

## SESSION 3

### Vendredi 3 avril 2009

#### Recherches évaluatives en prévention et promotion de la santé

**Matinée : 9h à 12h – Salle Jussieu**

CAPEDP : une recherche action de promotion de la santé en santé mentale périnatale

Elodie SIMON-VERNIER

Je suis psychologue évaluatrice de la recherche CAPEDP. Il s'agit d'une recherche action de promotion de la santé mentale en période périnatale, financée par l'INPES et le PHRC, le Protocole hospitalier de recherche clinique. Nous sommes onze psychologues sur le terrain et l'instigateur principal de cette recherche est le professeur Antoine Guedenay.

CAPEDP est un acronyme qui signifie compétence parentale et attachement dans la petite enfance, diminution des risques liés aux troubles de santé mentale, et promotion de la résilience. L'objectif de cette recherche est d'évaluer l'efficacité d'une intervention à domicile visant à favoriser l'instauration de liens solides entre la mère et son enfant, et donc de promouvoir la santé mentale de la mère et celle de son enfant. Nous intervenons auprès de 220 femmes, comparées à 220 autres qui bénéficient des soins usuels. J'entends par là la maternité, la PMI, les services sociaux et les crèches, par exemple.

Toutes les femmes avaient moins de 26 ans au moment de l'inclusion en maternité. Elles sont nullipares, c'est-à-dire enceintes de leur premier enfant. Et elles devaient réunir l'un des trois critères suivants : un niveau d'éducation inférieur au Bac, se déclarer isolée lors de leur entretien en maternité, c'est-à-dire que le père ne sera pas présent a priori pour élever l'enfant avec elle, et bénéficier de la couverture maladie universelle et de l'aide médicale de l'Etat.

Nous avons choisi de nous intéresser à ces femmes car, au cours des deux premières années de l'enfant, une mère a besoin d'information et de soutien pour faire face aux questionnements et aux problèmes qu'elle peut rencontrer, et pour élever son enfant ; plus particulièrement si c'est son premier enfant, si elle est jeune, et si elle a d'autres défis à relever en même temps. Il faut souligner que chaque critère n'est pas forcément un critère de risque, mais leur accumulation rend plus vulnérable sur le plan psychosocial. Dans ces conditions, une mère a plus de risque de faire une dépression anténatale, et surtout postnatale, dépression qui peut entraîner des difficultés dans la mise en place des interactions précoces mère/bébé, des troubles de l'attachement et, par la suite, des difficultés comportementales chez l'enfant.

Thomas SAIAS

Je m'occupe de la coordination logistique de la recherche CAPEDP. Les maternités concernées étaient Louis Mourier à Colombes, Beaujon, Bichat, Robert Debré, Lariboisière, Saint-Antoine, La Pitié, Trousseau, Tenon et Jean Rostand à Evry. 440 patientes ont été incluses dans la recherche.

Elodie SIMON-VERNIER

Afin de permettre la constitution d'un équilibre psychique entre la mère et son enfant, une intervention à domicile est mise en place. Afin de prouver que cette intervention est bénéfique pour la mère et l'enfant, une évaluation est nécessaire. L'ensemble des 440 femmes incluses sera évalué, mais 220 n'auront que l'évaluation et 220 auront l'évaluation et l'intervention.

Je suis l'une des quatre évaluateuses de la recherche CAPEDP. Il existe six temps d'évaluation. Nous rencontrons la mère la première fois vers la 27<sup>e</sup> semaine de grossesse, puis au troisième mois de l'enfant, au sixième mois, puis à l'âge d'un an, un an et demi et deux ans. Les questionnaires sont présentés en hétéro-évaluation, ce qui permet une meilleure instauration de la relation avec la mère.

Un des objectifs de la recherche est de promouvoir les compétences parentales et le sentiment de compétence parentale, que l'on évalue à l'aide du HOME, du KIDI et du PACOTIS. Avec le HOME, nous évaluons l'environnement dans lequel grandit l'enfant. Par exemple, « l'environnement est-il sans danger pour cet enfant ? Bénéficie-t-il d'un suivi médical régulier ? Y a-t-il présence de jeux stimulants » ? Avec le KIDI, nous évaluons les connaissances des mères sur le développement de l'enfant. Avec le PACOTIS, nous évaluons le sentiment de compétence parentale. Par exemple, « je me sens tout à fait capable de garder mon enfant occupé pendant que je fais autre chose ».

Un autre objectif est de prévenir la dépression post et prénatale, en utilisant le PDS ; de prévenir le stress parental, en utilisant le PSI, comme par exemple : « je me retrouve à sacrifier une partie de ma vie plus grande que prévue à répondre aux besoins de mon enfant ». Nous tentons également de prévenir les difficultés comportementales de l'enfant. Par difficultés comportementales, nous entendons plutôt un retrait, un état dépressif, ou encore une tendance à être agitée, que l'on évalue à l'aide de la DBB ou le CDCL.

Un autre objectif est de favoriser la sécurité de l'attachement de l'enfant. A dix-huit mois, nous nous intéressons à la qualité des relations précoces de l'enfant avec sa mère, que nous évaluons nous-mêmes à l'aide du CUSORT. Nous favorisons également la compréhension et l'utilisation adéquate du système sanitaire, éducatif et social. Pour évaluer la compréhension de ce système, nous avons élaboré un questionnaire sur les

services, avec une liste de professionnels que la mère a pu contacter pour elle, son enfant ou pour une personne de son entourage, comme une assistante sociale, l'ANPE, une sage-femme. Et nous cherchons à savoir combien de fois elle les a vus dans une période donnée. Quand nous la rencontrons la première fois, donc à la 27<sup>e</sup> semaine de grossesse, si elle n'a pas contacté ces personnes, nous lui demandons si elle a des besoins, si elle sait le faire.

Nous cherchons également à favoriser le développement des réseaux sociaux des mères pour promouvoir leur autonomie. Nous avons un questionnaire de soutien social qui évalue la densité de leur réseau social. Enfin, nous cherchons à favoriser le développement psychomoteur de l'enfant, c'est-à-dire qu'à travers les activités réalisées avec l'enfant, nous évaluons le développement postural, la coordination oculo-manuelle, le langage et la sociabilité.

En conclusion, j'insiste sur le fait que cette procédure d'évaluation s'effectue en aveugle. En tant qu'évaluatrices, nous ignorons si les mères visitées sont dans le bras intervention, le bras usuel, afin de ne pas être influencées.

Gaëlle HOISNARD

Je suis psychologue intervenante CAPEDP. Les interventions concernent 220 participantes, soit la moitié de notre échantillon ; sachant que cette démarche préventive adaptée vient renforcer le système de prévention français de la promotion de la santé mentale. Il s'agit de prendre en compte les familles à vulnérabilité psychosociale moyenne, c'est-à-dire qui ne présentent pas de troubles évidents. Ce type d'intervention à domicile s'inscrit dans la lignée de programmes d'interventions à domicile qui ont déjà été expérimentés dans différents contextes internationaux depuis quarante ans. Les interventions s'effectuent donc à domicile. Elles sont précoces, soutenues, adaptées à chaque famille, mais manualisées et réalisées par un personnel formé et supervisé.

Les interventions sont précoces, c'est-à-dire que les visites commencent dès le septième mois de grossesse et se poursuivent jusqu'aux deux ans de l'enfant. Les interventions ont lieu à un rythme assez soutenu. Nous rendons visite aux mères deux à trois fois par mois la première année, puis une fois toutes les trois semaines jusqu'au un an et demi de l'enfant, et enfin une fois par mois jusqu'à ses deux ans. Le rythme est dégressif car l'un des objectifs de la recherche est de promouvoir l'autonomie des familles face aux problèmes qu'elles peuvent rencontrer.

Les interventions sont adaptées et manualisées, c'est-à-dire que chaque mère va pouvoir aborder avec son intervenante les sujets qui la préoccupent ou dont elle a envie de discuter. Des moments plus informatifs vont pouvoir lui être proposés également, où elle pourra poser des questions et où nous pourrons l'aider à trouver des réponses. Et des thèmes principaux sont abordés avec chaque famille, à chaque visite. En prénatal, nous

allons aborder le vécu de la grossesse, ou le suivi à la maternité, ou encore l'investissement de la famille ou du père s'il est présent. Elles sont manualisées grâce à un manuel qui va nous permettre d'harmoniser nos pratiques et dans lequel sont précisés les visites à domicile, le rythme, les thèmes à aborder, les objectifs, etc. En postnatal, par exemple, nous allons pouvoir aborder la santé du bébé, son alimentation, son sommeil, son développement. Et bien plus tard, nous allons pouvoir aborder avec la mère son projet professionnel.

