire basée sur l'approche ethnographique (17). Leurs résultats montrent que, dans la représentation des risques liés à une alimentation et un niveau d'activité physique défavorables à la santé, et dans la propension à agir pour protéger sa santé, interviennent des facteurs sociaux, structuraux et culturels, auxquels s'ajoutent les valeurs et la dynamique familiales. Dans cette étude, ces facteurs incluaient la nature et la qualité du réseau social et familial des personnes interrogées, leur situation économique, les caractéristiques climatiques de leur région, leurs représentations de l'alimentation et de l'exercice physique, etc. Les acteurs de terrain, qui ont accès à ces différentes dimensions, ne les retrouvent que très rarement prises en compte comme variables explicatives dans les enquêtes de santé.

Le temps qu'il fait

Ces mêmes acteurs de terrain sont également souvent déçus à la lecture des résultats de ces enquêtes. Par exemple, dans les années quatre-vingt, marquées par l'épidémie de sida, on a vu fleurir de nombreuses enquêtes KABP², dont l'objectif était de mettre en évidence les caractéristiques des adolescents utilisateurs de préservatifs, avec pour objectif affiché de fournir des éléments pour mettre en œuvre des actions de promotion du préservatif plus efficaces. Basées sur des modèles faisant l'hypothèse de la prédominance des raisonnements rationnels dans l'adoption des comportements de santé³, ces enquêtes aboutissaient à la conclusion que les adolescents qui étaient les plus enclins à utiliser des préservatifs étaient ceux qui étaient capables d'évaluer les conséquences de leurs actes, qui pensaient qu'ils pourraient être contaminés s'ils ne se protégeaient pas, qui se représentaient le sida comme une maladie grave, qui ne percevaient aucun obsta-

cle à l'utilisation des préservatifs, et qui exprimaient une intention forte d'en utiliser... Ces conclusions ne sont probablement pas fausses. Cependant, on ne peut pas dire qu'elles soient particulièrement utiles pour expliquer ou prédire des comportements. Il n'est donc pas étonnant que les acteurs de terrain, pour qui ces résultats constituent en fait des évidences, trouvent ces « découvertes » peu aidantes (18). Plus encore, pour les acteurs de terrain, ce type de résultats comporte en germe la stigmatisation de certaines catégories de la population, stigmatisation pouvant conduire à un « blâme de la victime », dont on connaît les effets destructeurs sur des populations déjà fragilisées.

Enfin, on peut s'interroger sur la transférabilité de ce type de modèle explicatif (d'origine anglo-saxonne) dans le contexte français. Sans vouloir considérer d'emblée les Français comme plus irrationnels que les autres peuples dans leurs choix comportementaux, on peut se demander si des notions comme la « vulnérabilité personnelle perçue » ou le « sentiment d'efficacité personnelle » recouvrent exactement les mêmes réalités dans chaque pays.

Les acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé ont besoin que la recherche les aide à accéder à une compréhension plus riche et plus complète des déterminants personnels et sociaux des comportements de santé, ainsi que des représentations de la santé, des facteurs de risque et des facteurs de protection. En bref, les éducateurs pour la santé attendent des chercheurs qu'ils les soutiennent dans leur tâche en les aidant à décrypter le sens de conduites apparemment irrationnelles.

Les délices des vendanges tardives

Constatant la difficulté à appliquer les résultats des enquêtes du type Baromètre santé dans le champ social, de plus en plus d'auteurs s'attachent aujourd'hui à définir les conditions d'une transposition⁴ optimale de ces résultats du monde de la recherche à celui de l'action (19, 20). Plusieurs pistes sont actuellement explorées (21) : le développement d'échanges entre acteurs de terrain et chercheurs afin de fixer aux recherches des objectifs répondant aux besoins des uns et des

autres, la mise en place de formations à la recherche pour les acteurs de terrain et de formations à la promotion de la santé pour les chercheurs en santé publique, et l'adaptation des publications des résultats des enquêtes aux attentes des intervenants de la prévention et de l'éducation pour la santé. En effet, les articles de recherche publiés actuellement, bien que très nombreux, ne répondent que très partiellement

aux attentes des acteurs de terrain : « recommandations pour l'action » plus incantatoires que réellement inspirantes, revues de la littérature sous-exploitées sur le plan de leurs apports pour les praticiens, importance démesurée accordée aux méthodes par opposition à la pertinence de la question de recherche, rareté des articles de recherche publiés par les acteurs de terrain eux-mêmes, etc.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), dont les missions incluent à la fois la production de données d'enquêtes nationales et le soutien aux professionnels de terrain, est particulièrement impliqué dans ces axes d'intervention. Outre la création d'espaces d'échanges entre chercheurs et acteurs de terrain (du type séminaires ou journées scientifiques) et le soutien au développement de formations, l'INPES travaille à la création d'une nouvelle collection éditoriale basée sur le principe « de la recherche à l'action ». Cette nouvelle collection accueillera aussi bien des référentiels de bonnes pratiques (présentant à la fois l'état de l'art sur une question et des modèles d'actions) que des guides d'action élaborés à partir des données quantitatives des Baromètres. En collaboration avec la Société française de santé publique, l'INPES prépare également la publication d'un guide d'aide à la rédaction pour les professionnels de la santé publique et de la promotion de la santé (22).

Cette attention accordée à la mise à disposition des apports des recherches aux professionnels de terrain est le signe d'une double volonté : accroître l'utilité sociale des enquêtes de santé et améliorer la qualité des actions menées sur le terrain par les différents intervenants de la prévention et de l'éducation pour la santé. Si ces initiatives pouvaient également accroître la lisibilité des résultats d'enquête pour les décideurs et leur fournir des critères de qualité dans leur appui financier aux actions de terrain (23), elles contribueraient de manière significative au développement et à la reconnaissance de ces deux champs.

Christine Ferron

Psychologue,
direction des Affaires scientifiques à l'INPES.

► Références bibliographiques

- (1) Blaikie N. *A Critique of the Use of Triangulation in Social Research*. Quality and Quantity 1991; 25 : 115-36.
- (2) Passeron J.-C. *L'Espace mental de l'enquête*. Les terrains de l'enquête 1995 ; 1 : 13-42.
- (3) Mucchielli L. *La guerre des méthodes n'aura pas lieu*. Sciences humaines 1998 ; 80 : 26-9.
- (4) Denzin N. *The Research Act*. Englewood Cliffs : Prentice Hall, 1989.
- (5) Groulx L.-H. *Le Débat qualitatif-quantitatif : un dualisme à proscrire ?* Ruptures, revue transdisciplinaire en santé 1997 ; 4, n°1 : 46-58.
- (6) Hirschorn M. Techniques quantitatives et techniques qualitatives : de l'opposition à l'articulation. In : Wodz J. *Problèmes de sociologie qualitative*, 1987 : 40-55.
- (7) Guilbert P., Baudier F., Arwidson P. *Comparaison de deux modalités d'enquête sur les comportements et attitudes au sujet de l'alcool, du tabac et des drogues illégales*. Revue d'Épidémiologie et de Santé publique 1999 : 47 (2).
- (8) Buchanan D.R. *Reflections on the Relationship between Theory and Practice*. Health Education Research 1994; 9(3) : 273-83.
- (9) Avis du conseil scientifique du Comité français d'éducation pour la santé. Paris : CFES, juin 2001.
- (10) Choquet M., Ledoux S. Réalités des conduites de dépendance à l'adolescence en France. In : Bailly D., Venisse J. *Dépendance et conduites de dépendance*. Paris : Masson, 1994 : 3-17.
- (11) Gautier A., Arènes J., Velter A. Polyconsommation de substances psychoactives. In : Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F. *Baromètre santé jeunes 97/98*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1998 : 209-15.
- (12) Michaud P.A., Blum R.W., Ferron C. *Bet you I will ! - Risk or Experimental Behavior during Adolescence?* Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 1998; 152 : 224-6.
- (13) Fox N.J. *What a "Risky" Body can Do: why People's Health Choices are not all Based in Evidence*. Health Education Journal 2002; 61(2): 166-79.
- (14) Lecorps P. La santé vécue par le sujet. In : *Évaluer l'éducation pour la santé. Concepts et méthodes*. Vanves : INPES, coll. Séminaires, 2002 : 19-27.
- (15) Joffe H. *Representations of Health Risks: what Social Psychology can Offer Health Promotion*. Health Education Journal 2002; 61(2): 153-65.
- (16) Grémy I., Halfen S. *Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac*. Rapport pour l'Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France, 2002.
- (17) Brett J.A., Heimendinger J., Boender C., Morin C., Marshall J.A. *Using Ethnography to Improve Intervention Design*. American Journal of Health Promotion 2002 ; 16(6): 331-340.
- (18) Ferron C. *Improving the Interaction between health education practitioners and researchers : the French situation*. 28th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society, Paris, 2002.
- (19) *Pour un programme stratégique de recherche en éducation*. Rapport remis aux ministres de l'Éducation nationale et de la Recherche par le groupe de travail constitué par A. Prost, 2001.
- (20) Etévé C., Rayou P. *La Demande de transfert des résultats de la recherche*. Recherche et formation, 2002 ; 40, 27-41.
- (21) Schwartz R., Capwell E. *Advancing the Link between Health Promotion Researchers and Practitioners*. Health Education Research 1994 ; (3), iiv.
- (22) *Écrire en santé publique et en promotion de la santé. Guide d'aide à la rédaction*. À paraître en 2004.
- (23) Nutbeam D. *Improving the Fit between Research and Practice in Health Promotion: Overcoming Structural Barriers*. Canadian Review of Public Health 87(6): S18-S23.

1. « Épistémologie : étude critique des sciences, destinée à déterminer leur origine logique, leur valeur et leur portée » (Robert).

2. « Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices » : Connaissances, attitudes, croyances et pratiques.

3. *Tels que la théorie sociale cognitive, le modèle des croyances relatives à la santé ou la théorie de l'action raisonnée.*

4. *Dans la littérature, ce terme est désormais préféré à celui de transfert, qui laissait entendre qu'il suffisait de diffuser efficacement les résultats des enquêtes aux acteurs de terrain pour leur donner les moyens de les mettre en application.*

Usage des drogues : croiser les sources d'information

Qui consomme des drogues, comment et pourquoi ? Pour avoir une vision complète de la question, il est indispensable de croiser les résultats des multiples études disponibles. À commencer par les enquêtes de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et les Baromètres santé de l'INPES.

Depuis 1992, les Baromètres santé de l'INPES permettent de suivre les niveaux d'usages de drogues illicites des adultes en France et leur évolution. Ce type d'enquêtes dites « représentatives de la population générale » repose sur les déclarations des individus retenus dans un échantillon. Pour le Baromètre santé 2000, dernier exercice de cette série, la méthodologie a été améliorée (prise en compte des ménages inscrits en liste Rouge, augmentation de la taille d'échantillon à plus de 13 000 individus, etc.). Le nombre de questions sur les drogues illicites a été nettement augmenté afin d'assurer une meilleure observation du phénomène et de respecter les standards européens en termes de questionnement, tout en assurant une bonne comparabilité avec les enquêtes menées en 1992 et 1995 en France. Une autre étude, l'Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (Eropp), conduite en 2002 par l'OFDT, offre les chiffres les plus récents, mais leur niveau de précision n'est pas optimal car la taille de l'échantillon est relativement modeste¹.

Les usages de drogues en quelques chiffres...

Un des rôles essentiels de telles enquêtes est de fournir des données de cadrage, en particulier les proportions d'« expérimentateurs » (définis comme ceux ayant un usage au moins une fois au cours de la vie), ce qui permet d'avoir une idée des niveaux de consommation et de comparer avec les niveaux d'usage des produits licites : alcool et tabac.

Si l'alcool et le tabac sont de loin les substances psychoactives les plus consommées en France, le cannabis (haschich ou marijuana) peut être isolé des autres drogues illicites par l'ampleur de son usage (*Tableaux I et II*). Les usages de drogues illicites sont surtout le fait des plus jeunes : au-delà de 45 ans, ils deviennent très rares. Si les hommes s'avèrent nettement plus expérimentateurs que les femmes², l'écart semble diminuer depuis quelques années pour le cannabis (en 2000, ils étaient deux fois plus nombreux qu'elles, le sex-ratio n'étant plus que de 1,6 en 2002). L'usage de cannabis au cours de l'année concerne 7,5 % des 18-75 ans (9,2 % des hommes et 5,9 % des femmes). Pour les autres drogues illicites, un tel comportement ne dépasse jamais 0,3 % sur cette tranche d'âge et culmine à 1,3 % pour l'ecstasy et 0,9 % pour la cocaïne chez les 18-24 ans.

Quel profil d'usager ?

Parmi les jeunes adultes (18-44 ans), l'usage de drogues illicites au cours de l'année semble lié à une moins bonne santé, celle-ci étant mesurée par les diverses dimensions de l'échelle de Duke. Cet usage est surtout associé à une faible estime de soi et à une forte anxiété. Cette relation, dont on ne peut rien conclure en termes de causalité, s'avère toutefois moins marquée que celle observée entre santé et signes de dépendance à l'alcool ou au tabac. Les 18-44 ans qui ont consommé du cannabis au cours de l'année se caractérisent par des habitudes alimentaires moins régulières (ils sautent plus sou-

vent des repas), une sociabilité plus développée (davantage de sorties et de rencontres) et une plus grande propension à prendre des risques.

Dans le cadre du Baromètre santé 2000, des questions sur les motivations de l'usage de cannabis ou de son abandon ont été posées : parmi les expérimentateurs qui n'ont pas consommé de cannabis au cours des douze derniers mois, une forte majorité (huit sur dix) invoque comme raison principale le manque d'attrance ou leur désintérêt pour ce produit. Les autres motifs avancés, parmi lesquels l'absence d'opportunité et la peur pour la santé, sont nettement moins fréquents (moins d'une fois sur dix). Pour les consommateurs actuels, les intentions invoquées pour la dernière prise sont plus variées : la recherche de la détente ou du bien-être (30 %) et la curiosité (30 %) arrivent en tête, devant l'envie de s'amuser (12 %), la convivialité (10 %), le plaisir, la complicité avec les pairs, la conformité (« faire comme tout le monde ») et l'ivresse.

L'usage du cannabis en hausse

En termes d'évolution, l'expérimentation du cannabis apparaît en hausse constante au long des années quatre-vingt-dix, pour atteindre, parmi les 18-44 ans, 35,1 % en 2002 (*Figure 1*). Côté consommation, 13 % de cette même tranche d'âge disent avoir pris du cannabis dans le courant de l'année. Cette hausse se retrouve à l'adolescence et dans la plupart des pays européens.

Bien que l'usage des autres produits illicites reste marginal, certains ont néanmoins connu une diffusion croissante au cours des années quatre-vingt-dix, comme la cocaïne et, dans une moindre mesure, les hallucinogènes (LSD et champignons hallucinogènes) (Figure 2). Il en va de même de substances synthétiques telles que l'ecstasy ou les amphétamines, dont l'expérimentation a plus que doublé entre 1995 et 2000. Le niveau d'expérimentation d'héroïne des 18-44 ans est, pour sa part, resté relativement stable sur l'ensemble de la période, aux alentours de 1 %.

Une stratégie de prévention par type de consommation

Dans le domaine des consommations de drogues illicites, trois types de comportements peuvent être rencontrés : l'usage simple, l'usage nocif et la dépendance, chacun correspondant à des stratégies de prévention distinctes. Les enquêtes en population générale permettent surtout d'obtenir de l'information sur l'usage simple et sur les drogues les moins rares. Elles sont inadéquates pour observer les usagers « à problèmes » et les drogues émergentes telles que le GHB (ndlr : forme d'ecstasy) ou la kétamine. Elles complètent donc d'autres indicateurs tels que les statistiques répressives ou sanitaires, qui focalisent principalement les deux autres types d'usagers. Contrairement à l'approche ethnographique, elles ne permettent pas (encore) de distinguer clairement les usages récréatifs ou festifs des usages plus solitaires ou problématiques, et ne prennent en considération ni la quantité consommée (ou très sommairement), ni la qualité des produits. La complexité et la diversité des usages de drogues illicites rendent nécessaire le recours à des outils d'observation de nature différente et qui s'avèrent complémentaires.

François Beck

Statisticien, responsable du pôle Études en population générale, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Paris.

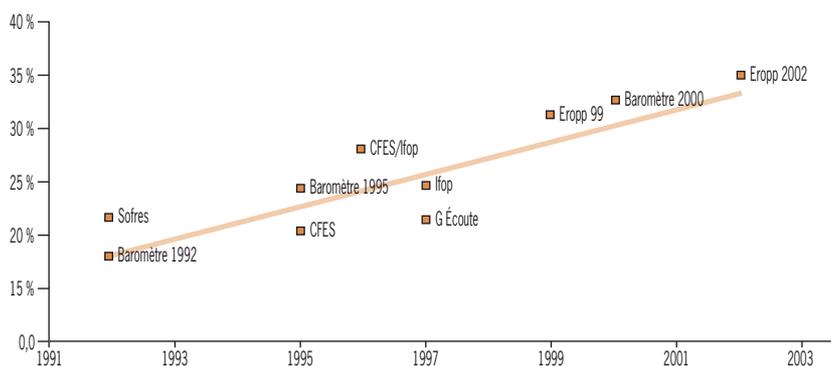
1. L'objectif de cette enquête était avant tout de mesurer les représentations des Français, objectif qui ne requiert pas les mêmes précautions méthodologiques que la mesure fine des usages.
2. À l'exception des amphétamines, pour lesquelles les niveaux d'usage sont similaires pour les deux sexes.

Tableau I. Expérimentation de substances psychoactives au cours de la vie selon l'âge (en pourcentage)

	18-75 ans	18-25 ans	26-44 ans	45-75 ans
Alcool*	97,5	96,3	97,3	98,0
Tabac	82,0	80,0	84,7	80,5
Cannabis	22,8	48,3	30,7	8,4
Colles et solvants*	2,7	5,7	4,0	0,6
Cocaïne	2,0	1,9	3,9	0,4
LSD	1,1	1,2	1,9	0,5
Amphétamines*	1,4	1,6	1,8	1,1
Ecstasy	0,8	2,3	1,1	0,1
Champignons hallucinogènes	1,1	2,3	1,6	0,3
Héroïne*	0,7	0,9	1,2	0,2

Source : Eropp 2002, OFDT, sauf * : Baromètre santé 2000, INPES, exploitation OFDT.

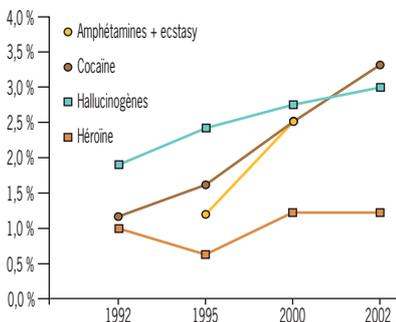
Figure 1. Évolution de l'usage de cannabis au cours de la vie parmi les 18-44 ans depuis 1992



La droite de régression linéaire tracée au milieu du nuage de points figure une nette tendance à la hausse sur la décennie 1992-2002 (1,57 point d'augmentation en moyenne annuelle).

Source : Sofres 1992 ; INPES 1992, 1995, 1996, 2000 ; Ifop-CFES 1997 ; Publitétrie Grande Écoute, 1997 ; Eropp-OFDT 1999, 2002.

Figure 2. Évolution de l'usage d'autres substances psychoactives au cours de la vie, parmi les 18-44 ans, depuis 1992



Source : Baromètres santé 1992, 1995, 2000, INPES exploitation OFDT ; Eropp 2002, OFDT.

Tableau II. Expérimentation de substances psychoactives au cours de la vie selon le sexe (en pourcentage)

	Hommes	Femmes
Alcool*	98,7	96,3
Tabac	88,3	76,0
Cannabis	28,5	17,4
Colles et solvants*	3,6	1,7
Cocaïne	3,3	0,8
LSD	2,1	0,2
Amphétamines*	1,7	1,2
Ecstasy	1,4	0,2
Champignons hallucinogènes	1,4	0,9
Héroïne*	1,4	0,2

Source : Eropp 2002, OFDT, sauf * : Baromètre santé 2000, INPES, exploitation OFDT.

Décrypter les comportements pour construire la prévention

La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) tente de bâtir une culture qui soit commune aux multiples intervenants en matière de prévention des consommations de drogues. Pour ce faire, elle se fonde sur l'expertise scientifique.

La volonté de mieux articuler connaissances scientifiques et action publique a constitué le fil conducteur de l'action de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) au cours des dernières années.

Ce lien est au centre de la mise en œuvre du Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, adopté par le précédent gouvernement en juin 1999 et qui s'est achevé à l'été 2002. Ainsi, dans ses attendus, ce plan relevait que les débats passionnés qui avaient émaillé la réflexion sur les drogues dans les années 1970 et 1980 – et influencé, par la force des choses, l'action des pouvoirs publics à cette époque – étaient davantage inspirés par des considérations idéologiques que par des données objectives issues de la recherche.

Le retour à un certain pragmatisme respectueux des faits est sensible dès le milieu des années quatre-vingt-dix. Il doit évidemment beaucoup à la mise en place d'un dispositif pérenne d'observation statistique et épidémiologique des niveaux de consommation des drogues (licites et illicites) et de leur évolution au fil du temps grâce aux enquêtes régulières de l'INPES (Baromètre santé) et de l'OFDT (enquêtes Espad¹ en collaboration avec l'Inserm, Escapad², Eropp³, dispositif Trend-Sintes⁴ dédié à l'observation des tendances émergentes).

Faut-il pour autant en déduire qu'il suffit d'améliorer la connaissance d'un phénomène pour que l'approche des pouvoirs publics et les pratiques des professionnels (spécialisés et non spé-

cialisés) se transforment et s'ajustent au plus près des réalités mises au jour par les travaux scientifiques ? À l'évidence non, et l'exemple de la prévention en matière de consommation de drogues

peut illustrer le difficile chemin qui conduit des progrès du savoir à leur prise en compte effective dans la pratique des acteurs de terrain.

Les actions de prévention de la consommation de drogues mobilisent des acteurs multiples (bénévoles d'associations de réduction des risques, médecins et infirmières scolaires, médecins du travail, médecins généralistes appartenant aux réseaux toxicomanie, policiers et gendarmes formateurs antidrogue (PFAD et FRAD), travailleurs sociaux, magistrats, psychologues, enseignants, etc.) aux savoirs et pratiques professionnels extrêmement disparates.

L'une des premières préoccupations du Plan triennal a été d'offrir à cette large palette d'intervenants des outils diversifiés d'appropriation des connaissances disponibles sur la consommation des drogues, ses déterminants, ses effets sanitaires et sociaux. Citons en

particulier la diffusion en leur direction de livrets de connaissance dont le contenu a fait l'objet d'une validation par des experts scientifiques ; citons aussi les principaux résultats des bilans de connaissance (expertises collectives) réalisés par l'Inserm à la demande de la Mildt, de l'INPES et de l'Assurance Maladie : effets sur le comportement et la santé de la consommation de cannabis, effets sur la santé et risques sociaux de la consommation d'alcool.

Les connaissances disponibles reprises dans ces documents incluent les données statistiques et épidémiologiques mais également les avancées des recherches en neurosciences sur les mécanismes d'action des produits sur le cerveau, celles des recherches cliniques sur les protocoles de prise en charge les plus efficaces, ou encore celles des recherches en sciences humaines et sociales sur les facteurs associés à l'initiation ou à la cessation des consommations.

Valider les outils de prévention

Au-delà de cet effort de mise à disposition, le plan triennal s'est efforcé de construire une culture commune à l'ensemble des acteurs de la prévention (*encadré ci-contre*) afin de sortir d'un contexte caractérisé par la dispersion et le cloisonnement d'initiatives potentiellement contradictoires ; un tel contexte n'est malheureusement pas propre au champ de la prévention des comportements de dépendance aux drogues.

Pour ce faire, la Mildt a mis en place, en parallèle, trois dispositifs d'intervention : tout d'abord un programme interministériel de formation des acteurs de la prévention, s'adressant aussi bien aux professionnels du champ sanitaire et social qu'aux intervenants des ministères répressifs (Intérieur, Défense, Justice) ; ensuite, l'installation d'une commission nationale de validation des outils de prévention, chargée de statuer sur la pertinence des supports de prévention élaborés par les acteurs de terrain en regard des données scientifiques disponibles ; enfin, l'incitation forte (y compris au niveau financier) à la mise en place de programmes départementaux de prévention des dépendances faisant l'inventaire des compétences mobilisables sur le périmètre du département et mettant en cohérence les interventions des différents acteurs (comités d'Éducation à la santé et à la

citoyenneté (CESC), associations locales, bénévoles, professionnels) par rapport à des objectifs fixés de manière consensuelle.

Des résultats partagés

Les éléments d'évaluation disponibles aujourd'hui montrent que la notion de culture commune et son intérêt pour les différents acteurs de la prévention ont été globalement bien intégrés par les intéressés. Ainsi, les professionnels interrogés à l'issue des sessions interministérielles de formation déclarent-ils très majoritairement que ces sessions ont assez profondément renouvelé et modernisé la vision qu'ils pouvaient avoir des phénomènes de consommation de drogues. Mais, en même temps, ce souci d'un cadre de référence partagé ne résiste pas toujours, dans la mise en œuvre concrète des actions de prévention et d'éducation à la santé, autrement dit, dans le feu de l'action, à la pesanteur acquise des cultures et réflexes professionnels propres aux différentes catégories d'intervenants. Ces résultats nuancés plaident selon moi en faveur d'une relance du nécessaire débat sur les avantages et les inconvénients d'une professionnalisation des acteurs de la prévention dans notre pays, *via* par exemple la création d'un corps de professionnels de la prévention.

Dominique Vuillaume

Chargé de mission « recherche »
auprès de la Mission interministérielle
de lutte contre la drogue
et la toxicomanie (Mildt), Paris.

Ajuster la prévention en fonction des types de consommations

Sous l'appellation de « culture commune de la prévention », le Plan triennal a mis en avant deux idées directrices issues des travaux de recherche conduits dans la dernière décennie :

- la distinction importante à opérer entre trois modes de consommation des drogues : l'usage occasionnel (n'entraînant, sauf exception, ni risque majeur pour la santé, ni risque de dépendance) ; l'usage nocif (entraînant des risques pour la santé mais aussi des risques en termes d'insertion sociale et professionnelle sans que le sujet soit véritablement entré dans un état de dépendance caractérisée) ; la dépendance (définie par l'incapacité du sujet à maîtriser sa consommation et l'organisation de toute sa vie autour de l'acquisition et de l'usage du ou des produits) ;
- hiérarchiser les objectifs de la prévention en fonction de ces divers modes de consommation, à savoir : prévenir ou retarder les premières consommations, qui marquent généralement l'installation d'un usage occasionnel (public-cible des préadolescents) ; éviter le passage d'un usage occasionnel à un usage nocif (public-cible des adolescents et des jeunes adultes).

1. *Enquête Espad* : European School Survey Project on Alcohol and other Drugs ; il s'agit d'une enquête menée conjointement dans trente pays européens, tous les quatre ans, auprès de la population des jeunes scolarisés âgés de 15 à 18 ans.

2. *Enquête Escapad* : enquête annuelle auprès de tous les adolescents convoqués à la journée d'appel à la Défense nationale ; il s'agit des garçons et filles âgés de 17, 18 ou 19 ans.

3. *Enquête Erropp* : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes.

4. *Dispositif Trend-Sintes* : Trend (Tendances récentes et nouvelles drogues) est un dispositif d'observation de type ethnographique incluant dix sites urbains et certains espaces festifs de la jeunesse (établissements de nuit, milieu de la musique techno) ; il a pour objet de détecter les phénomènes émergents en matière de consommation de drogues ; Sintés (Système d'identification national des toxiques et substances) centralise les données disponibles sur la composition des drogues de synthèse saisies par les services répressifs (douanes, police, gendarmerie) ainsi que sur les contextes de consommation.



Jeunes : des enquêtes aux actions d'éducation pour la santé

Donner aux acteurs de terrain un outil d'aide aux actions de prévention, c'est l'ambition d'une nouvelle collection de livrets sur la santé des jeunes que l'INPES s'apprête à lancer. Le premier ouvrage s'adressera aux professionnels de l'éducation. Une démarche innovante qui permet de faire le lien entre statistiques et prévention.

À qui servent les résultats des enquêtes de santé ? « *Aux décideurs, aux professionnels, aux journalistes et aux acteurs de terrain de la promotion de la santé* » écrivait Bernard Kouchner dans sa préface du Baromètre santé 2000.¹

C'est une réflexion sur l'utilisation des données statistiques par les acteurs de terrain qui a été à l'origine d'un projet assez novateur au sein de l'INPES : réaliser un document tentant de renforcer les liens entre les résultats d'enquêtes nationales de santé et le travail des acteurs de terrain. L'utilisation par ces derniers de résultats d'enquêtes statistiques n'est, en effet, guère favorisée par leur présentation souvent assez technique et par un certain cloisonnement entre deux sphères travaillant, de manière différente, au service de la santé.