Les principaux objectifs, plus spécifiques aux interventions, sont de favoriser l'insertion sociale, promouvoir l'autonomie des familles, soutenir le développement de la parentalité et de l'enfant, et construire une relation interpersonnelle qui servira de modèle pour la relation de la mère à son enfant. Pour ce faire, nous allons étayer le développement personnel de la mère, aider à l'identification des besoins à l'enfant, c'est-à-dire soutenir et développer la sensibilité parentale du bébé. C'est un accès facilité aux connaissances. Et ce en ayant une bonne utilisation des réseaux sociaux et sanitaires.

Les visites sont réalisées par des intervenants psychologues et nous allons donc offrir aux familles un soutien psychologique tout en s'adaptant aux problématiques des mères et à leur environnement. Nous avons toutes une supervision individuelle hebdomadaire, et une supervision collective deux fois par mois pour harmoniser nos pratiques et pour nous-mêmes nous inscrire dans une réflexion en réseau, pour ne pas être seules face à une situation. Ce travail de psychologue va nous permettre de réorienter les familles vers les professionnels qui peuvent les aider en fonction de leur problématique.

Ces visites à domicile vont permettre aux familles d'être dans un environnement sécurisant et les aider à s'inscrire assez rapidement dans une relation de confiance. Pour les intervenantes, cela va permettre d'appréhender les familles dans leur environnement habituel, mais aussi de s'appuyer sur les ressources existantes. C'est un cadre inhabituel par rapport au métier de psychologue, ce qui nous oblige à nous adapter à chaque famille, mais aussi à nous confronter au quotidien de ces familles.

En résumé, c'est une démarche préventive puisque nous faisons de l'éducation à la santé, mais nous anticipons également les demandes des familles. Il ne s'agit pas seulement d'un soutien, mais bien d'un accompagnement sur la base d'un partenariat, cela étant possible grâce à une relation d'étayage et de confiance stable et sécurisée.

Je vais maintenant vous parler de l'intervention que je réalise encore aujourd'hui avec Madame K. Elle est camerounaise, a 21 ans, est arrivée seule en France il y a un an. Et j'ai pu pour l'instant réaliser cinq visites prénatales, et j'en suis à la septième visite post-natale. Madame K. a été hébergée dans un premier temps par des connaissances et elle a été rapidement prise en charge par le SAMU social. La situation sociale de Madame K. est donc très précaire, et c'est surtout l'isolement social qui est difficile à vivre pour elle,

plus particulièrement depuis que le papa n'a pas accepté cette grossesse et a cessé toute relation avec elle.

Je commence les visites alors que Madame K. en est à son septième mois de grossesse, et je la rencontre dans sa chambre d'hôtel social. C'est la deuxième fois que je la vois car je l'avais rencontrée une première fois en maternité pour lui proposer de participer à la recherche. Nous sommes donc très rapidement en confiance. Madame K. va alors parler de sa situation sociale qui la préoccupe, et je dois au début recadrer souvent sur son vécu de grossesse.

Elle parle très peu de ses émotions. Elle a des difficultés à formuler ses angoisses, et elle-même me précise que c'est souvent le cas dans certains pays d'Afrique où il ne faut surtout pas parler de ce qui ne va pas. A plusieurs moments de l'intervention, nous allons d'ailleurs discuter des différences de soins, de mentalité, de suivis médicaux entre la France et l'Afrique, et Madame K. est très souvent prise entre ses représentations et les réalités de la vie occidentale. Assez rapidement, du fait de cette confiance qui s'instaure, Madame K. va me poser des questions sur les bébés, et je vais me rendre compte qu'elle a très peu de connaissances concernant le développement du bébé en général, mais aussi intra-utérin. Un jour, par exemple, elle me demande comment les aliments font pour passer dans le cordon ombilical, ou pourquoi son bébé ne la réveille pas le matin pour lui faire signe qu'il a faim en bougeant dans son ventre. Lorsque nous évoquons son suivi à la maternité, je suis rassurée d'apprendre qu'une sage-femme l'avait visitée à domicile, et qu'elle voit assez régulièrement l'assistante sociale de la maternité.

Au huitième de grossesse, Madame K. a une grosse inquiétude car elle apprend que son bébé se présente en siège. Je la retrouve d'ailleurs à la maternité lors des examens car elle ne comprend pas tout. Lors du monitoring, par exemple, lorsqu'elle entend le cœur du bébé, elle se détend car elle estime que si le bébé se présentait en siège, c'est qu'il était en souffrance. Nous avons à cette occasion la possibilité de parler longuement, notamment des conséquences que cela va avoir sur son accouchement. Le suivi prénatal a vraiment contribué à la rassurer, à avoir une présence, une écoute et des informations en plus de l'accompagnement proposé par la sage-femme à domicile.

Madame K. a finalement eu une césarienne deux semaines avant le terme. Je lui rends visite à la maternité où elle se sent bien. Elle a maintenant une grande appréhension, car elle va devoir changer d'hôtel social, celui qui l'héberge actuellement ne pouvant accueillir de bébé. Je la rencontre deux semaines plus tard dans un nouvel hôtel social et je la trouve dans un grand état de stress, très déprimée, car ses nouvelles conditions d'hébergement ne lui permettent pas de réchauffer les biberons et de lui donner le bain. A ce moment-là, je vais la rassurer et valoriser ses capacités d'adaptation, et ma présence va vraiment l'aider à extérioriser toute cette détresse et mettre des mots sur sa trisse et ses angoisses. Nous appelons ensemble le SAMU social et son assistante sociale

de l'APTM, Association pour l'accompagnement social et administratif des migrants et de leurs familles, pour les mobiliser et leur faire part de la situation dans laquelle vit Madame K., et je propose à Madame de lui téléphoner tous les deux jours pour prendre de ses nouvelles et lui laisser la possibilité de parler à ce moment-là. C'est elle-même qui va m'appeler deux jours après pour me dire qu'elle a changé d'hôtel.

La visite suivante se fait dans ce nouvel hôtel où je trouve Madame K. allant beaucoup mieux, plus détendue, et nous pouvons alors parler du bébé. Je lui apporte des connaissances sur le bébé ; sachant que jusqu'alors, elle plaquait un peu toutes les informations qui lui avaient été fournies à la maternité. A ce moment de l'intervention, son bébé a un mois, et elle pense toujours que son bébé ne voit pas quand elle l'a dans ses bras ou qu'elle l'allaite. Du coup, je la rassure en lui expliquant que son bébé voit bien son image.

Pendant la troisième visite post-natale, Madame K. est très vigilante aux signaux que lui envoie son bébé. L'allaitement est mixte à ce moment-là et Madame peut voir les différences de comportement de son enfant selon qu'elle lui donne le sein ou le biberon. De plus, son bébé commence à gazouiller et à faire des sourires, qui sont encore involontaires, mais cela va vraiment l'aider à réaliser qu'ils sont tous deux en interaction. Nous évoquons également son suivi à la PMI et je l'encourage à s'y rendre toutes les semaines.

Les dernières visites post-natales traitent essentiellement de sa situation très précaire qui l'inquiète. Elle aimerait offrir bien plus à son bébé, et je valorise énormément Madame sur ses capacités d'adaptation et ses compétences maternelles. Tout au long des visites, Madame se saisit de ma présence et est très attentive. Elle peut d'ailleurs très rapidement mettre en application ce que je vais pouvoir lui dire. Pour cette mère, la problématique sociale prend une place importante, ainsi que la problématique médicale en prénatal, et je la réoriente à chaque fois vers les professionnels concernés. Quand Madame arrive à se détendre et que nous arrivons à dépasser toutes ses problématiques sociales ou médicales, je vais pouvoir accéder à sa relation avec son bébé, nous allons pouvoir en parler, et la relation mère/enfant est vraiment de qualité.

Je viens de vous exposer la situation d'une personne dans un environnement particulier, mais il faut savoir que dans le cadre des interventions, nous avons 220 profils vraiment différents, et en tant que psychologues intervenantes, nous devons nous adapter et composer avec ces familles à chaque fois.