Comment renforcer les liens entre ces deux types d'approches, l'une scientifique, technique, et l'autre pragmatique, au cœur des réalités ; l'une de l'ordre de la connaissance d'un public, l'autre de l'ordre de l'action avec celui-ci ? Car si les échanges existent, ils sont relativement peu développés alors qu'ils sont source d'un enrichissement mutuel incontestable. Si la pertinence d'une enquête quantitative est fortement liée à la connaissance des réalités de terrain, les résultats d'enquête sont aussi fort utiles aux acteurs de terrain.

Ils peuvent leur permettre de prendre du recul par rapport à leur vécu et leurs observations quotidiennes, en les comparant à des observations nationales. Cela peut les aider à relativiser un phénomène, à mieux le comprendre et à prendre conscience de la complexité du contexte dans lequel il a lieu. La connaissance de résultats d'enquêtes peut aussi les inciter à mener des actions de prévention et d'éducation pour la santé sur des phénomènes et des populations cibles mises en avant par les données.

Trois livrets pour les 12-25 ans

Dans le but de développer ces interactions entre données d'enquête et

actions de terrain, l'INPES réalise actuellement trois livrets sur la santé des jeunes de 12 à 25 ans, destinés à différents professionnels travaillant sur la santé des jeunes :

- les professionnels de l'Éducation nationale ;
- les professionnels de santé ;
- les travailleurs sociaux.

Le premier, destiné aux professionnels de l'Éducation nationale, est sur le point d'être finalisé². Il traite notamment de la santé mentale, de la violence, de la consommation de substances psychoactives, de la sexualité et de la contraception.



Le but de ces livrets est double. Il est, d'une part, de faciliter la lecture et l'utilisation par les acteurs de terrain des données du Baromètre santé 2000, enquête multithématique réalisée sur l'ensemble de la population française métropolitaine³ (*lire les articles p. 20 à 30*). D'autre part, il est de susciter une plus grande prise en compte de ces données épidémiologiques par les acteurs de terrain dans leur pratique quotidienne et/ou dans la conception et l'élaboration d'actions de promotion de la santé pour les professionnels impliqués dans de telles démarches.

Nourri par les échanges avec les professionnels

Afin d'adapter au mieux le contenu de ces livrets aux besoins et aux préoccupations des différents professionnels, des réunions de travail ont été menées avec ces acteurs de terrain. Pour la réalisation du premier livret destiné aux professionnels de l'Éducation nationale, nous avons ainsi réuni une dizaine d'entre eux pour réfléchir sur les grandes questions concernant les jeunes, susceptibles d'intéresser les enseignants, les infirmières, les médecins, les assistantes sociales de l'Éducation nationale et les autres professionnels des établissements scolaires. Par ailleurs, nous sommes intervenus dans une classe de lycée afin de comparer les préoccupations des jeunes à celles des professionnels. Le contenu et la rédaction de ce livret ont été orientés par ces échanges et ces réflexions.

Certes, les professionnels des groupes de travail que nous avons réunis ne sont pas représentatifs de l'ensemble des professionnels de chaque corps de métier dans la mesure où ils n'ont pas été recrutés par tirage au sort ou selon des quotas déterminés, mais sur la base du volontariat. Ils présentent peut-être, de ce fait, certaines spécificités en matière d'intérêts. Néanmoins, il est apparu plus pertinent de réfléchir au contenu de ces ouvrages en travaillant sur les besoins ressentis par un petit groupe de professionnels plutôt que de décider *a priori* de ce qui serait susceptible de les intéresser.

De la perception de la santé aux expériences de terrain

L'originalité de ces livrets est de présenter à la fois des résultats statistiques sur les comportements et les percep-

tions de santé des jeunes de 12 à 25 ans, des pistes de réflexion sur la promotion de la santé liées aux résultats et des exemples d'actions de terrain et d'outils pédagogiques relatifs aux phénomènes mis en avant par les résultats d'enquête.

Les résultats statistiques présentés sont issus de l'enquête Baromètre santé 2000. Dans chaque livret sont proposées des analyses spécifiques sur les jeunes avec lesquels les acteurs de terrain destinataires sont en contact. Le livret pour les professionnels de l'Éducation nationale présente ainsi des résultats sur les jeunes scolarisés, celui destiné aux professionnels de santé traitera de l'ensemble des jeunes, et celui destiné aux travailleurs sociaux sera davantage axé sur les jeunes sortis du système scolaire.

Ces livrets sont délibérément rédigés en évitant tout développement statistique afin d'en faciliter la lecture et la compréhension. Les analyses reposent néanmoins sur des techniques statistiques rigoureuses.

Des actions de terrain et des outils pédagogiques sont présentés sous forme d'encadrés, intervenant en complément de l'analyse des comportements des jeunes issue des données du Baromètre santé. Par exemple, au sein des résultats de l'enquête Baromètre santé 2000 sur le tabagisme des jeunes scolarisés, l'ouvrage met en avant une action de prévention du tabagisme où plus de huit cents élèves d'écoles primaires, de collèges et de lycées ont réalisé, autour du thème du tabac, un ensemble de productions artistiques (vidéos, pièces de théâtre, chorale) qu'ils ont présentées lors de la Journée mondiale sans tabac.

Ces d'exemples figurent à titre illustratif dans chaque livret pour donner au lecteur une idée du type d'actions que peut susciter la connaissance de certains phénomènes décrits par des enquêtes.

Enquêtes et prévention : des liens complexes

Dans ces ouvrages, il n'est pas établi de lien direct entre les résultats du Baromètre santé 2000 et les actions et outils pédagogiques présentés, dans la mesure où ce lien de causalité direct n'existe pas dans la réalité. Les interactions entre les enquêtes de santé et les actions de ter-

rain sont plus complexes et les actions de promotion de la santé ne découlent pas des résultats d'une seule enquête.

Ces actions sont, en effet, le fruit de réflexions menées à des niveaux multiples : national, régional, institutionnel, associatif. Elles s'inscrivent en particulier dans le cadre de programmes du ministère de la Santé déclinés au niveau régional, lesquels sont élaborés en fonction d'un contexte dont les enquêtes de santé fournissent des éléments d'observation. Ces enquêtes sont, en effet, un des outils permettant d'analyser les comportements de santé, de suivre leur évolution et de cibler les populations et les phénomènes par rapport auxquels il apparaît le plus pertinent de réaliser des actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Enquêtes de santé et actions de terrain sont donc deux des éléments d'un ensemble d'actions qui constitue l'éducation pour la santé. Mais bien que les liens soient complexes et indirects, il apparaît fort intéressant de chercher à les renforcer. L'accent est mis le plus souvent sur l'intérêt des enquêtes de santé pour les décideurs.

Par ce projet de livret innovant, c'est l'utilité des enquêtes pour les acteurs de terrain que nous avons souhaité privilégier. En mettant à la disposition de ces acteurs des informations sur les jeunes qui les incitent à mener des actions d'éducation pour la santé, motivées et enrichies par la connaissance d'un contexte.

Hélène Perrin

Chargée de recherche à la
Direction des affaires scientifiques,
INPES.

1. Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.). *Baromètre santé 2000*. Vanves : CFES, coll. *Baromètres*, 2001 : 474 p.

2. *École et santé : constats et réflexion pour agir auprès des jeunes. Livret à l'intention des professionnels de l'Éducation nationale* (à paraître en 2004).

3. *Il s'agit plus exactement de la population parlant le français.*

Nutrition : un plan de prévention fondé sur les données de santé

Partant d'un constat scientifique de déséquilibre alimentaire et de montée de l'obésité, la France s'est dotée, depuis trois ans, d'un Programme national de nutrition-santé. Ce plan a déjà permis le lancement de plusieurs actions de prévention dont la publication du guide *La santé vient en mangeant* et la diffusion prévue auprès des médecins d'un outil de dépistage précoce de l'obésité.

Utiliser les données statistiques sur la santé et les enquêtes de comportements pour mettre en place une politique de santé publique, c'est la démarche qui a été retenue en France en matière de nutrition, avec la mise en place depuis 2001 d'un Programme national nutrition-santé (PNNS).

L'un des axes stratégiques de ce programme est d'informer et d'orienter les consommateurs vers des choix alimentaires favorables à un bon état de santé. Dans ce cadre, une première campagne nationale – par voie d'affichage et de

presse – a été lancée par l'INPES fin 2001, reprenant l'un des principaux objectifs¹ du PNNS : augmenter la consommation de fruits et légumes. En septembre 2002, toujours dans le cadre de ce programme, un guide alimentaire intitulé *La santé vient en mangeant* a été diffusé vers le grand public. Rédigé par de nombreux experts en nutrition et édité par l'INPES², il recommande, par exemple, de « *manger au moins cinq fruits et légumes par jour ; frais, en conserve ou surgelés* ». Disponible dans les kiosques à journaux fin 2002, il a été vendu à 220 000 exemplaires ; depuis,

il a été diffusé gratuitement à plus d'un million d'exemplaires via les réseaux de prévention, puis à nouveau remis en vente durant l'été 2003. Dans le même temps, un document d'accompagnement de ce guide a été remis à plus de 130 000 professionnels de santé.

Intégrer les recommandations nutritionnelles

Parallèlement à la publication de ce guide, aux campagnes d'information et à la mise en place d'actions basées sur les objectifs du PNNS, les spécialistes continuent de scruter l'évolution des comportements des Français en matière d'alimentation, afin de pouvoir adapter les recommandations de santé publique aux besoins des populations. Parmi ces outils, le Baromètre santé nutrition de l'INPES joue un rôle important : cette enquête nationale fait le point, tous les six ans, sur les opinions, les connaissances, attitudes et comportements de la population en matière de nutrition. La deuxième édition de cette enquête barométrique a été réalisée en février 2002.

Cette enquête inclut désormais quelques indicateurs supplémentaires pour pouvoir mesurer l'impact de certaines actions d'éducation du PNNS. Où l'on découvre que, très majoritairement, les Français ne connaissent pas les recommandations récentes du programme : 3 % seulement des personnes interrogées ont correctement restitué le repère de consommation du PNNS pour les fruits et légumes (au moins cinq par jour) ; et 10 % ont déclaré

Fruits entre les repas : une piste nutritionnelle à creuser

La tendance n'est pas nouvelle, mais elle fait réfléchir les experts en nutrition : les Français diminuent le nombre des plats (entrée, plat principal, fromage et dessert) pris pendant les repas, par là même il diminuent le nombre d'occasions de manger des fruits et légumes, produits qu'ils ne consomment pas assez.

Le dernier Baromètre santé nutrition de l'INPES, dont la publication est attendue fin 2003, étaye ce constat. En 1996, date du baromètre précédent, 38 % des Français déclaraient prendre trois plats lors du déjeuner, devant nettement les adeptes des structures en deux plats (25 %) et quatre plats (25 %). Petit changement culturel en 2002 : si la structure en trois plats est toujours en tête, adoptée par 38 % des Français, la structure en deux plats gagne du terrain et concerne désormais 32,3 % des Français alors que la structure en quatre plats régresse avec seulement 17,1 % des Français concernés.

La même évolution s'observe lors du dîner, où les adeptes de la structure en deux plats passent de 30 à 38,7 % alors que ceux pratiquant le dîner en quatre plats régressent de 20,7 à 12,3 %. Une autre étude corrobore ce phénomène de simplification déjà constaté lors d'enquêtes antérieures.

Commentaire des experts : c'est probablement dans cette évolution que se situe l'enjeu principal des transformations de la consommation alimentaire des Français. Car, si cette simplification peut entraîner une baisse des apports énergétiques totaux – souhaitable pour une partie de la population dans une perspective de prévention de l'obésité –, elle peut entraîner également un appauvrissement de la diversité des aliments consommés. De plus, « le risque est que ce soient les fruits et les légumes – consommés en entrée ou en dessert – ainsi que les fromages et produits laitiers qui fassent l'objet de cette simplification, alors que les conseils actuels tendent à en augmenter la consommation ». D'où la suggestion des auteurs : l'apport en fruits et légumes, s'il ne s'opère pas dans le cadre structuré des repas, pourrait se faire par le biais de collations. En d'autres termes, les Français auraient intérêt à manger des fruits et légumes entre les repas. Cet exemple montre dans quelle mesure les données statistiques peuvent faire évoluer les recommandations à des fins de santé publique.

avoir, la veille, consommé au moins cinq fruits et légumes.

Il reste donc beaucoup à faire pour sensibiliser la population. C'est la raison pour laquelle, dans le cadre du PNNS, l'effort d'information du public et des professionnels va se poursuivre. Courant 2004, trois nouveaux documents sur l'alimentation et l'activité physique édités par l'INPES devraient être disponibles :

- un guide alimentaire destiné aux parents d'enfants de 0 à 18 ans, couplé avec un guide d'accompagnement destiné aux professionnels de santé ;
- une brochure pour les adolescents de

12-13 ans, diffusée aux élèves des classes de 5^e ;

– une brochure pour les enseignants des écoles maternelles et primaires.

De nouveaux outils pour prévenir l'obésité

La lutte contre la progression de l'obésité figure parmi les autres priorités du PNNS. Là encore, ce sont bien évidemment les données de santé qui ont souligné la nécessité d'une politique de prévention : depuis plusieurs décennies, la prévalence de l'obésité infantile augmente rapidement dans de nombreux pays industrialisés, dont la France. Le pourcentage d'enfants présentant un excès pondéral est passé de 3 % en 1965 à 5 % en 1980, 12 % en 1996 puis 16 % en 2000. « L'explosion de la fréquence d'obésité chez l'enfant a été un révélateur puissant aboutissant à ce tournant qu'est le PNNS », indiquait en mars 2002 dans ces mêmes colonnes (n° 358, page 33) le Dr Michel Chauillac, chef du projet PNNS à la direction générale de la Santé (DGS). L'objectif arrêté

par le PNNS est de « réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (...) chez les adultes, et d'interrompre l'augmentation – particulièrement élevée au cours des dernières années – de la prévalence de l'obésité chez les enfants ».

Parents et professionnels de santé sont donc appelés à se mobiliser. Le PNNS privilégie deux angles d'action : – informer les parents et les enfants *via* les guides alimentaires et les campagnes d'affichage et de presse ; – fournir aux professionnels de santé des outils pour évaluer et suivre la corpulence des enfants, évaluer le statut nutritionnel des adultes. Dans cette optique de prévention – dépistage précoce – et de prise en charge, l'INPES a réalisé un kit destiné aux professionnels de la santé. Cet outil comprend deux disques de mesure de l'indice de masse corporelle (IMC), pour les enfants et les adultes, deux courbes de corpulence, ainsi que deux documents d'accompagnement qui précisent les modes d'utilisation des deux disques et sensibilisent les professionnels de santé à leur rôle en matière de prévention et de suivi de l'obésité. Ces documents fourniront également des éléments d'information et des pistes pour accompagner les patients dans une démarche d'éducation pour la santé. 150 000 professionnels de santé devraient recevoir ce kit fin 2003 ou début 2004.

Corinne Delamaire
nutritionniste,

Philippe Guilbert
Économètre, coordonnateur
des Baromètres santé,
Direction des affaires scientifiques,
INPES.

Claude Michaud
Directeur du Comité d'éducation
pour la santé du Doubs, Besançon.

En savoir plus

Sites internet

- www.sante.gouv.fr
rubrique « les dossiers » « N » comme Nutrition.
- www.inpes.sante.fr
- www.lasantevientenmangeant.inpes.sante.fr

1. Augmenter la consommation de fruits et légumes, de calcium, de glucides complexes, réduire la consommation d'alcool, celle des lipides, augmenter l'activité physique et réduire la cholestérolémie et la pression artérielle des adultes ainsi que l'excès pondéral.
2. La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous et le document d'accompagnement destiné aux professionnels de santé, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Afssa, InVS, Cnamts, INPES, éditions INPES, septembre 2002. Ces ouvrages, diffusés depuis la fin 2002, sont disponibles par commande auprès de l'INPES, service diffusion, www.inpes.sante.fr et téléchargeables sur ce même site.

Construire la prévention à partir des données locales de santé : l'exemple de la Picardie

Pour mieux cerner l'état de santé de ses habitants et développer des actions de prévention, la Région Picardie a mis en place un recueil des données de santé au niveau local, en associant les différents acteurs de la santé publique. Elle a également bénéficié d'une extension régionale du Baromètre santé de l'INPES, et compare son état sanitaire avec ceux du Québec et de la Belgique.

Le débat engagé depuis quelques mois en France autour de la loi relative à la politique de santé publique, et tout particulièrement autour de l'organisation régionale, situe bien les enjeux de l'élaboration de la politique de santé à ce niveau territorial qu'est la Région. En effet, depuis une dizaine d'années, on assiste à une montée en puissance des décisions « régionales » en matière de politique de santé avec le développement d'outils qui vont de pair.

Pour s'en convaincre, il suffit de rappeler que sont nés au cours des années quatre-vingt-dix, entre autres outils, les programmes régionaux de Santé (PRS), la conférence régionale de Santé (CRS), le comité régional des Politiques de santé (CRPS), etc. Ces outils et ces instances ont permis aux acteurs locaux de l'État, de l'Assurance Maladie, des collectivités territoriales, du secteur associatif – qu'ils soient ou non professionnels de santé – de s'approprier et de partager collectivement les priorités régionales de santé, y compris dans leur mise en œuvre.

Or, pour déterminer des priorités et fixer des orientations aux programmes, il est indispensable de réaliser des états des lieux et ce, en parallèle des actions mises en œuvre. Ainsi, la recherche d'indicateurs de santé au niveau régional et infrarégional est-elle logiquement

devenue primordiale. C'est la raison pour laquelle l'Observatoire régional de santé (ORS) de Picardie, comme la plupart de ses homologues des autres régions et à la demande des décideurs locaux, a développé son activité dans deux directions complémentaires :

- la production d'indicateurs sanitaires et sociaux à différents niveaux géographiques de ces régions (cantons, pays, territoires, circonscriptions sanitaires et sociales, etc.) ;
- la mise en place, au niveau le plus souvent régional, d'enquêtes qui sont complémentaires aux sources de données traditionnelles.

Le système d'information s'est donc considérablement modifié au cours des vingt dernières années : les progrès ont été importants, tant dans la diversité des données produites que dans leur interprétation, et pour de multiples niveaux géographiques. Dans ce cadre, le traitement des données des recensements et de l'état civil fournies par l'Insee est indispensable pour disposer d'informations de base préalables permettant de mesurer l'état de santé de la population.

Ainsi, même si cela peut paraître paradoxal, la première source de connaissance de l'état de santé de la population est celle des décès et de leur répartition par causes fournie par l'Inserm. Elle demeure la référence parce

que l'enregistrement est exhaustif, annuel, disponible au niveau le plus fin (celui de la commune) et de bonne qualité. Son inconvénient majeur – mis en exergue au cours de l'été 2003 avec le drame généré par la canicule – est la disponibilité des données dans un délai raisonnable.

Si ce recueil constitue une base incontournable, il ne doit pas être la seule source de connaissances. En effet, de nombreuses pathologies ne se mesurent pas complètement, voire pas du tout, par les décès, alors qu'elles ont une incidence majeure tant financière qu'humaine.

Il existe donc d'autres sources d'information qui permettent d'approcher divers aspects de morbidité. Ainsi, le Programme médicalisé des systèmes d'information (PMST), développé tout au long des années quatre-vingt-dix dans les établissements publics puis dans le secteur privé, ou encore les affections de longue durée (ALD), mesurées à travers l'exonération du ticket modérateur pour les différents régimes d'assurance maladie, permettent de disposer d'informations sur une partie de la population en demande de soins.

D'autres sources d'information existent, également exhaustives et pérennes, mises en place au sein de l'État ou

par les conseils généraux ; elles fournissent des informations à caractère sanitaire sur une partie de la population.

Les enquêtes qui consistent à interroger les populations constituent une autre dimension dans l'approche de la morbidité ; elles permettent de disposer d'informations précieuses sur les comportements et attitudes de tout ou partie de la population. Mais, quel que soit leur mode de réalisation (téléphone, enquêteurs, courrier), leur coût présente un frein majeur qui empêche d'en réaliser fréquemment, surtout à des niveaux géographiques inférieurs à l'échelon national (par exemple la région). Elles apportent cependant des informations supplémentaires par rapport aux dispositifs cités précédemment. De plus, elles acquièrent une dimension pédagogique sans pareil, dès lors que l'on sait faire adhérer le plus grand nombre d'acteurs locaux et... la population elle-même, tout particulièrement dans la construction de l'outil ou l'appropriation des résultats.

C'est dans ce sens que l'ORS Picardie a intégré trois programmes importants avec pour objectif de mettre à disposition un outil de mesure sur la Picardie qui soit au même moment utilisé sur d'autres entités géographiques en France ou à l'étranger.

Francophonie : une enquête réunissant cinq pays

Le premier programme, dans l'ordre chronologique, s'inscrit dans le cadre du réseau « Santé du cœur en francophonie » en liaison étroite en France avec l'Éducation nationale. À partir d'un protocole commun, une enquête a été réalisée en Belgique (province du Hainaut), au Québec, en Suisse (canton de Vaud), en Tunisie (ville de Sousse) et dans le département de l'Aisne auprès de trois groupes d'âge (9-11 ans, 12,5-14,5 ans et 15,5-17,5 ans). Elle intégrait différents modules : autoquestionnaire, test d'aptitude physique, visite médicale et prise de sang.

Des publications de ce travail sur les comparaisons entre les cinq zones d'étude sont en cours sur différentes thématiques : facteurs de risque, distribution du cholestérol, tensions artérielles, surpoids et obésité, inactivité physique, inégalités sociales, tabac, alcool et toxicomanie. Ainsi, pour

prendre un exemple sur ce dernier thème, la consommation de tabac diffère notablement entre les cinq zones francophones. Les jeunes Suisses sont les plus gros consommateurs de tabac, devant les Belges, les Français et les Québécois, la consommation des jeunes Tunisiens, tout particulièrement des filles, étant très peu importante. La dimension culturelle et les choix de société jouent un rôle déterminant dans cette consommation. La législation suisse est la moins contraignante, notamment en matière de publicité en faveur du tabac. À l'inverse, au Québec, en France et en Belgique, un renforcement de l'interdiction des lieux autorisés à la consommation, une interdiction de publicité, une présentation plus ou moins agressive des risques liés au tabac sur les paquets de cigarettes et une augmentation récurrente des prix semblent avoir un effet. Cela est particulièrement vrai au Québec, où la tendance s'est inversée depuis dix ans avec une consommation déclarée désormais inférieure à celle des jeunes Français et Belges.

L'intérêt de cette démarche est que les informations issues de cette étude internationale ont pu être diffusées vers différentes populations (professionnels de santé, enseignants, élèves et parents), tout particulièrement en Belgique et en France, grâce au soutien financier de l'Union européenne (programme Interreg II), du conseil général et des deux caisses primaires d'Assurance Maladie de l'Aisne. Selon des modalités différentes (rencontres, envois personnalisés des résultats, présentation et promotion par les médias, intégration dans le PRS « Enfants et jeunes en santé »), la population a pu ainsi s'approprier les résultats. C'est avec cette préoccupation que la Caisse primaire d'assurance maladie de Laon a monté avec l'ORS un colloque sur les facteurs de risque cardio-vasculaire et a organisé en 2001 un « Forum pour promouvoir la santé à l'école », en partie autour des résultats de l'étude.

Les acteurs réunis au sein d'un comité de pilotage ont jugé l'expérience si encourageante qu'ils ont souhaité une reconduction de l'étude, qui sera menée au cours de l'hiver 2003-2004, toujours sur le département de l'Aisne et sur la province du Hainaut avec l'Observatoire de la santé du Hainaut.

Des Baromètres santé régionaux

Le deuxième programme concerne l'extension régionale du Baromètre santé jeunes réalisé par l'INPES. À la demande du conseil régional de Picardie, qui souhaitait disposer de connaissances sur les attitudes et les comportements des jeunes et dans la dynamique du PRS « Enfants et jeunes en santé », l'ORS devait mettre en place un recueil régional de données. Au même moment, le Comité français d'éducation pour la santé – devenu depuis INPES – et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi que d'autres partenaires¹ décidaient de réaliser un nouveau Baromètre santé auprès des 12-75 ans. Il était donc opportun qu'un rapprochement s'effectue, permettant des comparaisons avec l'échelon national, mais aussi avec d'autres régions puisque l'Alsace, les Pays de la Loire et le Nord – Pas-de-Calais souhaitaient également disposer du même outil sur les 12-25 ans². À partir des résultats, le Cres et l'ORS en Picardie rédigent actuellement des recommandations pour l'action. Il est intéressant de souligner que ce Baromètre santé a également été utilisé par d'autres acteurs : conseil régional dans plusieurs de ses publications, Éducation nationale, PRS, etc.

L'intérêt des différences mesurées tant avec le niveau national qu'avec la région voisine du Nord – Pas-de-Calais a d'ailleurs incité la préfecture de région et le conseil régional à proposer à l'ORS, en liaison avec l'Observatoire régional de l'emploi et des formations (OREF), de mettre en place une mission d'observation de la vie étudiante, à la fois pour connaître les flux dans les filières d'enseignement, mais aussi la situation sanitaire et sociale des étudiants. À titre d'illustration du besoin de disposer en région d'un tel outil, le Baromètre santé a pu mettre en évidence – résultat renforcé par une étude menée parallèlement auprès des patients consultant en médecine générale³ – qu'en Picardie, la consommation régulière de tabac des jeunes apparaît comme un facteur plus important pour les conséquences en matière de santé que la consommation d'alcool.

Le troisième programme concerne l'extension régionale de l'enquête décennale santé réalisée sur le terrain par l'Insee sous la maîtrise d'ouvrage de



l'ORS en Picardie. En plus du niveau national, quatre autres régions sont concernées : Champagne-Ardenne, Ile-de-France, Nord – Pas-de-Calais et Provence – Alpes – Côte d'Azur. Le recueil sur le terrain devait se terminer fin septembre 2003 et les premiers résultats sont attendus pour l'automne 2004. Là encore, il s'agit d'une volonté partagée des acteurs picards (État, Assurance Maladie, conseil régional) de disposer d'un outil permettant de comparer la région à la fois avec le niveau national mais aussi avec trois des quatre régions limitrophes de Picardie. Comme pour les autres travaux menés par l'ORS, les résultats seront communiqués à l'ensemble de la population sous diverses formes.

Inciter les citoyens à s'appropriier les informations sur la santé

Ces trois exemples soulignent la préoccupation de plus en plus forte qu'ont les acteurs qui interviennent dans la politique régionale de santé de disposer de nouveaux outils de connaissance

à l'échelon de leur territoire. Certes, les promoteurs d'actions rencontrent des difficultés dans le montage de tels projets et, en tout premier lieu, sur les aspects financiers. Mais, lorsqu'il existe une volonté partagée d'avoir une réelle aide à la décision, ces difficultés sont le plus souvent surmontées. Même si les résultats ne sont pas toujours significativement différents du niveau national (conséquence de la taille réduite des échantillons retenus compte tenu des contraintes budgétaires), l'appropriation des informations par les acteurs et la population s'en trouve améliorée car il est alors plus facile de construire des actions et des messages d'éducation pour la santé à partir de résultats territorialisés. C'est ce qui se passe en Picardie depuis plus de cinq ans. Les événements récents dus à la canicule ont démontré le besoin impératif de disposer d'indicateurs pertinents intégrant les dimensions sanitaires et sociales à des niveaux géographiques qui soient, le plus souvent possible, proches des niveaux d'intervention des acteurs de

terrain, quels qu'ils soient. Les recueils régionaux, surtout s'ils permettent des comparaisons avec d'autres entités géographiques, ne peuvent donc qu'être appelés à se développer dans les années à venir, en Picardie comme dans les autres régions.

Alain Trugeon

Directeur de l'Observatoire régional de santé de Picardie, Amiens, Président de la Fédération nationale des ORS.

Philippe Lorenzo

Directeur du Comité régional d'éducation pour la santé de Picardie, Amiens, Vice-président de la Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé.

1. *Ministère délégué à la Santé, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), Haut Comité de la santé publique, Mutualité française.*

2. *L'ORS Poitou-Charentes a réalisé également une extension régionale du Baromètre santé mais sur les 12-75 ans.*

3. *Enquête réalisée par la Drees, la Fnors, les Drass et les ORS auprès d'un échantillon représentatif dans chaque région de France métropolitaine et d'outre-mer d'usagers du système de soins.*



Claude Michaud, directeur du Comité départemental d'éducation pour la santé du Doubs :

« Nous manquons d'enquêtes qualitatives pour notre travail de prévention »

Les enquêtes de santé sont-elles utiles aux acteurs de terrain ? Oui, car elles permettent de légitimer un plan d'action en apportant une expertise scientifique. Non, car elles n'aident pas à identifier les déterminants des comportements de santé. Plaidoyer pour le développement d'enquêtes qualitatives, portant notamment sur l'efficacité des stratégies de prévention.