Nous avons terminé les inclusions le 10 mars 2009, nous avons donc nos 440 participantes. Aujourd'hui, nous fêtons l'anniversaire du premier bébé CAPEDP qui a deux ans, et du coup son intervention va s'achever d'ici quelques jours par la dernière évaluation.

Pour conclure, je rappelle que cette recherche s'inscrit dans un réseau européen de promotion de la prévention en santé mentale. Il s'agit du réseau ENECI, European Network of Early Childhood Intervention.

### Débats avec la salle

De la salle

Je suis pédiatre et actuellement médecin coordinateur d'un réseau santé langage. Jusqu'en octobre 2008, j'étais pédiatre en PMI. Par qui vous sont adressées ces mères ? D'autre part, travaillez-vous en lien étroit avec la PMI ; sachant qu'elle fait également de la prévention à la fois pendant la grossesse et après la naissance de l'enfant ?

Thomas SAIAS

Nous travaillons beaucoup en lien avec la PMI, que ce soit au niveau de l'organisation de la recherche ou de la mise en œuvre de la recherche sur le terrain, notamment en collaboration étroite avec les services de PMI des Hauts-de-Seine. Ces partenaires nous ont permis à la fois de créer un réseau permettant d'informer les professionnels de l'intervention que nous menions, et de nous éclairer sur les impératifs de notre intervention par rapport à ce qui existait déjà. La densité urbaine particulière de Paris, et notamment des arrondissements du nord dans lesquels nous avons commencé CAPEDP, fait que la PMI est envahie de situations extrêmement complexes, qui mettent à mal sa mission de prévention. Les services de PMI sont beaucoup concentrés sur les familles à risques multiples et qui présentent déjà des pathologies au moment où elles sont repérées en maternité. L'intérêt de CAPEDP était aussi de s'intéresser aux familles à vulnérabilité psychosociale importante, mais qui ne présentaient pas de troubles et qui n'étaient donc pas repérées et engagées dans les systèmes de droit commun habituels.

Sur la question de savoir comment les personnes nous sont adressées, ce sont les intervenants de CAPEDP qui les recrutent dans les dix maternités que j'ai énumérées tout à l'heure. Nous avons passé deux ans et trois mois à recruter les 440 parturientes en service de maternité directement, dans la salle d'attente, pour leur expliquer le contexte de ce projet et leur demander si elles voulaient participer à nos recherches. Et nous les rencontrons souvent plusieurs fois. Ce travail n'était pas gagné au départ, mais grâce à la collaboration des services de maternité, nous avons réussi, et nous en sommes très fiers.

Geneviève POIRIER, ministère de la Santé du Québec

Je travaille sur un programme de services intégrés en périnatalité pour la petite enfance, pour les familles vivant dans un contexte de vulnérabilité. Partout au Québec, ce service est offert à toutes les femmes qui répondent à certains critères de vulnérabilité, comme le jeune âge des parents, le fait d'avoir été peu scolarisé ou d'avoir un faible revenu. Il existe des différences dans la conception du risque et des familles en difficulté par rapport aux critères québécois. Quel est le modèle théorique d'intervention ? Quel est le taux de rétention des participantes qui ont été recrutées pour le projet ? Et qu'est-ce que la PMI ?

Thomas SAIAS

La PMI est la protection maternelle et infantile, service créé en 1945 avec le grand mouvement de l'Etat providence en France. Il visait à offrir un soin de prévention universel à l'ensemble des femmes enceintes et des enfants en bas âge. C'est donc un service de droit commun, offert à l'ensemble des femmes en France.

Nous avons plusieurs modèles théoriques d'intervention. Nous nous sommes beaucoup basés sur les grands travaux de David Holmes dans les années 1970, pédiatre américain qui estimait que les services de droit commun aux Etats-Unis étaient inexistantes et qu'un travail devait être fait au niveau de la prévention en agissant précocement, c'est-à-dire dès la grossesse.

S'agissant des relations précoces mère/enfant, les interventions sont basées sur la théorie de l'attachement, donc l'ensemble des travaux de John Bowlby, etc. Nous sommes également intéressés par le modèle écologique de Bronfenbrenner, qui estime que les individus sont en interaction avec leur environnement et qu'il faut s'intéresser à cette interaction pour comprendre comment fonctionne l'individu. C'est ce que nous faisons en intervenant dans l'environnement ; sachant que les visites à domicile sont une approche difficile, qui ne peut être systématisée. Travailler avec cet environnement, c'est-à-dire s'intéresser à la famille, aux réseaux sociaux des participants, et faire en sorte que cet environnement participe à un processus d'autonomisation des familles, est essentiel pour nous. Le modèle d'auto-efficacité de Bandura, basé sur une réflexion sur les compétences et les ressources des individus. Au niveau de l'intervention, nous nous appuyons également sur les travaux de la psychologie communautaire qui nous apportent un éclairage sur la manière d'intervenir en milieu communautaire. Nous nous sommes beaucoup basés sur ce qui existait déjà au Québec, en Angleterre, en Australie, aux Etats-Unis, pour élaborer notre intervention.

S'agissant du taux de rétention, nous avons aujourd'hui inclus 440 parturientes. Nous avons peu de visibilité sur le nombre qu'il restera à l'issue de l'étude. C'est la première fois que nous menons ce genre de projet dans des contextes urbains si denses. Un de nos objectifs est de suivre les familles quand elles déménagent. Nous avons des suivis à



peu près partout en France aujourd'hui, à Châteauroux, Amiens, Tours, Belfort. Quand les personnes déménagent, nous faisons des suivis téléphoniques, mais nous sommes généralement obligés de nous rendre sur place. Souvent, nous les perdons de vue car d'autres réseaux se créent. Je n'ai pas de données précises sur le taux de rétention. Dans une étude récente menée dans un contexte urbain, la perte était de 35% au bout de deux ans.

Annie SAXE, psychiatre et pédopsychiatre

Je représente une association qui organise des groupes post-maternité parents/bébé. Votre étude est extrêmement intéressante. Combien êtes-vous à travailler sur cette étude ? J'aurais souhaité avoir des informations sur ce réseau européen et sur l'accueil de ces maternités ; sachant que nous avons beaucoup de mal à faire ce travail de réseau avec les maternités.

Thomas SAIAS

Nous sommes une vingtaine, onze psychologues de terrain, avec quatre évaluatrices à domicile, sept intervenantes qui s'occupent chacune d'une trentaine de familles, et le comité exécutif de la recherche est composé de six personnes en charge de la logistique quotidienne. Nous avons un comité scientifique d'une vingtaine de personnes. Et nous avons un superviseur par psychologue de terrain, soit onze superviseurs. Le réseau européen que nous avons créé avec nos partenaires irlandais et italiens fin 2007 a pour objectif de rassembler les personnes qui font de la recherche évaluative, que ce soit sur les interventions préventives précoces ou celles qui s'intéressent aux enfants de 3 à 10 ans. Notre première réunion publique aura lieu le 28 ou 29 octobre prochain, en marge du 7<sup>ème</sup> congrès européen de psychologie communautaire à Paris. Après, nous essaierons de faire de publication. L'intérêt de ce réseau est qu'il est transdisciplinaire, puisqu'il réunit également des économistes, des sociologues, des anthropologues etc.

En ce qui concerne le travail avec les maternités, il n'a pas été très compliqué de s'intégrer dans leurs services, mais il ne faut pas leur demander de faire beaucoup pour nous car elles n'ont pas vraiment le temps. L'une des raisons de notre investissement dans le recrutement de ces parturientes en maternité était que personne ne pouvait le faire à notre place. C'était extrêmement coûteux en temps pour nous. La pérennisation de ce type d'intervention doit aussi prendre en compte la façon de recruter ces personnes. Nous n'avons pas encore de réponse, mais nous y travaillons assidûment. Nous avons questionné chaque personne rencontrée en maternité pour essayer de savoir si elle était intéressée par la recherche, quel était le contexte de son arrivée en maternité, quelles étaient ses réticences, etc., car il faut que nous puissions proposer des choses pour la suite. L'ensemble des chefs de service des maternités porte la

responsabilité de chaque parturiente incluse dans sa maternité. Nous avons donc un travail de proximité sur l'information autour de la recherche. Et ils portent la responsabilité juridique de ces inclusions.

Tim GREASON

Il y a une équipe de onze superviseurs, principalement des psychologues, de différents CMP.