La Santé de l'homme : Quels types de données statistiques utilisez-vous pour bâtir vos actions de prévention sur le terrain ?

Claude Michaud : Ces données sont issues de différentes sources : Baromètres santé de l'INPES, observatoires régionaux de la Santé (ORS), enquêtes nationales portant sur la santé. Elles ont une influence directe sur les actions que nous menons : elles servent à fixer des priorités dans nos actions et à en définir les objectifs. Mais leur utilité est variable.

Un premier cas de figure concerne les actions déclinant des programmes nationaux, comme le plan cancer, le programme suicide ou le programme national nutrition santé (PNNS). Ces plans intègrent, dès leur conception, l'ensemble des données statistiques disponibles ; les priorités sont alors définies. Dans ce cas, nous utilisons les résultats d'études pour mieux affiner les objectifs de nos actions éducatives. Ainsi, le PNNS a été, en partie, bâti sur le constat du développement de l'obésité ; le plan préconise de prévenir, dépister et prendre en charge l'obésité chez les enfants. En Franche-Comté, la mise en œuvre de ce plan se traduit par deux actions concrètes :

- la structuration d'un réseau institutionnel pour informer et éduquer les enfants ;
- la création d'un réseau ville-hôpital permettant de mieux prendre en charge l'obésité chez les enfants.

Un second cas de figure concerne les actions répondant aux demandes des collectivités territoriales : villes, départements, régions. Ces collectivités effectuent des constats locaux, par exemple un nombre important de suicides chez les jeunes. Ils valident, *via* les ORS, ce constat en comparant données locales et données nationales. Si une surmortalité locale apparaît, ils se tournent vers nous, éducateurs pour la santé, pour mettre en œuvre des actions de prévention quand la pathologie le permet. Dans ce cas, les données nationales complétées par des données locales alimentent clairement la réflexion et l'action locales. Parmi les enquêtes nationales, le Baromètre santé 2000 de l'INPES nous a, par exemple, été utile pour appuyer les constats de mal-être de notre jeunesse et certains de leurs déterminants.

S. H. : De quelles sources d'informations sur la santé disposez-vous au niveau local ?

C. M. : L'ORS de Franche-Comté constitue notre principale source d'informations. Cette structure analyse les données nationales – notamment les causes de décès recueillies par l'Inserm – et les décline régionalement. C'est de cette façon que nous avons pu vérifier que le taux de suicide chez les jeunes en Franche-Comté était supérieur à la moyenne nationale.

S. H. : Ces données de santé sont-elles suffisantes pour mettre en œuvre vos actions de terrain ?

C. M. : Non, car ces statistiques sont essentiellement « quantitatives ». Elles portent sur la mortalité et classent les décès en catégories : cancers, morts violentes, maladies cardio-vasculaires, etc. Or, ce qui nous intéresse en matière de prévention, c'est de disposer des « déterminants » de ces décès, car notre travail se situe en amont, autour du comportement qui sera responsable de la pathologie, voire du décès de l'individu. Prenons l'exemple du cancer, au-delà des statistiques de mortalité (150 000 morts par an en France), ce qui nous importe, c'est d'identifier parmi ces décès ceux qui peuvent être évités car dus à un comportement inadéquat qui peut être abordé lors d'actions éducatives.

Le tabagisme constitue un déterminant puissant de certains cancers, puisqu'il provoque 85 % des cancers du poumon chez l'homme. Mais, au-delà de cette quantification de la part du tabagisme dans les décès par cancer, c'est davantage le « pourquoi » de ce tabagisme qui nous intéresse, afin d'utiliser ces motivations profondes lors de nos actions éducatives.

S. H. : Ce qui vous intéresse, ce ne sont pas les chiffres, mais de comprendre les comportements ?

C. M. : Les chiffres nous sont utiles, mais nous manquons d'enquêtes sur les déterminants de nombreuses pathologies ou décès pour pouvoir intervenir au mieux en amont. Si l'on prend l'exemple du tabac, nous disposons des

données épidémiologiques brutes : un jeune sur deux fume, pour moitié les filles, et cela constitue une catastrophe de santé publique annoncée pour les trente prochaines années. Ces chiffres nous permettent, certes, de mieux cibler les populations à atteindre, mais ne nous donnent pas pour autant les modes d'intervention pour prévenir ce tabagisme des jeunes, et des jeunes filles en particulier. Les données dont nous avons besoin relèvent davantage des sciences humaines (de l'éducation, de la sociologie, de la psychologie) que de l'épidémiologie. Ce qui nous

manque, ce sont des études qui comparent des stratégies éducatives et/ou qui permettent d'identifier les déterminants des différents comportements.

S. H. : Les Baromètres santé de l'INPES sont-ils utiles aux acteurs de terrain ?

C. M. : Oui, leur intérêt majeur est de fournir une description précise de certains comportements de santé, et de se situer ainsi en amont des grandes enquêtes nationales de santé de mortalité ou de morbidité. Mais les Baro-

mètres santé ne sont pas suffisants dans la mesure où ils fournissent des données essentiellement descriptives : ils formulent des hypothèses explicatives de certains comportements – ce qui est déjà bien – mais ces hypothèses doivent être ensuite vérifiées par d'autres études pour être valides. Par ailleurs, il n'entre pas dans les objectifs de ces Baromètres santé de formuler et comparer des stratégies éducatives pour agir sur les comportements.

Propos recueillis par **Yves Géry**.

Claude Bouchet, directeur du Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé et du Centre régional de prévention du sida Rhône-Alpes :

« Compléter la collecte des données de santé par l'observation de terrain »

En Rhône-Alpes, le Comité régional d'éducation pour la santé collecte les données utiles pour ses actions en s'appuyant sur les sources d'information nationales mais aussi locales. Pour le directeur de ce comité, les acteurs de prévention auront de plus en plus besoin de connaissances larges, tant sur la santé vécue, subie, agie que sur les facteurs personnels et sociaux qui l'influencent.

La Santé de l'homme : Vous avez réalisé pour la Région Rhône-Alpes un livret de prévention destiné aux lycéens, pour lequel vous avez utilisé des données statistiques. Comment les avez-vous choisies ?

Claude Bouchet : Ce « carnet de notes » est construit sur le mode de deux journaux intimes (une fille, un garçon) qui se renvoient en miroir questions, problèmes, expériences, découvertes... que peuvent rencontrer deux adolescents sur une année scolaire (première expérience sexuelle, consommation de cannabis, violence, prises de risques, etc.). Si l'on a choisi ces problématiques, c'est justement parce qu'elles ressortent des statistiques et de l'observation des comportements sur la santé des jeunes et qu'elles ont potentiellement des conséquences importantes sur leur vie et leur santé. Nous avons

également pris en compte un ensemble de données sur la pratique des journaux intimes.

Nous disposons, dans le cadre de l'Espace régional de santé publique (ERSP), de services documentaires spécialisés, bien placés pour mobiliser les données disponibles, quantitatives et qualitatives (si possible différenciées pour les garçons et les filles), concernant les comportements et leurs ressorts : consommations de produits psychoactifs, accidents, violence subie et agie, mal-être, comportements alimentaires, pratiques sportives, relations à la famille, aux éducateurs, aux professionnels de santé, à leurs pairs. Nous avons essayé de tenir compte d'un maximum de ces données pour favoriser l'identification et proposer des informations adaptées en favorisant les liens avec les ressources existantes. Nous

avons aussi beaucoup travaillé sur les modes de communication avec les jeunes et entre jeunes (le web est pour cela une ressource essentielle). Enfin, le contact direct avec les jeunes eux-mêmes, dans le cadre de deux classes, a été une démarche complémentaire importante.

L'ensemble de ces statistiques et études est très utile aux acteurs de santé, il leur permet de prendre de la distance par rapport à leurs projections, d'élargir et d'actualiser leurs connaissances de la santé des jeunes. Il fiabilise le projet de communication.

S. H. : Pourquoi ne pas s'en tenir aux données quantitatives sur la santé ?

C. B. : Personne ne se limite aux seuls chiffres en matière de promotion de la santé ! Quand on travaille sur l'adoles-



cence, les chiffres sont des indicateurs d'une réalité brute qui reste souvent à interpréter dans son sens et ses mutations. Les données quantitatives et qualitatives que nous fournissent les experts par leurs études, leurs publications sont très importantes à prendre en compte. L'éducation à la santé doit mettre en perspective les données quantitatives – pour leur approche globalisée – et les données qualitatives, qui permettent d'affiner, de mieux comprendre. Les deux ne sont pas seulement complémentaires, elles sont nécessaires.

S. H. : Concrètement, comment procédez-vous pour recueillir des données sur la santé pour nourrir vos actions de terrain ?

C. B. : Le travail documentaire est une étape importante, les centres documentaires de l'ERSP (éducation pour la santé/sida – toxicomanies/conduites à risques – épidémiologie/santé publique) portés par nos associations – ORS, CNDT, Craes-Crips – nous permettent de réunir un maximum de données nationales, régionales, départementales (cf. les tableaux de bords de l'ORS), qui nourrissent nos actions. Nous sommes en veille documentaire permanente autour de nos principaux axes de travail. On peut noter également la constitution d'une base régionale de données sur les études, qui nous fournira demain de nouvelles sources d'information.

S. H. : Vous travaillez à la promotion de la santé sur le long terme : tenez-vous compte des évolutions rapides des comportements, comme pour le cannabis ?

C. B. : Nous veillons à ne pas nous laisser submerger par les évolutions rapides. Ce qui nous intéresse, c'est de prendre en compte les pratiques de prévention dans leur complexité. La croissance de la consommation de cannabis nous interroge évidemment par rapport à nos pratiques de prévention et actions de terrain, mais cette évolution ne date pas de quelques mois ! Il n'y a pas de problématique d'urgence dans la prévention éducative, nous sommes sur des temps plus longs pour pouvoir comprendre les phénomènes et les rôles que les différents intervenants – parents, communauté éducative, acteurs extérieurs – peuvent jouer.

S. H. : Utilisez-vous les chiffres et les études pour faire connaître votre action ?

C. B. : Parce qu'il est indispensable pour chacun de rendre plus visible son travail, pour pouvoir mieux le partager et de connaître ce que font les autres, nous avons commencé à développer, en Rhône-Alpes, une base régionale de programmes de promotion de la santé pour renforcer l'information croisée sur les pratiques de prévention. Les acteurs de santé pourront ainsi mieux connaître ce

qui se fait sur les différents territoires, sur les différentes thématiques... À travers le CIRDD Rhône-Loire-Ain, piloté par le CNDT, le Crips, porté par le Craes, bien sûr l'ORS, et les responsabilités des uns et des autres en accompagnement des politiques publiques, la dimension d'étude et de communication prend une importance croissante. L'évolution actuelle des organismes de prévention vers une plus grande mutualisation des services renforce les exigences au niveau régional quant à la qualité des systèmes d'information, leur adéquation aux besoins des acteurs de terrain, au souci d'évaluation des institutions et des politiques, leur cohérence avec les dispositifs nationaux. Ce qui ne se fera pas sans un soutien réaffirmé et dans la durée au système associatif qui gère une grande partie de la politique de prévention.

S. H. : Que vous manque-t-il comme types de données pour vos actions ?

C. B. : Si les données existent à un niveau relativement global, c'est moins le cas dès que l'on descend au niveau des bassins de vie ou des populations spécifiques : la territorialisation assez fine des connaissances sur la santé, comme le développement d'études sur des populations plus spécifiques (milieux sociaux, etc.), est un enjeu important pour nourrir des analyses donc des programmes pertinents. Certains secteurs restent beaucoup moins connus, par exemple le milieu du travail, peut-être parce que les chiffres disponibles sont potentiellement conflictuels.

Les acteurs de prévention auront de plus en plus besoin de connaissances transversales sur la santé vécue, subie, agie, sur les facteurs personnels et sociaux qui influencent la santé et la capacité d'agir sur elle. Ils sont, eux-mêmes, producteurs d'informations pour cela, mais sans que cette information soit en général consolidée et communiquée. Comment organiser un recueil d'information auprès des associations pour nourrir cette connaissance partagée, comment la mettre en relation avec les connaissances spécialisées des experts, c'est un des défis que nous avons à relever. C'est sans doute une des conditions pour que les programmes de santé publique atteignent leur but, en l'occurrence les populations qu'ils visent.

Propos recueillis par **Y. G.**

Pour en savoir plus

► Producteurs ou sources de données statistiques

Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS)

101, rue de Tolbiac
 75013 Paris
 Tél. : 01 53 94 60 00
 Fax : 01 53 94 60 01
<http://www.anrs.fr>

Données psychosociales

- ANRS informations (trimestriel)
- Collection Documents d'information

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)

66, avenue du Maine
 75682 Paris Cedex 15
 Tél. / Fax : 01 42 79 35 94
<http://www.ameli.fr>

Données démographiques (recensement)

- Indicateur statistique (depuis 1977, annuel)

Données organisation du système de soins

- Carnets statistiques (depuis 1983, annuel)
- Indicateur statistique (depuis 1977, annuel)
- Statistique mensuelle (depuis 1986)
- Blocs-notes statistiques (depuis 1983, irrégulier)
- Études et statistiques (depuis 1986, irrégulier)
- Point stat (depuis 1992, irrégulier)
- Les dépenses de l'Assurance Maladie (depuis les années 1980, mensuel)

Données économiques

- Les dépenses de l'Assurance Maladie (depuis les années 1980, mensuel)

Centre de recherche et de documentation en économie de la santé (Credes)

10, rue Vauvenargues
 75018 Paris
 Tél. : 01 53 93 43 00
 Fax : 01 53 93 43 50
<http://www.credes.fr>

Données économiques (consommation médicale)

- Questions d'économie de la santé (15 n°/an)
- Collection des rapports

Données : morbidité

- Enquête hospitalisation décennale
- Enquête santé et soins médicaux
- Eco-Santé Infos
- Collection des rapports

Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Credoc)

142, rue du Chevaleret
 75013 Paris
 Tél. : 01 40 77 85 10
 Fax : 01 40 77 85 09
<http://www.credoc.fr>

Données psychosociales

- Consommation et modes de vie (mensuel)
- Collection des rapports
- Cahiers de recherche

Données économiques (conditions de vie / consommation)

- Consommation et modes de vie (mensuel)
- Collection des rapports
- Cahiers de recherche

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) Ministère des Affaires sociales, de l'Emploi et de la Solidarité

7-11, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée-Bufferon
 75696 Paris Cedex 14
 Secrétariat : mission publication-diffusion
 Tél. : 01 40 56 81 24
 Fax : 01 40 56 81 40
<http://www.sante.gouv.fr>

Données démographiques (mortalité)

- Annuaire des statistiques sanitaires et sociales

Données : organisation du système de soins

- Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) – publics ou privés.
- Annuaire des statistiques sanitaires et sociales
- Études et résultats
- Collection Etudes et statistiques
- Série Études
- Série Programmes
- Série Statistiques

Données : morbidité

- Dossiers solidarité et santé (bimestriel)
- Informations rapides
- Annuaire des statistiques sanitaires et sociales

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) Observatoires régionaux de la santé (ORS)

62, boulevard Garibaldi
 75015 Paris
 Tél. : 01 56 58 52 40
 Fax : 01 56 58 52 41
 Mél : info@fnors.org
<http://www.fnors.org>

Données démographiques (recensement, mortalité)

- Tableaux de bord régionaux sur la santé

Données : organisation du système de soins

- Panorama des travaux des ORS
- Recensement de toutes les études depuis 1975
- Tableaux de bord régionaux sur la santé
- Score-santé (indicateurs régionaux, départementaux et infradépartementaux en ligne)

Données : morbidité

- Tableaux de bord régionaux sur la santé

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

42, bd de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 22 70
<http://www.inpes.sante.fr>

Données psychosociales

- Baromètres santé
- Adultes
- Jeunes
- Médecins, pharmaciens
- Nutrition.
- Études qualitatives pré- et post-test de campagnes de communication

Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)

18, boulevard Adolphe-Pinard
75014 Paris
Tél. : 01 41 17 50 50
Fax : 01 41 17 66 66
<http://www.insee.fr>

Données démographiques (recensement, mortalité)

- Annuaire statistique de la France

Données : morbidité

- Enquête hospitalisation décennale
- Enquête santé et soins médicaux
- Eco-Santé Infos

Données économiques (Conditions de vie/Consommation)

- Données économiques et sociales (annuel)
- Annuaire statistique de la France
- Insee Première
- Économie et Statistique (mensuel)
- Insee Résultats (Consommation-modes de vie – Démographie et société – Emploi-revenus)
- Synthèses (mensuel)

Institut national d'études démographiques (Ined)

133, bd Davout
75980 Paris Cedex 20
Tél. : 01 56 06 20 00
<http://www.ined.fr>

Données démographiques (mortalité)

- Population
 - Population & sociétés
- Collections :
- Les cahiers de l'Ined
 - Données statistiques
 - Fascicules et rapports

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC)
101, rue de Tolbiac
75654 Paris Cedex 13
Tél./Fax : 01 44 23 60 00
44, chemin de Ronde
78116 Le Vésinet Cedex
Tél. : 01 34 80 24 62
Fax : 01 34 80 24 29 <http://www.inserm.fr>
<http://sc8.vesinet.inserm.fr>: 1 080

Données démographiques (mortalité)

- Statistiques des causes médicales de décès (annuel)
- Statistiques mensuelles des causes médicales de décès

Institut de veille sanitaire (InVS)

12, rue du Val-d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex
Tél. : 01 41 79 67 00
Fax : 01 41 79 67 07
Mél : documentation@invs.sante.fr
<http://www.invs.sante.fr>

Données : morbidité

- Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)
- Tableaux de bord des maladies à déclaration obligatoire
- EuroHIV - surveillance du VIH/sida en Europe.
- EuroTB - données épidémiologiques de la tuberculose en Europe.
- Eurosurveillance Weekly – bulletin européen hebdomadaire sur les maladies transmissibles

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

105, rue La Fayette
75010 Paris
Tél. : 01 53 20 16 16
Fax : 01 53 20 16 00
Mél : ofdt@ofdt.fr

- un rapport biennal « Drogues et dépendances : indicateurs et tendances »
- rapports d'études ou d'enquêtes (Escapad, Espad, etc.)
- Lettre d'information Tendances (10 n°/an)
- Un rapport annuel « État des principales évolutions du phénomène des drogues et des toxicomanies en France »
- Un répertoire des sources statistiques

À consulter...

Centre Quetelet

59, rue Pouchet
75849 Paris Cedex 17
Tél. : 01 40 25 11 61
Fax : 01 40 25 11 06
<http://www.centre.quetelet.cnrs.fr>
Fournisseur de données statistiques en sciences sociales

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (Mildt)

7, rue Saint-Georges
75009 Paris
Tél. : 01 44 63 20 50
Fax : 01 44 63 21 01
<http://www.sante.gouv.fr>

- Catalogue des enquêtes (moteur de recherche)
- Commander un fichier d'enquêtes

Société française de santé publique (SFSP)

2, rue du Doyen-Jacques-Parisot
BP 7
54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Tél. : 03 83 44 39 17
Fax : 03 83 44 37 76
info@sfsp-france.org
<http://www.sfsp-publichealth.org>

- Collection d'ouvrages
- Revue *Santé publique*

Haut Comité de la santé publique (HCSP)

8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
Tél. : 01 40 56 79 80
Fax : 01 40 56 79 49
Mél : hcsp-secr-general@sante.gouv.fr
<http://www.hcsp.ensp.fr>

- *La Santé en France*
- Collection des rapports
- Revue *Actualité et dossier en santé publique* (ADSP) - trimestriel

Département documentation de l'INPES.
Avec le concours de Danielle Belpaume.

Asthme et comportements de santé

Les résultats du Baromètre santé 2000 de l'INPES présentés ici montrent que la perception de l'environnement par les asthmatiques est marquée par leur maladie : crainte des effets de la pollution atmosphérique, plus grande gêne due au tabagisme des autres. Leur pratique du sport et leur tolérance à l'effort a aussi été étudiée.

L'asthme est une maladie pulmonaire chronique non contagieuse, mais qui n'est pas pour autant une affection banale et bénigne. Environ deux mille personnes décèdent de l'asthme chaque année¹. 3,1 % des Français de 12 à 75 ans interrogés dans le cadre du Baromètre santé 2000² de l'INPES se sont déclarés asthmatiques. Cette prévalence est peut-être légèrement sous-estimée du fait de la formulation de la question³. Selon d'autres enquêtes, la prévalence de l'asthme se situe plutôt autour de 5 %⁴.

Certains comportements de santé peuvent avoir un effet néfaste par rapport à cette pathologie. Le tabagisme, actif ou passif, est notamment identifié comme un facteur déclenchant des crises. L'influence de l'environnement sur la maladie, et en particulier celle de la pollution atmosphérique, est aussi mise en avant.

Quelques résultats relatifs à ces deux types de facteurs déclenchants et issus du Baromètre santé 2000 sont présentés ici. Sont aussi analysés les liens entre asthme et activité sportive. L'asthme est une maladie qui touche des personnes de tout âge, mais c'est chez les plus jeunes que la prévalence est la plus élevée (Figure 1). En revanche, le nombre de décès est plus important parmi les personnes âgées (plus de mille morts ont été enregistrées parmi les 75-94 ans en 1999)¹.

Le tabagisme

Les personnes souffrant d'asthme se déclarent proportionnellement plus nombreuses à être gênées par la fumée des autres (76,1 % vs

71,0 % des non-asthmatiques). Les manifestations asthmatiques sévères dont peut être responsable l'exposition indirecte à la fumée de tabac peuvent expliquer en partie cette plus forte gêne.

Néanmoins, 22,8 % des personnes asthmatiques déclarent fumer régulièrement⁵ vs 28,4 % pour le reste de la population (Figure 2). Est-ce le signe d'une méconnaissance de leur maladie, d'un déni de celle-ci, ou cela révèle-t-il une dépendance importante au produit ? Dans les trois cas, des actions d'éducation peuvent être bénéfiques. Elles peuvent consister à chercher à améliorer l'information sur la maladie, à aider les personnes concernées à accepter leur pathologie ou à favoriser le sevrage tabagique.

La pollution atmosphérique

Les personnes asthmatiques sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer craindre les effets de la pollution atmosphérique (76,5 % vs 64,3 %). Cela est probablement lié au fait que la pollution de l'air accroît les difficultés respiratoires chez les asthmatiques. Ils sont également plus nombreux à considérer qu'ils vivent dans un environnement pollué (57,4 % vs 50,9 %).

La pratique sportive et la tolérance à l'effort

La proportion d'individus qui déclarent avoir pratiqué un sport au cours des sept derniers jours est la même pour les asthmatiques et les non-asthmatiques (respectivement 42,3 % et 42,6 %).

En revanche, les raisons qui motivent le plus les asthmatiques à pratiquer un sport sont un peu différentes : 81,2 % d'entre eux déclarent faire du sport pour le plaisir (vs 71,2 % des non-asthmatiques) et 49,9 % pour des raisons de santé (vs 61,6 %). Néanmoins, leurs difficultés respiratoires semblent tout de même les gêner dans les efforts du quotidien. Ils sont plus nombreux à déclarer avoir des difficultés pour monter un étage (18,1 % vs 12,3 %), tout comme à courir une centaine de mètres (46,5 % vs 32,8 %).

Christophe Léon

Chargé d'études statistiques,

Hélène Perrin

Chargée de recherche,

Direction des affaires scientifiques, INPES.

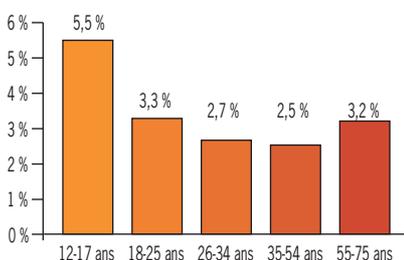


Figure 1. Prévalence de l'asthme dans la population selon l'âge

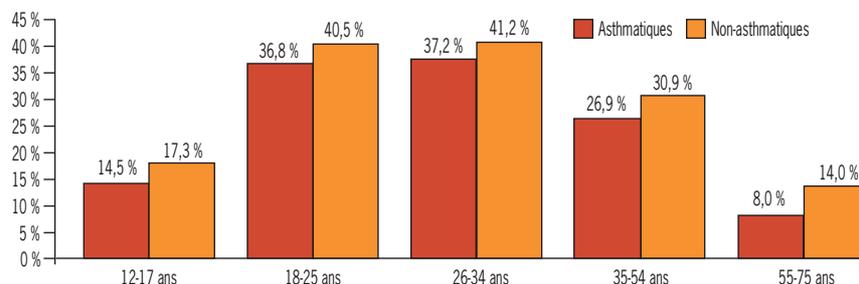


Figure 2. Prévalence du tabagisme régulier chez les asthmatiques et les non-asthmatiques dans la population selon l'âge

1. Inserm, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC).

2. Enquête réalisée en 1999 auprès d'un échantillon représentatif de la population française de 13 685 individus.

3. On demande d'abord à l'enquêté s'il a une maladie chronique et s'il répond oui, on lui demande laquelle. Cela suppose donc à la fois que l'asthmatique sache qu'il est asthmatique et sache ou accepte qu'il s'agit d'une maladie chronique.

4. L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée par le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (Credes) en 1998 sur un échantillon de 16 400 personnes de tous âges estime la prévalence de l'asthme actuel à 5,8 % (est défini comme asthme actuel les personnes ayant souffert d'asthme au cours des douze mois précédant l'enquête).

<http://www.credes.fr/Credes/Fichenqu/enquesps.htm>
5. Au moins une cigarette par jour.

L'hôpital Pompidou propose un « devoir d'ingérence » à ses usagers

À l'hôpital européen Georges-Pompidou, à Paris, des représentants des usagers ont un droit de regard sur la gestion de l'établissement. Ils sont associés à l'élaboration du livret d'accueil, à l'entretien du bloc opératoire, à la procédure de prise en charge des patients. Et une « Maison des usagers » est ouverte dans l'hôpital. État des avancées et des blocages.

L'usager du système de soins s'est construit sur une histoire en constante évolution. Aujourd'hui, les responsables politiques et hospitaliers mais aussi les associations de santé souhaitent que le patient, autrefois objet de soins, devienne sujet et acteur de sa santé, autrement dit un « usager citoyen ».

Cette appellation est contradictoire : le terme d'usager évoque plutôt l'utilisateur passif du service public alors que le malade-usager revendique activement ses droits. Il nous semble utile de revenir au sens étymologique du terme citoyen : celui qui partage les responsabilités dans la conduite des affaires de la cité et non celui qui revendique d'abord des droits. En ce sens, le malade usager-citoyen serait celui qui revendique une participation aux processus décisionnels dans le système de santé, expression essentielle de la démocratie sanitaire.

Une loi qui accentue la participation des usagers

La loi du 4 mars 2002, en dressant le cadre de l'intervention des usagers dans le système de santé, ouvre aux usagers citoyens les possibilités d'une participation individuelle et collective.

Dans son aspect individuel, la loi veut rétablir une relation médecin-malade moins paternaliste et inégalitaire. Aujourd'hui, le malade usager citoyen revendique un autre type de relation : il veut être informé et participer aux décisions qui concernent sa santé, devenir un partenaire du soin. De

plus en plus de malades revendiquent un savoir profane, une expertise pour ce qui les concerne.

Il existe bien une revendication d'une autre relation avec le corps médical et paramédical, exprimée, à la fois, individuellement mais aussi plus collectivement à travers les revendications portées par les malades lors des États généraux des malades atteints de cancer, en novembre 1998, ou par certaines associations. Car ce sont les malades eux-mêmes qui, en se regroupant au sein d'associations, ont bousculé le paysage du système de santé et cela bien avant la préparation même de la loi. En se rassemblant pour mieux s'entraider puis en formant des groupes de pression auprès des pouvoirs publics, les associations ont aussi permis de développer une représentation et une identité positives du malade. Ce faisant, elles se sont posées, notamment en se regroupant au sein du CISS (Collectif interassociatif sur la santé), en interlocuteur des pouvoirs publics.

Attention à l'usager « alibi »

Il faut sans doute voir dans l'instauration d'une représentation des usagers au sein des établissements de santé (hôpitaux et cliniques) une conséquence de cette influence grandissante des malades considérés comme acteurs sociaux, même si cette conception demeure, dans les faits, encore naissante. Ainsi, deux représentants des usagers siègent au conseil d'administration des établissements de santé et à la Commission des relations avec les

usagers et de la qualité de la prise en charge (« CRUQPC », qui remplace la Commission de conciliation), mais ce sont les deux mêmes...