Annie SAXE

Notre association est intégrée dans un réseau périnatalité. Le problème que nous rencontrons également est que la prévention n'est pas du tout un domaine qu'il privilégie, ce qui est un problème.

Thomas SAIAS

Quand on parle de santé mentale, parle-t-on de médicalisation ou de démedicalisation ? Nous nous inscrivons dans une démarche destinée à prévenir un ensemble de troubles, mais également le fait que des gens ont trop recours à du système médical alors que leur problématique relève davantage de stress sociaux entraînant des situations de détresse. Les réseaux de périnatalité sont généralement portés par les institutions hospitalières ou médicales.

Catherine ROBI CHAUD, direction de Santé publique au Québec

Si la co-parentalité existe dans votre intervention, comment faites-vous pour développer les compétences parentales des pères ? D'autre part, parmi vos objectifs, vous avez dit vouloir favoriser les réseaux de mères et l'implication des mères dans ces réseaux. Comment les incitez-vous à se retrouver entre elles et à développer un réseau social ?

Thomas SAIAS

La question des réseaux sociaux est extrêmement importante pour pouvoir développer une action pérenne autour de ces mères. Nous les invitons à s'appuyer sur les autres, mais elles ne sont pas habituées à demander de l'aide, et leur entourage social est généralement très réduit. Notre premier objectif n'est pas de favoriser le regroupement de mères dans la recherche, mais de travailler avec chacune des mères avec son environnement social proximal. D'autre part, un certain nombre de thématiques regroupent les mères dans les centres de PMI. Au démarrage de CAPEDP, nous avons tenté de mettre en place des groupes autour du massage du bébé, par exemple, qui étaient destinés aux participantes à la recherche. Donc, nous essayons de favoriser ce qui existe à la fois autour des mères et dans le système de droit commun français.

Gaëlle HOISNARD

Par rapport aux pères, l'un de nos critères d'inclusion est de savoir si la mère se déclare seule ou non pour élever le bébé après la sortie de la maternité. Il y en a beaucoup. Dans un certain nombre de situations, le père est absent et nous ne pouvons pas le prendre en compte. C'est la raison pour laquelle je parle plutôt de famille, le père étant une ressource très importante. S'il est là, s'il est volontaire, nous allons pouvoir l'inclure dans l'intervention et soutenir ses propres compétences. L'un de nos principaux objectifs étant la santé mentale de l'enfant, nous nous appuyons évidemment sur le père s'il est présent.

Thomas SAIAS

Les mères élevant leur enfant sans le père représentent environ 40% de notre cohorte. Dans la moitié des familles incluses, le père est présent. Dans la mesure où nous intervenons auprès de femmes qui sont en congé maternité et ne travaillent pas, le lien se tisse de manière préférentielle avec les mères. Les pères sont secondaires dans notre intervention. Ils sont très présents dans certaines familles et nous essayons de faire le maximum pour les investir, mais je pense que c'est encore un peu trop secondaire et qu'il faudrait inventer des interventions ciblant beaucoup plus la valorisation, les compétences parentales des pères.

Corinne ORSET (??), chargée de projet au CODES 71

Quand l'étude sera terminée, c'est-à-dire en 2011, que va-t-il se passer pour ces femmes ? Cette démarche est très intéressante, mais si elle reste ponctuelle, ne craignez-vous pas de créer des besoins sur le terrain ?

Thomas SAIAS

Nous voulons éviter à tout prix une institutionnalisation à domicile. L'inverse serait de créer une relation de dépendance vis-à-vis de nous, et c'est la raison pour laquelle nous diminuons la fréquence des interventions au cours des deux années. Nous ne créons pas des besoins. En revanche, par rapport au système de droit commun, j'espère que nous allons créer un besoin et que nous serons en mesure de le combler.

Gaétan OBSI (??), université de Liège

Quelle est la participation des parents comme évaluateurs du processus de recherche ? Avez-vous des activités de formation à destination des professionnels afin de pérenniser votre démarche ?

Thomas SAIAS

Nous avons déjà engagé un processus d'analyse qualitative où les personnes qui participent à l'intervention évaluent régulièrement la qualité de cette intervention pour elles. Dans les prochains mois, nous allons initier une analyse qualitative plus poussée, avec des entretiens et des focus groupes avec les parents qui participent à la recherche. Et dès leur sortie, nous allons proposer aux premières participantes d'intégrer un comité de réflexion ou le comité scientifique de la recherche pour réfléchir avec nous à la qualité de ces interventions et comment les améliorer. Ils sont donc vraiment partie prenante dans le projet.

En ce qui concerne les formations, attendons de voir si ce que nous faisons fonctionne, après quoi nous utiliserons tout ce que nous avons fait, y compris les formations proposées aux psychologues de la recherche, pour développer des modules de formation qui viendront étayer la pérennisation de la recherche.

Effet analgésique de l'allaitement maternel lors des prélèvements sanguins :  
prévention de la douleur du nouveau-né

Hélène DELGADO

Je remercie le comité scientifique de m'avoir accueillie aujourd'hui, et j'avoue avoir été surprise car mon étude est de petite envergure et a été réalisée tout simplement par une sage-femme de terrain. Je suis sage-femme, consultante en lactation, et je travaille au sein des hôpitaux de Lyon, à la maternité Lyon Sud, ancienne de niveau 3 et aujourd'hui de niveau 2b, située au sud de Lyon, à Pierre Bénite.

Je me suis intéressée à l'effet analgésique de l'allaitement maternel lors de prélèvements sanguins réalisés de façon systématique le troisième jour dans les maternités. Nous recherchons de façon préventive certaines maladies comme la mucoviscidose, la phénylcétonurie. Il s'agit d'un geste de prévention, obligatoire, réalisé systématiquement au troisième jour de vie des enfants. Ce prélèvement est fait soit de façon capillaire, c'est-à-dire au talon, soit de façon veineuse, c'est-à-dire directement dans la veine, et dans ce cas, il est réalisé sur la main.

De nos jours, la prise en charge des gestes douloureux en maternité apparaît comme une obligation médicale et éthique. Elle devrait faire partie intégrante de la prise en charge globale de tout patient hospitalisé. Les personnels soignants, dont je fais partie par ma compétence et ma proximité avec les parents, joue un rôle essentiel dans cette démarche.

Mon étude n'est qu'une étude d'observation de terrain. Les objectifs ont été d'évaluer l'effet de la mise au sein que la douleur induite par les prélèvements sanguins chez les nouveau-nés de mères ayant fait le choix d'allaiter. Je ne me suis pas intéressée aux

nouveau-nés pour les mères qui n'ont pas fait le choix d'allaiter, car de nombreuses études ont été publiées et nous savons depuis plusieurs années que pour soulager les enfants, nous pouvons leur faire téter du sucre avant, pendant et après le soin. En revanche, que proposer aux bébés allaités ? Ma problématique était que la succion d'une tétine peut empêcher la mise en place et le démarrage de l'allaitement pour ces nouveau-nés. Au départ, il y a dix ans, les études sur la douleur disant qu'il fallait faire téter du sucre, je me suis mise à faire téter du sucre à tous les enfants. Finalement, je me suis dit que je rendais service à ces enfants au niveau de la douleur, mais pas pour l'allaitement. Je suis donc allée sur Internet et j'ai cherché les études qui se sont intéressées aux enfants allaités et ce qui pouvait leur être proposé.

Dans l'étude de Gray, 15 nouveau-nés ont été allaités et 15 nouveau-nés ont fait l'objet des soins habituels qui, en 2002, n'étaient même pas le sucre et la tétine, et il s'est rendu compte que l'allaitement soulageait ces enfants de façon considérable. L'étude de Carbajal réalisée en 2002-2003 est tout à fait intéressante. D'un côté, nous avons l'allaitement, et de l'autre, du sucre avec une tétine. Au milieu, les enfants ont été piqués soit dans les bras de la maman, soit tout simplement sur une paillasse dans une salle de soin avec un placebo. On constate que le score de douleur est nettement diminué, et de façon comparable, pour les enfants allaités et pour les enfants ayant reçu du sucre avec une sucette.