On peut néanmoins s'interroger sur le niveau de participation des usagers aux décisions prises dans les établissements hospitaliers ou dans le domaine de la santé. Car, au-delà des textes et de la présence des représentants des usagers dans certaines instances ou commissions, l'usager est surtout « *un atout stratégique du changement* » (1) qui est là pour jouer un rôle. En ce sens, il est bien acteur (2) (plus individuel que social) et mis en scène dans les débats publics. Il est rarement auteur : les projets sont souvent conçus et élaborés par les professionnels qui demandent, au final, aux usagers de donner leur avis ou leur accord. Le renforcement de la participation des usagers nécessitera donc d'initier un vrai partenariat leur permettant d'élaborer les termes des débats (3) et de coopérer sur une base plus égalitaire. Et ce, sans craindre l'aspect parfois conflictuel que cette coopération pourrait revêtir et qui témoignera de l'aspect démocratique de la relation. Certaines expériences comme celles de la Maison des usagers, initialement à l'hôpital Broussais et aujourd'hui à l'hôpital européen Georges-Pompidou, mais aussi depuis peu au centre hospitalier Sainte-Anne, à Paris, à la Maison des patients, à l'hôpital du Havre ou du Jury Citoyen au CHU de Nantes (qui a participé à l'élaboration du projet d'établissement de l'hôpital) peuvent attirer notre attention



sur certains points clefs permettant à terme d'initier une coopération non pas pour les malades mais avec eux.

En tant que professionnel hospitalier et fort de mon expérience développée à l'hôpital Broussais puis à l'hôpital européen Georges-Pompidou, je pense qu'il est de la responsabilité des personnels de santé de mettre en place les conditions pour que l'utilisateur puisse prendre plus facilement sa place.

L'évolution des mentalités ne relève pas des décrets

Les deux expériences sont issues d'une même philosophie qui consiste à « faire reconnaître et promouvoir la place, le statut et les droits des usagers dans un hôpital » (projet de la Mission accueil, séjour des malades, droits des usagers de l'hôpital Broussais, à Paris). Elles se sont développées à partir de l'initiative de Michel Bilis (4), directeur de l'hôpital Broussais à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. En 1995, il crée une mission animée par Chantal Deschamps et dénommée : « Accueil, séjour des malades, droits des usagers », chargée de mieux faire s'exprimer les usagers, d'entendre leurs doléances, de réparer les atteintes aux droits et d'établir des partenariats entre les professionnels, les usagers et les associations de malades. Cette dernière appellation

était rarissime au sein des hôpitaux – on parlait plus volontiers de relation avec la clientèle ou avec les malades. Elle reposait sur l'affirmation de la citoyenneté des malades à l'hôpital.

Avant la promulgation de la loi du 4 mars, créer cette mission, c'était faire le pari d'une évolution des mentalités à l'hôpital, qui ne relève ni de décrets, ni de référentiels, mais qui part des droits fondamentaux de la personne et d'une autre idée du rôle des usagers à l'hôpital. Le partenariat avec les personnels était à la base de cette mission. En partant des observations et des réclamations des malades, de l'écoute des usagers dans différents lieux de l'hôpital, l'objectif était d'initier une approche transversale et collective des problèmes soulevés par le malade usager citoyen, notamment en développant des partenariats entre les professionnels et les associations de malades.

Une Maison des usagers, pilier du dialogue

Ainsi, à l'hôpital Broussais, la mission avait développé une fonction d'écoute et surtout de médiation, renforcée par l'expression des malades, des usagers et des associations à travers les colonnes d'un journal des usagers au titre évocateur de « Grain de sel », lors de débats, de forums à l'intérieur de

l'hôpital, et par la création de rencontres au Café Éthique, à l'extérieur de l'hôpital, pour favoriser l'écoute des habitants du quartier.

Pour créer une dynamique, une association d'utilisateurs avait été créée : « les Ardens » (Association pour la reconnaissance des droits des usagers de l'hôpital Broussais). En outre, une plate-forme associative avait été mise en place. Enfin, une Maison des usagers a été ouverte, au sein même de l'hôpital, lieu à la fois symbolique et réel de la présence et de l'expression des usagers.

C'est ce dispositif novateur qui a été repris pour l'essentiel à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP), en y apportant des améliorations. Ainsi, la présence des associations dans les services a fait l'objet de projets de partenariats sur des objectifs précis. Cela a nécessité d'organiser des rencontres entre les chefs des services, les cadres supérieurs infirmiers, les responsables des associations et d'éventuels partenaires privilégiés, comme le psychiatre attaché au service et le chargé des droits des usagers. La plate-forme associative dans l'hôpital a été négociée : il a, par exemple, été décidé qu'un bénévole d'une association de patients ayant bénéficié d'une chirurgie de l'obésité participe aux côtés du chirurgien, de la psychologue et de la diététicienne à un groupe d'information des futurs malades opérés.

D'autres associations ont choisi d'autres modes de présence auprès des patients : beaucoup tiennent des permanences parfois quotidiennes à la Maison des usagers. Cette disponibilité permet aux patients – qui sont avertis de cette présence par un livret et un affichage – de contacter les bénévoles présents pour des informations, des explications ou un partage d'expérience sur des domaines qui ont trait à leur santé et à leur hospitalisation. L'hôpital met aussi d'autres lieux à la disposition des associations.

Les associations sont également considérées comme porteuses d'une expression des usagers rencontrés dans les différents services. Tout en préservant la confidentialité des rencontres entre chaque bénévole et le malade, il aurait été dommage de se priver de l'avis des patients sur la qualité de leur

prise en charge, qu'elle soit médicale, hôtelière, relationnelle ou organisationnelle. C'est pourquoi il a été décidé de créer un collectif associatif regroupant les responsables de toutes les associations. Lors d'une réunion générale à laquelle participe le directeur de l'établissement, les associations formulent les besoins, les critiques mais aussi les propositions des malades face aux problèmes rencontrés.

Dans le même esprit, lors de l'ouverture de l'hôpital, les associations et les professionnels se sont réunis à plusieurs reprises pour élaborer des documents et décider d'un certain nombre d'initiatives au niveau de l'hôpital. Cela a conduit, après concertation, à modifier en profondeur le livret d'accueil de l'hôpital. Actuellement, une demande croissante des services s'exprime pour associer les usagers à certains projets. Ainsi, certains services demandent – et ont obtenu – que les usagers corrigent des documents à leur intention. Pour l'avenir, il est prévu de constituer un groupe de relecture des documents de l'hôpital, de façon à les rendre compréhensibles, alors qu'ils utilisent encore largement un langage médical, difficile à comprendre. Le projet est de transformer ce groupe de relecture en groupe de coproduction des informations utiles aux usagers.

Droit d'intervention sur le fonctionnement de l'hôpital

Dans la continuité de cette politique de collaboration, certaines instances de l'établissement souhaitent associer régulièrement un représentant d'usagers¹ à leurs travaux. Il ne s'agit plus seulement d'utiliser un usager alibi mais d'une véritable présence d'un représentant à toutes les réunions, que ce soit pour le Clin (Comité de lutte contre les infections nosocomiales) ou le Clan (Comité de liaison alimentation nutrition). Déjà, actuellement, un des représentants des usagers intervient au sein du conseil de bloc opératoire en raison de dysfonctionnements rapportés par les malades. Une évaluation a été mise en place afin d'identifier les causes des problèmes pour apporter des améliorations.

Afin de mener à bien pareille démarche, il importe de :
– préciser le rôle du représentant des usagers car l'intervention au sein d'ins-

tances autres que le conseil d'administration et la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge n'est pas prévue réglementairement ;
– trouver un bénévole d'une association présente sur l'hôpital afin que les observations expriment les préoccupations des malades.

Enfin, il est souhaitable que le représentant d'usagers ait des connaissances sur l'objet de l'instance afin de valoriser rapidement son rôle, même si une formation peut être mise en place pour lui permettre d'intervenir avec pertinence. Cela pose le problème de l'extension du nombre de représentants d'usagers et de leur légitimité, laquelle repose sur l'étendue de leur expérience.

Et pourquoi pas un comité des usagers ?

Nous préconisons donc de créer, avec les représentants réglementairement désignés, une sorte de comité des usagers intervenant dans les différents lieux de l'hôpital. Cette instance jouerait un rôle de veille et d'intervention auprès des praticiens et responsables des services pour évaluer certains dysfonctionnements de l'organisation hospitalière et formuler des propositions d'amélioration. La singularité du rôle des représentants des usagers ou d'un éventuel comité d'usagers est son autonomie par rapport à la structure hospitalière, ce qui en fait une force de proposition « extérieure ».

Le chargé des usagers : un médiateur

Le rôle des deux représentants des usagers réglementairement désignés ne peut se développer sans que l'ensemble des observations, remarques ou réclamations des usagers de l'hôpital soit porté à leur connaissance. Ce rôle est celui du chargé des droits des usagers². Par un contact régulier lors des commissions de conciliation ou en dehors, il informe les représentants des usagers des problèmes récurrents afin que ceux-ci puissent intervenir sur l'organisation de l'hôpital.

Le chargé des droits des usagers a également un rôle de médiation. L'ouverture, neuf heures par jour, de la mission dont il est la cheville ouvrière permet de recueillir l'avis des malades ou de leurs proches, d'écouter leurs remarques

ou leurs réclamations directement ou par téléphone pour ceux qui ne peuvent se déplacer. De nombreux dysfonctionnements peuvent ainsi être réparés : impossibilité de prendre rendez-vous, perte de dossier médical ou lenteur de communication de celui-ci, difficultés relationnelles avec les personnels...

L'intervention peut être immédiate ou différée en fonction des problèmes exprimés par les malades. Il s'agit parfois de renouer un dialogue devenu difficile avec les personnels soignants, d'éclaircir un malentendu ou simplement d'écouter la souffrance ou l'angoisse d'une famille qui se sent abandonnée dans un moment particulièrement douloureux à vivre. Cela conduit parfois à organiser des rencontres entre un malade, son proche, le cadre du service, un médecin et moi-même. Ces rencontres sont également importantes pour le service car elles illustrent souvent le rôle positif d'un dialogue renoué. Cela a conduit certains services à proposer plus facilement ce type de rencontre lorsqu'un problème de communication apparaît avec un malade ou sa famille. Certaines organisations de service ont aussi pu être progressivement modifiées, comme la durée de visite dans un service de réanimation. Le rôle de conseil permet aussi à des patients de mieux se situer dans le dédale de procédures administratives ou de contentieux prévisibles.

Cette fonction de chargé des droits des usagers est naturellement prolongée par l'initiation de projets concernant les droits des malades, leur information et l'intervention dans les instances de l'établissement, toujours pour faire valoir le point de vue des usagers.

Vaincre la résistance aux changements

Ces initiatives, destinées à améliorer la participation des usagers, partent du principe que le rôle des malades et de leurs associations est primordial pour améliorer la qualité du système de santé. Or, ce changement passe nécessairement par l'implication des professionnels. Mais l'hôpital, comme tout système, est un lieu de contraste où la volonté d'évolution individuelle des professionnels côtoie la résistance au changement, où les difficultés, voire l'incapacité de l'organisation à faire évoluer ses modes de fonctionnement, se heurtent aux injonctions d'adaptation forcée.

Derrière des discours optimistes sur la participation, le fonctionnement pyramidal et hiérarchisé des établissements de santé résiste facilement aux timides assauts de la démocratie sanitaire. Parallèlement, des professionnels s'interrogent sur le sens de leur travail, sur la valeur du soin, et l'éthique fait une entrée fracassante mais aussi contradictoire. Source de questionnement sur le sens perdu d'un soin progressivement mécanisé, voire robotisé, l'éthique a permis de retrouver les valeurs essentielles du « prendre soin » sans toujours s'interroger sur la nature même de l'établissement de santé, qui génère de façon si paradoxale tant d'humanité et d'autorité.

Cette autorité s'exerce sur le personnel des hôpitaux, mais aussi sur les usagers, qui se trouvent encore bien loin d'une position d'acteurs dans le système. Par rapport au nouveau rôle des malades-citoyens-usagers, la responsabilité de l'institution hospitalière et de ses acteurs apparaît fondamentale. Si l'appui sur la loi du 4 mars est primordial, il n'en demeure pas moins qu'il faut aussi faire évoluer les représentations sur l'usager, ses capacités et son rôle.

Oser les conflits

À partir du moment où l'usager est capable de maintenir un point de vue autonome parfois contradictoire avec les logiques médicales et soignantes, la question du conflit est posée. Loin d'évacuer cette question, il nous paraît nécessaire de la resituer dans le contexte de la coopération sanitaire donnée par la loi. Si le terme de « démocratie sanitaire » peut avoir un sens, c'est simplement en acceptant que ce dérangement soit au cœur des partenariats développés entre les usagers et les professionnels. Ce dérangement, c'est tout simplement l'idée d'une démocratie au sens où Paul Ricoeur (5) l'entend : « *est démocratique un État qui ne se propose pas d'éliminer les conflits mais d'inventer les procédures leur permettant de s'exprimer et de rester négociables.* »

Sont ici posées les bases de ce qui pourrait se développer en termes de « coopération conflictuelle » entre les usagers et les professionnels.

Pour qu'il existe un partenariat, il est nécessaire que les deux acteurs – professionnels/usagers – soient présents. Or, il manque aujourd'hui, paradoxalement, d'une façon générale dans nos hôpitaux l'un des acteurs principaux du domaine de la santé, c'est-à-dire l'usager. Le malade est omniprésent comme personne individuelle mais rarement comme acteur social et institutionnel, détenteur d'un savoir, d'une expérience, d'une expertise qui lui sont propres. Il nous faut donc à nous, acteurs et responsables hospitaliers, opérer une double conversion : changer notre propre regard, sur le malade ou l'association, mais aussi sur nous-mêmes, comme détenteurs du savoir médical, paramédical, voire administratif.

Et demain...

La nouvelle loi sur les droits des malades comporte des aspects novateurs et souhaités depuis longtemps par les associations d'usagers. À ce titre, elle représente une chance importante à condition que chacun prenne ses responsabilités.

Car il ne suffit pas de décréter la citoyenneté active pour qu'elle se réalise demain. Les établissements ont ainsi la responsabilité de mettre en place les conditions pour que le rôle des usagers se développe et que la

► Pour en savoir plus

Collectif interassociatif sur la santé (CISS) : C/o Aides Fédération, 14, rue Scandicci - 93509 Pantin Cedex. E-mail : contact@leciss.org <http://www.leciss.org>

démocratie sanitaire puisse s'y exercer (6). Il est nécessaire qu'au sein des directions des établissements des interlocuteurs des usagers puissent jouer un rôle actif de facilitation et de médiation avec les acteurs hospitaliers et favoriser le rôle des associations à l'hôpital. Des moyens devront aussi accompagner ces évolutions.

Du côté des personnels hospitaliers, le changement de culture et de méthode à opérer ne doit pas être considéré comme une activité supplémentaire, mais une autre façon de développer des projets pour que l'intention souvent déclarée de mettre le patient au centre du système hospitalier devienne réalité.

Jean Wils

Chargé des droits des usagers, Hôpital européen Georges-Pompidou, Paris.

► Références bibliographiques

- (1) Veledago F. L'Usager comme atout stratégique du changement dans le système de santé. In : Cresson G., Schweyer F.-X. *Les usagers du système de soins*. Paris : Éditions ENSP, 2000 : 55-73.
- (2) Ardoino J. *Dialogue à plusieurs voies, à propos du sujet*. Pratiques de formation-analyses. n° 23, 1993.
- (3) Bilis M., Deschamps C. *Droits et expressions du malade-usager-citoyen à l'hôpital public*. In : Brachet P. : L'évaluation démocratique outil de citoyenneté active. Paris : L'Harmattan, 2000 : 63-75.
- (4) Lascoumes P. *La Précaution comme anticipation des risques résiduels et hybridation de la responsabilité*. L'Année sociologique, 1996 ; vol. 46, n° 2 : 359-82.
- (5) Ricoeur P. *Du texte à l'action*. Paris : Seuil, 1986 : 445.
- (6) Wils J. *De la démocratie sanitaire à la maison des usagers*. Soins Cadres 2000 ; n° 36 : 34-7.

1. Conformément à la loi de 1996, les « représentants des usagers » sont chargés de représenter les personnes hospitalisées au sein du conseil d'administration de l'établissement et de la commission de conciliation. Désignées par le préfet sur proposition du directeur de l'hôpital, ces personnes, volontaires et bénévoles, sont souvent issues d'associations de malades ou de famille. La nouvelle loi du 4 mars 2002 reconnaît mieux leur rôle, notamment en instituant une formation et un congé de représentation. Elle impose qu'ils fassent partie d'associations de malades. Il nous semblerait utile d'élargir le nombre de personnes pouvant représenter les usagers à condition qu'un comité des usagers soit mis en place, afin de garantir leur légitimité.

2. Le « chargé des droits des usagers » est une dénomination moins fréquente que celle de « chargé des relations avec les malades », les usagers ou la clientèle. On retrouve cette fonction dans la plupart des hôpitaux et des cliniques. Elle est assurée systématiquement par un personnel administratif souvent rattaché à la direction de la clientèle de l'établissement. À l'HEGP, le chargé des droits des usagers est un personnel soignant, kinésithérapeute, ce qui est rare et qui donne une tonalité moins administrative à la fonction. La différence essentielle entre représentant des usagers et chargé des droits ou des relations avec les usagers, outre la fonction, réside dans leur statut : le premier est membre d'une association et exerce cette fonction, définie réglementairement, de façon bénévole sans avoir de relation contractuelle ou financière avec l'établissement, le second est un salarié de cet établissement.

Votre adolescent vous inquiète ?

Fondation de France, Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam).



L'objectif de ce livre est d'expliquer avec des mots simples la complexité des processus psychiques de l'adolescence, en particulier les mécanismes de défense et l'apparition d'états pathologiques (troubles maniaco-dépressifs, schizophrénie, idées suicidaires). Des orientations sont données aux proches pour repérer les manifestations extérieures de ces troubles. L'ouvrage souligne l'impact du mal-être de l'adolescent sur la famille et les sentiments douloureux exprimés par les parents. Il s'achève par une description des parcours de soins possibles en France (notamment l'hospitalisation, le suivi ambulatoire en centre médico-psychologique, et les foyers ou appartements thérapeutiques), ainsi qu'une liste de « dix idées fausses » pouvant circuler au sein de la famille. Le recueil apporte une réponse de quelques lignes à chacune d'entre elles.

Paris : Unafam, 2003, 52 pages, 5 €.

Sandra Kerzanet



Amidou

Amidou est un outil pédagogique destiné aux enseignants, aux médiateurs, aux animateurs et aux parents. Il se donne pour objectif de permettre aux élèves de 4 à 9 ans de prendre conscience de leurs compétences et de renforcer l'estime d'eux-mêmes.

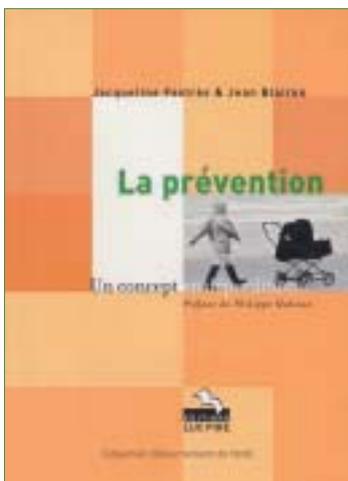
Il se compose de trois supports : une histoire à raconter pour le kamishibai (théâtre d'images) constituée de seize planches de dessin en couleurs accompagnées d'un texte à lire au verso, un journal pour l'élève et un cahier pédagogique pour l'adulte.

Les images proposées racontent l'histoire d'un castor qui a une mauvaise image et estime de lui. Il est amené à secourir ses amis, son frère et sa sœur en danger dans la forêt. La solidarité, les compétences personnelles et les initiatives du héros sont valorisées par son entourage. Ces épreuves lui permettent d'aller au-delà de limites qu'il ne croyait pas pouvoir dépasser, de prendre conscience de ses compétences.

Le journal pour l'élève propose une série de jeux et d'activités complémentaires à organiser par l'adulte. Le cahier pédagogique pour l'adulte débute par une présentation des fondements théoriques de l'estime de soi chez les enfants et les moyens de la renforcer, et se poursuit par des propositions d'animations de groupes : mimes, débats, invention et présentation orale par les élèves d'une nouvelle histoire ...

Strasbourg : Callicéphale Éditions, Lausanne : Ispa/distrib., 2002, 28,20 € (+ frais de port).

S.K.



La prévention : un concept en déperdition ?

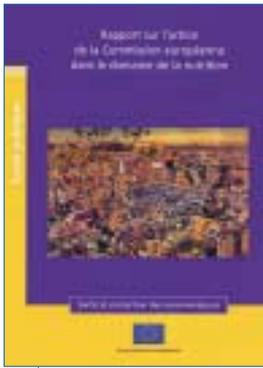
Jacqueline Fratrès, Jean Blairon, Philippe Mahoux (préf.)

Cet ouvrage est le résultat d'un travail d'analyse et de recherche à partir de rapports écrits remis par cinquante-quatre services d'aide en milieu ouvert (AMO) belges relatifs à leurs activités en matière de prévention. Le document répond plus spécifiquement aux questions suivantes : « Votre service a-t-il une mission générale de prévention ? Quelle est votre lecture du concept de prévention ? » « Comment traduisez-vous cette mission en termes d'aide individuelle, d'action communautaire, d'action collective ? ». Après avoir décrit le contexte et la méthodologie de la recherche, les auteurs consacrent une première partie aux trois facteurs de ce qu'ils appellent la « déperdition » du concept de prévention dans ce secteur : le premier est l'éclatement des discours au niveau de l'usage stratégique du concept ; le deuxième touche à la représentation que les services d'aide en milieu ouvert se font d'eux-mêmes en tant qu'institutions ; et le troisième relève de logiques d'actions sanitaires et sécuritaires qui imprègnent trop largement le champ du travail social.

Dans la seconde partie de l'ouvrage, les auteurs traitent les principales questions posées par cette situation de déperdition stratégique, institutionnelle et culturelle ; ils apportent des éléments de réponse articulés autour des lignes directrices suivantes : clarification du concept de prévention, politique d'évaluation des actions de prévention, élaboration d'un modèle de cohérence politique forte. Au-delà de l'analyse sociologique qu'il propose, l'ouvrage prend en compte des acteurs de terrain et met en avant des exemples réels.

Anne Sizaret

Bruxelles : Éditions Luc Pire, coll. Détournement de fond, 2002, 182 pages, 18 €.



Rapport sur l'action de la Commission européenne dans le domaine de la nutrition

Commission européenne.

Ce document dresse un tableau des compétences de la Communauté européenne en matière de nutrition et présente les activités liées à la nutrition dans le cadre

de la politique de santé publique, inscrites dans des programmes d'actions communautaires.

Le nouveau programme communautaire d'action dans le domaine de la santé publique (2003-2008) comprend plusieurs volets : l'amélioration de l'information sur la santé par un système de surveillance ; l'amélioration des stratégies et mécanismes de prévention, d'information et de réaction axés sur les maladies transmissibles ; le traitement des déterminants de la santé.

La politique européenne de protection des consommateurs dans le cadre de l'alimentation couvre la totalité de la chaîne de production des aliments. Elle vise à l'harmonisation des diverses normes nationales relatives aux denrées alimentaires.

L'éducation à la consommation est inscrite dans les prérogatives de cette politique. La Commission a créé un groupe *ad hoc* sur la nutrition, chargé d'assurer l'échange d'informations, de débattre des mesures nécessaires à la définition de la politique nutritionnelle et d'identifier les actions à entreprendre, communes à plusieurs secteurs.

La troisième partie du rapport présente les actions sur la nutrition menées dans les domaines où l'Union européenne développe une politique commune : agriculture, pêche, environnement, entreprises, marché intérieur (libre circulation des biens et services), recherche, social, éducation, audiovisuel. À ces domaines d'activités s'ajoutent l'élargissement de la Communauté, les actions auprès des organisations multilatérales, et les mesures en matière de protection des droits de propriété intellectuelle liés aux inventions portant sur les variétés de plantes et les ressources génétiques végétales.

La dernière partie de ce rapport est consacrée aux objectifs opérationnels du nouveau programme de santé publique 2003-2008. En annexe figurent des exemples de corrélations entre certaines pathologies et des facteurs de risques alimentaires, la définition de termes clés, des exemples de projets sur la nutrition cofinancés au titre des programmes de santé publique ou soutenus par l'Union européenne, une présentation de la politique commune et l'organisation commune du marché des produits de la pêche et de l'aquaculture, ainsi que la résolution du Conseil du 14 décembre 2000 sur la santé et la nutrition.

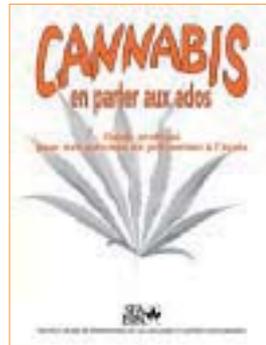
Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs. Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes, 2003, 41 pages.

En ligne

http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_report_fr.pdf

[Dernière visite le 09/09/2003]

A.S.



Cannabis : en parler aux ados. Guide pratique pour des activités de prévention à l'école

Ce guide offre aux enseignants suisses un outil complet pour aborder le thème du cannabis avec des élèves dès l'âge de 11 ans. Son objectif est

de donner la possibilité de développer des actions au sein des établissements scolaires au niveau de la prévention primaire, d'apporter des réponses face aux questions et aux peurs suscitées, et plus généralement face à une situation de consommation de cannabis. Il est illustré par des questions posées sur le site internet Ciao d'information et de prévention (www.ciao.ch). Le guide se compose de trois grandes parties interactives. La première résume les informations essentielles sur le cannabis (usage, préparations et modes de consommation, histoire, culture et loi relatives à son usage), présente des données épidémiologiques suisses et donne un aperçu des effets, des risques et des motivations à consommer.

La deuxième partie est constituée de treize fiches pratiques pour des animations en classe. Elles abordent des thèmes généraux tels que les différences et les similitudes entre les jeunes et les adultes, des réflexions sur la nécessité des règlements, les liens entre les transgressions et les sanctions, la relativité de la normalité, le conformisme, la perception des comportements des pairs et son influence, les liens entre attentes et effets, les conséquences de certaines prises de risques, les risques et les limites, la confiance en soi, le plaisir, le stress, les alternatives pour faire face à une situation.

Chacune de ces fiches est structurée de façon identique : une introduction, le lien avec la consommation de cannabis, les objectifs de l'animation, son déroulement, des éléments pour animer une discussion et un questionnaire proposant des pistes de dialogue avec les jeunes.

La troisième partie de ce guide s'intitule « Consommation : que faire ; comment agir ? » Les auteurs insistent sur la politique de l'établissement scolaire, les signes possibles d'une consommation abusive de cannabis, les réactions à avoir en cas de problème. Ils proposent un modèle d'intervention détaillé, ils définissent le rôle des différents intervenants (l'enseignant, les parents, la direction de l'école, les autres intervenants possibles). Plutôt que le recours aux tests de dépistage et aux sanctions, le guide préconise la prévention, l'écoute, le dialogue et l'offre d'aide, notamment l'aide à l'arrêt.

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies. Lausanne : Sfa-Ispa, 2002, 95 pages, 34,50 FS (+ frais de port).

A. S.

Rubrique lectures coordonnée par le centre de documentation de l'INPES : doc@inpes.sante.fr



LA SANTÉ VIENT EN MANGEANT

LE GUIDE ALIMENTAIRE POUR TOUS

S'il est recommandé de limiter la prise de certains aliments, il n'est pas question d'en interdire la consommation.

VOS REPÈRES DE CONSOMMATION

Fruits et légumes

au moins 5 par jour



- à chaque repas et en cas de petits creux
- crus, cuits, nature ou préparés
- frais, surgelés ou en conserve

Pains, céréales, pommes de terre et légumes secs



à chaque repas et selon l'appétit

- favoriser les aliments céréaliers complets ou le pain bis
- privilégier la variété

Lait et produits laitiers (yaourts, fromages)

3 par jour



- privilégier la variété
- privilégier les fromages les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés

Viandes et volailles, produits de la pêche et œufs



1 à 2 fois par jour

- en quantité inférieure à l'accompagnement
- viandes : privilégier la variété des espèces et les morceaux les moins gras
- poisson : au moins 2 fois par semaine

Matières grasses ajoutées

limiter la consommation



- privilégier les matières grasses végétales (huiles d'olive, de colza...)
- favoriser la variété
- limiter les graisses d'origine animale (beurre, crème...)

Produits sucrés



limiter la consommation

- attention aux boissons sucrées
- attention aux aliments gras et sucrés à la fois (pâtisseries, crèmes desserts, chocolat, glaces...)

Boissons

de l'eau à volonté



- au cours et en dehors des repas
- limiter les boissons sucrées (privilégier les boissons light)
- boissons alcoolisées : ne pas dépasser, par jour, 2 verres de vin (de 10 cl) pour les femmes et 3 pour les hommes. 2 verres de vin sont équivalents à 2 demis de bière ou 6 cl d'alcool fort

Sel



limiter la consommation

- préférer le sel iodé
- ne pas resaler avant de goûter
- réduire l'ajout de sel dans les eaux de cuisson
- limiter les fromages et les charcuteries les plus salés et les produits apéritifs salés

Activité physique

au moins l'équivalent d'une demi-heure de marche rapide par jour



- à intégrer dans la vie quotidienne (marcher, monter les escaliers, faire du vélo...)