Après ma publication, deux nouvelles études ont été publiées. La première de Codipietro, qui a étudié 50 enfants allaités contre 50 enfants recevant du sucre mais sans tétine. De nouveau, l'allaitement empêche la douleur alors qu'avec le sucre sans tétine, les enfants ont une saturation en oxygène diminuée, une augmentation du rythme cardiaque fœtal, et un score de douleur augmenté. La dernière étude s'est intéressée à 120 enfants allaités contre 100 enfants ayant été mis dans les bras de leur maman et à qui on a fait parfois téter une sucette. De nouveau, le score de douleur est diminué avec l'allaitement. Je n'avais pas accès à ces deux dernières études lorsque j'ai fait mon étude à la maternité de Lyon Sud. Pour une sage-femme, ces publications sont très importantes. Pour ces enfants allaités, rien n'était publié et je n'avais accès à rien. Lorsque j'ai lu les études de Gray et Carbajal de 2003, j'ai proposé à mon encadrement d'essayer de piquer les bébés allaités avec les mères au sein pour voir s'ils avaient moins mal et s'ils étaient moins nombreux à pleurer.

J'ai donc réalisé cette étude dans le service du Professeur Berland, sur une durée de trois mois. J'avais accès à tous les nouveau-nés. J'étais responsable des prises de sang des enfants, et je piquais en moyenne cinq enfants par jour.

La proposition du soin a été faite à 212 couples mère/enfant. 194 ont accepté et 18 ont refusé, car il n'était pas pensable pour elles d'être présentes pendant le soin, et c'est toujours resté au choix des parents. La douleur est évaluée selon trois critères. Soit

l'enfant pleure ou crie, soit l'enfant est crispé au niveau du visage ou du corps, et il peut s'arrêter de téter, soit il reste totalement détendu et il n'y a aucune réaction de l'enfant pendant la prise de sang.

J'ai d'abord présenté le soin à la maman, et je l'ai impliquée dans la prise de sang en lui expliquant les bénéfices de la tétée pour l'enfant. En rendant la maman actrice de l'apaisement de son enfant, non seulement elle aide l'enfant, mais également la sage-femme, et elle est un réel soutien pour l'enfant et pour moi-même. Pour être rassuré, un nouveau-né a besoin de la proximité de sa mère avant tout.

C'est la mère qui choisit la façon de s'installer avec son enfant, et c'est moi qui vais m'adapter. L'essentiel étant qu'elle soit dans une situation confortable, toutes les positions étant envisageables. Il suffit que l'enfant ne tire pas sur le mamelon, et que la maman ne ressente pas de douleur. La maman peut être installée dans son lit avec son enfant en position verticale. Elle peut être assise dans un fauteuil et installer son enfant dans un porte-bébé. Soit elle peut être installée sur une chaise avec un coussin d'allaitement. Même si le bébé vient juste de téter, nous pouvons lui proposer de téter de nouveau car les nouveau-nés aiment prendre le sein, et il n'y a pas lieu d'imposer un délai minimum entre deux tétés. En revanche certaines mamans m'ont dit qu'elles n'avaient pas envie de le remettre tout de suite au sein, et comme nous avons plusieurs prises de sang à réaliser dans la matinée, la maman m'appelle quand elle s'installe pour remettre son bébé au sein.

Sur ces 194 enfants, 165 ont été totalement détendus ; 36 ont présenté une crispation ; et 11 ont pleuré ou crié. Il est très important de respecter le nouveau-né. Les parents nous voient faire à la maternité et ils vont ensuite reproduire ce qu'ils ont vu. De par le fait que les soignants respectent l'enfant, nous sommes dans la prévention. Comment accompagner son enfant ? Comment l'aider quand il a mal ? Comment le soulager ? Comment le respecter ?

Sur les 11 enfants qui ont pleuré, j'ai dû arrêter le soin sur trois d'entre eux, car ils se sont arc-boutés, ont beaucoup pleuré, ce qui a beaucoup déstabilisé la maman, un peu le soignant, et j'ai donc dû remettre à plus tard la prise de sang. Nous avons dû masser les trois enfants avant, réchauffer la pièce, mettre des draps chauds, et j'ai dû orienter une des mamans vers la psychologue du service et vers un accompagnement parce qu'il y avait une toxicomanie non avouée, et c'est le geste douloureux qui a pu le mettre en évidence.

La discussion est simple. Quasiment 80% des nouveau-nés sont détendus. C'est une méthode non médicamenteuse, qui ne nécessite aucun moyen humain ou financier supplémentaire, et qui, surtout, ne prend pas de temps supplémentaire, mais en fait plutôt gagner, car pendant le soin, nous donnons des conseils.

Les soignants me posent très souvent la question de l'accoutumance. Le comportement de l'enfant ne sera-t-il pas différent ensuite et aura-t-il envie de manger lorsqu'il sera mal ? Malheureusement, aucune étude n'a été réalisée sur cette question, et je pense qu'il faudrait aller plus loin. Mais si nous considérons que le nouveau-né ne subira des prélèvements veineux que durant la première semaine de vie, il semble difficile de penser que les mises au sein conditionnent le comportement alimentaire du futur enfant. Surtout que nous savons que la mémoire de la douleur est beaucoup plus problématique pour le futur que la mémoire de ne pas avoir mal. Le plus, c'est qu'elles ne perturbent pas la mise en route de la lactation et de l'allaitement, et c'est la raison pour laquelle je me suis mise à les faire de façon systématique.

Enfin, nous pouvons dire que les professionnels de santé, de par leurs compétences, leur proximité avec la triade mère/père/enfant, jouent un rôle essentiel dans cette démarche, qui place le nouveau-né et sa famille au centre du soin. Quand j'ai réalisé cette étude, ma démarche reposait sur mon désir que les nouveau-nés aient moins mal, et je me suis dit finalement que je ne la faisais pas uniquement pour cette raison, mais pour redonner aux parents leur rôle de parents. C'est très important, et c'est pourquoi j'aimerais que cette approche se développe. L'Association Information pour l'allaitement m'a poussée à publier mon étude. Elle est toute simple, mais j'aimerais que les professionnels de la santé aient accès à ce type de soin, car il est peu réalisé à l'heure actuelle dans les maternités.

Après avoir présenté mon étude à une journée des réseaux sur Lyon, j'ai demandé si les sages-femmes s'étaient mises à faire les prises de sang de cette façon. A ma grande surprise, j'ai appris que ce n'était pas le cas. Les professionnels de santé ont peur, ne sont pas prêts, la présence des parents les affole, ils ont peur que l'enfant réagisse mal. S'il est sûr de lui, le soignant peut amener la maman à avoir confiance en elle et à accompagner son enfant, mais je me rends compte que c'est très difficile. Grâce aux publications de Gray et de Carbajal, je m'y suis mise et j'ai pu faire des soins différemment. C'est la raison pour laquelle j'ai publié mon étude toute simple.

Cette prise en charge risque de renverser les habitudes des services, du fait de la participation des parents aux soins, mais quelle satisfaction de constater qu'avec de petites stratégies utilisables par tous, nous pourrions considérablement améliorer la qualité de vie des nouveau-nés et de leurs parents. Et si je devais réétudier la douleur, j'aimerais pouvoir me dire que le geste du premier vaccin sur les enfants qui sont piqués au sein ou avec du sucre et une sucette sera moins douloureux. Les mamans auront-elles le courage d'expliquer au pédiatre qu'elles peuvent mettre leur bébé au sein ou lui donner une tétine avec du sucre pour qu'il ait moins mal lors du vaccin.

Béatrice LAMBOY

Cette présentation est tout à fait riche d'enseignement et pose la question de l'articulation entre la pratique et la recherche.

### Débats avec la salle

Catherine DAZIO (??)

Je suis responsable du service santé scolaire de la ville de Nantes, mais je suis infirmière puéricultrice de formation et j'ai beaucoup travaillé dans le secteur de la petite enfance. Vous avez souligné les réticences des professionnels spécialisés pour mettre en place ce qui peut sembler simple pour atténuer la douleur chez l'enfant. Avez-vous des liens avec les centres de formation de ces professionnels spécialisés ? Il me semble que ce pourrait être une bonne piste pour développer ces pratiques.

Hélène DELGADO

J'ai été sollicitée par l'école de sages-femmes de ma région qui m'a demandé d'expliquer ce type de prélèvement. J'aimerais déjà que les futurs professionnels de santé aient l'exemple dans leurs services. Il ne suffit pas de le montrer en l'enseignant, mais il faut l'enseigner sur le terrain. J'ai d'abord essayé d'informer les professionnels de terrain et de leur dire que c'était possible. J'ai eu la chance d'aller dans certaines maternités, où l'on m'a demandé de présenter la technique, et une équipe entière à Grenoble s'est mise à ne faire les prises de sang que de cette façon tout en respectant le choix des parents. Il faut une dynamique de l'encadrement, une dynamique des chefs de service, pour essayer de faire un projet d'évaluation de ce travail. J'ai peur que les professionnels de santé ne puissent être accompagnés sur ce soin. Or, l'accompagnement du soignant pour ce soin est tout à fait essentiel. Si le professionnel n'a pas confiance, sa relation avec la mère va être plus difficile, l'enfant va ressentir le malaise. Dans mon équipe, je ne fais plus les prises de sang, mais seulement trois sages-femmes m'ont suivie après m'avoir vue faire pendant cinq ans.

Pierre ARWIDSON

Dans quelle étude avez-vous publié votre étude ?

Hélène DELGADO

Je l'ai publiée dans Dress Feeling Medicine Review (?? 1.11.32), revue sur l'allaitement maternel et dans le chapitre abstracts, mais il faut que j'essaie de la présenter à d'autres revues. Mais au départ, j'ai fait cette étude pour moi et je ne pensais pas la publier. J'ai inscrit dans un cahier les bébés que je piquais tous les jours avec mes trois items, et on



m'a conseillé de rédiger un article. Ma formation de sage-femme ne m'a pas appris la méthodologie, je suis sage-femme de terrain.

De la salle

Lorsque j'étais pédiatre en PMI, j'avais participé à une formation sur l'allaitement organisée par la CoFAM, la Coordination française de l'allaitement maternel, qui a ensuite donné le label « Hôpital ami des bébés ». Suite à cette formation, je conseillais aux mamans d'allaiter pendant la vaccination et je constatais les mêmes effets que vous.

Hélène DELGADO

Un pédiatre de la région de Lyon a décidé de faire les prises de sang en même temps que l'allaitement, mais les bébés pleurent quand même très souvent parce que le produit est plus douloureux. Du coup, il a mesuré l'intensité sonore des pleurs grâce à son téléphone portable, et son étude rejoint totalement la mienne, c'est-à-dire que les pleurs diminuent. Malheureusement, il n'a pas encore publié.

Pierre ARWIDSON

Des médecins travaillent sur la douleur des enfants, et notamment le docteur Hannequin. L'INPES a fait des campagnes sur une meilleure prise en charge de la douleur, avec un volet enfants. Ce pourrait être un autre moyen de faire connaître ce travail.

Hélène DELGADO

Au départ, j'ai fait ce travail parce que je suis consultante en lactation et que je me suis davantage intéressée à l'allaitement, mais le label « hôpital ami des bébés » est destiné à accompagner tous les parents, qu'ils aient fait le choix de l'allaitement ou non. L'allaitement développe parfois certains freins, certaines réticences. Toutefois, les maternités en France atteignent des taux d'allaitement de 60% en moyenne, c'est-à-dire que 500 000 nouveau-nés sont allaités chaque année. Cela ne coûte rien, c'est fait rapidement, cela ne demande pas de formation supplémentaire. Les sages-femmes savent piquer et il suffit qu'elles piquent avec les parents.

Béatrice LAMBOY

Votre exemple est une parfaite illustration du lien entre la pratique et la recherche, à deux niveaux. Le fait de modifier votre pratique professionnelle en vous appuyant sur des résultats de recherche, et d'avoir l'idée d'évaluer, d'observer, votre pratique et de l'objectiver. Cette démarche devrait se développer. D'où vous est venue l'idée ? Et a-t-elle tendance à se développer autour de vous ?

Hélène DELGADO

Malheureusement, elle se développe peu. Si j'en suis venue à l'utiliser, c'est parce que les prises de sang se faisaient essentiellement avec le sucre et la tétine. Les nombreuses publications sont unanimes, cette démarche a été évoquée dans un grand nombre de congrès, elle s'est développée comme une traînée de poudre dans les maternités où le sucre a été beaucoup utilisé. Pour les bébés allaités, ce n'est pas le cas, alors qu'il y a des publications. Il y a neuf ans, j'ai commencé à faire ce travail toute seule, presque en cachette de l'équipe car je n'avais pas envie de rentrer dans la polémique. Peu à peu, j'ai pris confiance en moi et j'ai montré ma méthode à l'équipe. J'avais mis le pédiatre dans la boucle qui avait indiqué dans le protocole douleur que l'on pouvait piquer les enfants au sein. J'avais donc le droit de le faire, mais il a fallu que j'évalue. De nos jours, les professionnels de santé doivent évaluer leur travail, se remettre en question, car les soins évoluent et nous devons évoluer en parallèle.

Prévention des intoxications domestiques chez les enfants de moins de sept ans  
(résultats d'une analyse menée à Beyrouth)

Hyam KAHN

Je vais vous présenter les résultats d'une recherche évaluative ayant eu lieu sur des mamans suite à une campagne menée au sujet de la prévention des intoxications domestiques. Cette expérience a été menée à Beyrouth.

Les recherches sur ce sujet sont peu nombreuses au Liban, mais les accidents domestiques sont évalués à 20 000 cas par an sur une population de quatre millions d'habitants. Quelques études ont toutefois été effectuées dans le cadre de l'université Saint Joseph au cours des dix dernières années, qui ont montré que les intoxications domestiques constituent une cause fréquente d'accidents, et qu'elles touchent essentiellement les enfants, et particulièrement ceux de moins de 7 ans. Ces études avaient également montré que les médicaments et les produits ménagers étaient la principale source des intoxications domestiques, que les enfants de moins de 7 ans étaient plus vulnérables, ayant l'habitude de porter leurs mains à la bouche, et que, par ailleurs, la surveillance parentale était un peu défaillante. Ces accidents ont essentiellement lieu à domicile, et par ordre décroissant, dans la cuisine, la salle de bains, le jardin ou le balcon, et les chambres à coucher.

Une dernière étude, essentiellement menée auprès de la mère, avait identifié les trois principales causes des intoxications domestiques, à savoir le manque d'information des parents, le manque de surveillance parentale essentiellement de la mère, et l'accessibilité des produits toxiques. Cette étude avait également fait ressortir une mauvaise prise en charge. Le fait de donner du lait en cas d'intoxication est une coutume au Liban, alors

que cela risque d'aggraver la situation. Le fait également d'induire des vomissements, de ne pas connaître les numéros d'urgence, et de ne pas se renseigner auprès des professionnels de santé, mais auprès de la voisine, des grands-parents, etc.

Ces éléments nous ont conduits à mener une campagne d'information et de prévention pour la gestion et le contrôle des cas d'intoxications. Quatre instances de l'université Saint Joseph de Beyrouth se sont impliquées dans cette action, à savoir le Centre universitaire de santé familiale et communautaire que j'ai l'honneur de diriger, le service de pédiatrie de l'Hôtel Dieu de France qui est l'hôpital universitaire, le service des urgences de l'Hôtel Dieu de France, et le laboratoire de toxicologie qui abrite un centre antipoison fonctionnant vingt-quatre heures sur vingt-quatre, et dont le numéro de téléphone est accessible à tous les publics.

Avant de lancer cette campagne, nous avons identifié des objectifs. Nous souhaitions nous adresser aux parents, mais également à toutes les personnes s'occupant d'enfants de 0 à 7 ans, pour les aider à reconnaître les sources d'intoxication, à appliquer les mesures de prévention et de sécurité nécessaire en termes de surveillance, d'étiquetage, de rangement des produits toxiques, et enfin à connaître les conduites à tenir en cas d'intoxication.

Nous avons commencé par mettre en place un matériel éducatif, composé essentiellement de brochures, de tableaux d'affichage, d'autocollants, de stickers. Et entre novembre 2002 et l'année 2003, nous avons organisé des séminaires d'information en direction surtout d'un public de professionnels, c'est-à-dire les responsables de garderies, les infirmières des centres médico-sociaux du quartier, les élèves du secondaire. Nous avons réalisé par ailleurs que lorsqu'ils s'absentaient, les parents confiaient très souvent la surveillance des enfants aux frères et sœurs, et que 30% de ces enfants avaient moins de 15 ans. Nous avons également fait des émissions de télévision, des articles dans la presse. Enfin, nous avons organisé des journées portes ouvertes dans le quartier, dans les écoles, les garderies, les centres de santé. Dans les garderies, des spectacles de marionnettes ont été présentés pour sensibiliser les jeunes enfants aux dangers.

Le support éducatif a donc consisté, d'une part, en une brochure comportant les mesures de prévention et de prise en charge en cas d'intoxication, d'inhalation, d'ingestion, de projection de produit dans les yeux ou sur la peau. Nous avons beaucoup insisté sur l'utilisation du lait et sur les numéros de téléphone à appeler, à savoir la Croix-Rouge ou la Défense civile, le centre antipoison, et le numéro de son médecin. C'est la raison pour laquelle nous avons également réalisé des autocollants sur lesquels figuraient le numéro du centre antipoison de la Croix-Rouge et un emplacement destiné au numéro de téléphone du médecin, ainsi que des petits autocollants à apposer sur le téléphone.

D'autre part, la production de sept tableaux en arabe et en français, de 100x60 cm. La campagne était intitulée « la prévention, ça commence à la maison », et nous avons donc identifié les lieux de la maison, la cuisine, la chambre à coucher, la salle de bains, le jardin ou le balcon. Les deux tableaux portaient sur les conseils de prévention et quoi faire en cas d'intoxication. Nous avons veillé à ce que ces conseils soient aussi bien visuels qu'écrits, car nous nous adressions aux grands-parents et aux personnels de services qui surveillent les enfants en cas d'absence des parents.

Je vais essentiellement parler des journées portes ouvertes qui ont eu lieu dans les écoles, les centres médico-sociaux, les garderies, et qui étaient destinés essentiellement aux parents et aux jeunes. Nous avons souhaité étudier l'impact des journées portes ouvertes sur la connaissance et le comportement des mamans ayant des enfants de moins de 7 ans, habitant dans le quartier. Ce choix a été fait à travers les centres médico-sociaux, les écoles et les garderies.

Deux questionnaires ont été rédigés. Un questionnaire qui a été distribué aux mamans lors de visites à domicile, et un questionnaire qui a été fait suite à ces journées portes ouvertes auxquelles ces mamans étaient conviées. Le questionnaire portait sur le nombre d'enfants, leur âge, le sexe, l'âge de la mère, le niveau d'éducation, l'activité professionnelle, le nombre d'heures d'absence de la maison, les personnes en charge des enfants pendant son absence, les produits toxiques reconnus par les mamans avant et après, leur accessibilité avant et après, les modifications apportées dans la maison après, les précautions à prendre pour prévenir les risques avant et après, les principales mesures à prendre en cas d'intoxication, les personnes à contacter, et la présence ou non à portée de main des numéros de téléphone de secours.

Nous avons pu joindre 161 mamans, dont la majorité avait moins de 45 ans, un niveau d'éducation plutôt élevé. Il ressortait de l'étude que les personnes en charge de l'enfant durant l'absence de la mère étaient essentiellement la garderie, suivie par les grands-parents, puis les pères, les frères et sœurs pour 9%, et enfin les personnels de services, la voisine, quelques enfants restés seuls à hauteur de 1%.

S'agissant des produits considérés comme toxiques, nous avons constaté après les journées portes ouvertes une nette amélioration quant à la reconnaissance des boissons alcoolisées, qui étaient majoritairement non connues comme produit toxique, de certains produits ménagers, de certaines plantes de la maison et de certains produits cosmétiques. La personne qui avait fait la visite à domicile avait présenté des produits aux mamans pour savoir si elles connaissaient leur toxicité. Les plantes de la maison, par exemple, sont passées de 50 à 82%. Avant les journées portes ouvertes, ces produits étaient accessibles à 55% et sont passés à 30% après les journées.

Comment se percevaient les mères avant et après les journées portes ouvertes ? Après ces journées, elles se considéraient mieux informées, et en tout cas suffisamment informées pour faire le nécessaire.

S'agissant des sources de connaissance avant et après les journées portes ouvertes, ces journées ont été pour 82% d'entre elles source de connaissance autant en termes d'information que de mesures à prendre. Avant les journées portes ouvertes, le savoir traditionnel était important, soit 31%, et il est descendu à 18%. Nous avons été agréablement surpris, par exemple, de constater que faire boire du lait est passé de 41% à 0%. Les appels au médecin, à la Croix-Rouge, au centre antipoison ont nettement augmenté après les journées portes ouvertes, et le fait de faire vomir l'enfant est également passé à 0%.

S'agissant du comportement des mères en cas d'intoxication, nous avons constaté qu'appeler le médecin ou le centre antipoison arrivait en premier. La connaissance du numéro par cœur a nettement augmenté, et le fait de ranger les produits dans des endroits inaccessibles a également augmenté.

La majorité des personnes interrogées a considéré que les journées portes ouvertes étaient utiles, voire très utiles, tant au niveau de la prévention des intoxications qu'au niveau des mesures à prendre en cas d'accident. Plus de la moitié ont considéré que les brochures étaient explicites, et un faible pourcentage souhaitait des explications complémentaires.

Pour conclure, l'information dans ce domaine doit être permanente et continue car les mauvaises habitudes s'installent très vite, malheureusement, et il est difficile de modifier durablement les comportements qui sont de l'ordre des réflexes.

### Débats avec la salle

Pierre ARWIDSON

Vous avez évoqué des études qui vous avaient permis de trouver les facteurs d'intoxication. De quelles études s'agit-il ?

Hyam KAH

Il s'agit souvent d'études réalisées par des étudiants qui préparent leur master à la faculté de pharmacie. Il n'y a pas eu d'étude nationale ou de grande envergure au Liban, et les principales sources d'information sont souvent les hôpitaux et les services d'urgence.

Pierre ARWIDSON

Vous avez donc interrogé 161 mamans. Comment ont-elles été recrutées ?

Hyam KAHl

Le recrutement a été fait par notre centre de santé, situé dans le quartier où ont été menées les activités. Nous sommes en contact avec deux garderies, trois écoles, et deux centres de santé. Nous avons recruté, à travers les professionnels de santé de ces centres, les mères qui ont accepté que nous les visitions à domicile. Les principaux critères de recrutement étaient d'avoir au moins un enfant de 0 à 7 ans et d'habiter le quartier. Nous avons pu faire venir la majorité de ces mères aux journées portes ouvertes.

Pierre ARWIDSON

Avez-vous un moyen d'étudier comment évoluent les intoxications domestiques ? Vous avez évalué les comportements de prévention déclarés, mais les intoxications diminuent-elles ?

Hyam KAHl

Au niveau du centre, nous avons récemment créé un observatoire de l'enfant, en collaboration avec le service de pédiatrie et le service d'urgence de l'hôpital qui se trouve également dans le quartier. Dans le cadre de cet observatoire, il est question d'élaborer un questionnaire dans le service d'urgence pour répertorier les intoxications. Par ailleurs, cette activité se poursuit, c'est-à-dire que nous faisons des campagnes dans le quartier avec le centre antipoison. Nous organisons une formation avec les écoles et les centres de santé, avec un questionnaire d'évaluation des personnes avant et après.

Après-midi : 14h 15 – 16h 45 – Salle Jussieu

## Addictions et santé mentale

François BECK

Les thèmes des addictions et de la santé mentale sont particulièrement importants pour l'INPES, sur lesquels nous apportons un certain nombre de données épidémiologiques importantes, notamment par le biais des baromètres santé. Sur le thème des addictions, le baromètre santé est la plus grande enquête représentative, qui permet de fournir des données de cadrage. J'insiste sur ce point car nous allons sortir, courant mai, un baromètre santé spécifiquement sur la question de la dépression.

Il s'agit aussi de deux thèmes sur lesquels les controverses sont particulièrement fortes, à la fois en termes scientifique et politique. Les débats autour de ces deux thèmes sont souvent passionnés, notamment parce que le besoin de quantification et d'objectivation de ces phénomènes est de plus en plus important, avec une dimension d'évaluation qui prend une place elle aussi de plus en plus importante.

Les quatre présentations de cette session vont illustrer la diversité des méthodes, mais trois vont concerner le tabagisme et une la dépression. Ces phénomènes représentent une charge de morbidité particulièrement importante, mais du point de vue des addictions, d'autres dimensions auraient pu être explorées.

Méthode EPI-GE d'évaluation d'impact et d'efficacité de programmes de prévention du tabagisme pour des entreprises de plus de 50 salariés

Anne STOEBNER-DELBARRE

Nous avons réalisé ce programme à Epidaure, qui est le département de prévention du centre régional de lutte contre le cancer de Montpellier. Ce travail est le fruit d'une collaboration avec le GEFLUC, Groupement des entreprises françaises de lutte contre le cancer, autre association loi 1901. Ce travail a été soutenu par la DRAS et financée par le GRSP Languedoc-Roussillon. De nombreux acteurs sont intervenus.

Le travail que je vais vous présenter repose sur un important background et de la bibliographie. L'Association GEFLUC travaille depuis plus de trente ans avec les entreprises pour promouvoir la santé des salariés. Epidaure travaille depuis plus de vingt ans dans ce domaine, et leurs expériences ont été analysées, évaluées et ont fait l'objet d'une publication.

Par ailleurs, nous avons également regardé le travail mené par l'OMS, la Communauté européenne, les différentes associations françaises, ce que l'INPES a mis en place et les

services qu'il propose dans le domaine du tabac, avec notamment le guide « Pas à pas une entreprise sans tabac ». Enfin, un certain nombre d'idées sont issues de la littérature, dont le dernier article de la Cochrane Library publié l'an dernier sur l'évaluation des actions de prévention du tabagisme en entreprise. C'est à partir de ce background et des données issues de la littérature que nous avons défini un objectif commun, à savoir mettre au point une méthode nous permettant d'évaluer les actions en entreprise, en termes d'efficacité et d'impact, et tester cette méthode auprès d'un échantillon d'entreprises.

La première étape de la méthode a consisté à analyser les besoins en évaluation de tous les acteurs intervenant en milieu du travail. Notre hypothèse de départ était qu'il existait des différences et des diversités des besoins suivant la fonction exercée par les personnes, c'est-à-dire que les besoins et les attentes en évaluation étaient dépendants de l'angle de vue qui pouvait être pris. Pour analyser ces besoins en évaluation, et être en lien avec les objectifs de notre intervention, nous avons conduit plus de trois cents entretiens avec des chefs d'entreprise et de CHSCT, une centaine d'entretiens avec des médecins du travail, une vingtaine d'entretiens avec les tabacologues, soit moins de dix personnes à chaque fois entre médecins de santé publique, associations et financeurs. Nous avons posé la même question à toutes ces personnes, à savoir quels étaient leurs besoins en évaluation par rapport à un programme de prévention du tabagisme en entreprise. Nous avons transcrit leurs réponses.

Pour un chef d'entreprise, l'objectif prioritaire est que l'action soit lisible, et qu'elle améliore la santé future. Le Languedoc-Roussillon est la seconde région la plus pauvre de France. Pudiquement, les chefs d'entreprise n'ont jamais évoqué la rentabilité, mais ont toujours fixé un objectif d'amélioration de la santé future. Les CHSCT représentent les salariés. Pour les petites entreprises, nous avons également interviewé des salariés. Les CHSCT et les salariés ont des besoins en évaluation très différents. Ils parlent d'actions utiles pour les salariés.

Leur critère majeur d'évaluation est le volontariat, le fait que ce ne soit pas l'entreprise qui oblige, mais que la personne puisse choisir de participer ou non à ces programmes. Autre critère important, que cette action soit accessible, c'est-à-dire qu'elle ait plutôt lieu dans les temps de travail et qu'elle soit appréciée par les salariés. Lorsque nous demandons aux médecins du travail ce qu'ils attendent de l'évaluation, le sujet change de domaine, puisque les demandes concernent plutôt le nombre de salariés sensibilisés la diminution de l'exposition au tabagisme passif, la diminution des conflits ou la diminution des arrêts de travail.

Lorsque nous contactons les tabacologues, leurs besoins concernent le pourcentage de désir d'arrêt très rapide, afin d'organiser leur temps de travail, et les taux de sevrage à un an, qui sont une sorte de standard international.



En santé publique, le point de vue est différent. L'objectif de l'évaluation va être, par exemple, de prouver qu'il n'y a pas d'exposition au tabagisme passif ou que les lois existantes sont bien appliquées. Nos médecins inspecteurs de santé publique contactés ont également parlé de chiffres, du nombre de personnes touchées, et de territoire.

Lorsque nous interrogeons des responsables d'associations sur leur demande d'évaluation, leur première réponse est que l'évaluation doit se faire en fonction des exigences des financeurs. C'est-à-dire que lorsqu'il y a un cadre défini par le financeur ou l'appel d'offres, elles doivent rentrer dans ce cadre. Mais en tant qu'acteur de terrain et de proximité, elles préfèrent avoir des critères par rapport au processus pour améliorer au quotidien l'action elle-même. Enfin, lorsque nous interrogeons les financeurs, ils évoquent plutôt les publics touchés et le prix d'actions par personne bénéficiaire.

Après avoir défini tous ces critères, nous nous sommes réunis pour essayer de déterminer ce qui pouvait être mis en commun, correspondre à une sorte de mutualisation de nos besoins et permettre un consensus sur ce qui devait être mesuré et évalué ; sachant que nous disposions de sept directions différentes d'évaluation. Ces réunions ont abouti à la création de cinq indicateurs, plutôt dans l'efficacité et l'impact, et d'un indicateur, qui a été ajouté à la demande des associations, sur les éléments de processus pouvant agir sur le programme. Nos cinq indicateurs d'efficacité et d'impact sont tout à fait classiques. C'est ce que McDonald qualifie de critères minimum d'action, à savoir le taux d'utilisation, le taux d'adoption, le taux de pénétration, les lieux sans tabac, et les taux de sevrage tabagique confirmés par mesure du CO.

Pour recueillir ces indicateurs, nous avons besoin d'outils. Au départ, nous souhaitions avant tout utiliser les outils existants et ne pas avoir à en créer. Nous avons utilisé le CO testeur et le dossier de consultation de tabacologie disponible à l'INPES. En revanche, nous avons été contraints de créer deux outils supplémentaires, à savoir un questionnaire salarié avant après, et une grille en entreprise.

Pour le questionnaire salarié, nous aurions souhaité utiliser le questionnaire du « pas à pas, une entreprise sans tabac », mais nous n'avons pu le garder dans son intégralité du fait des diversités des entreprises, notre objectif étant que ce questionnaire puisse passer tel quel dans toute entreprise, qu'elle soit petite ou grande, qu'elle ait un CHSCT ou non, qu'elle ait une cafétéria ou non. Nous avons donc dû réduire le nombre de questions et en modifier certaines.

La grille des entreprises aide les acteurs de proximité qui mettent en œuvre les programmes de prévention de la santé en entreprise à recueillir un certain nombre de critères et à recenser ce que souhaitent les CHSCT, c'est-à-dire le volontariat, l'accessibilité, la mise à disposition ou non des substituts, etc. Il s'agit d'une grille d'analyse de la situation qui permet également de recueillir des éléments au cours du processus.

Une fois déterminés les indicateurs et les outils, nous avons testé la méthode sur 28 entreprises en 2007. Toutes ont accepté la méthode dans son principe global. Elles ont accepté les questionnaires aux salariés avant après, le questionnaire de consultation de tabacologie, les mesures, les items figurant dans les grilles. Et lorsque nous avons récupéré les questionnaires, qui avaient été pré-testés sur des salariés, nous avons pu constater qu'ils avaient dû être compris et faciles à remplir, puisque nous avons moins de 5% de données manquantes par item.

La phase test a concerné au total 8 770 salariés, dont 2 128 fumeurs. Dans notre région, 90% des entreprises ont moins de 50 salariés. Plus l'entreprise est petite, plus le taux de fumeurs est important.

Concernant les lieux sans tabac avant et après programme, je précise que les résultats de mars 2007 correspondent à une mesure réalisée dans des entreprises deux mois après la date butoir de la loi qui fixait au 1<sup>er</sup> février l'interdiction totale de fumer dans les entreprises. A cette date, seulement 42% des bureaux communs des 28 entreprises de notre échantillon étaient non fumeurs ; 37% des lieux communs étaient non fumeurs ; et seulement une entreprise comportait des bureaux individuels non fumeurs. Après le programme, la situation a évolué.

Le taux d'utilisation des séances de sensibilisation figurant dans le programme est de cent pour cent, c'est-à-dire que toutes les entreprises à qui le programme de sensibilisation a été proposé, l'ont utilisé. En revanche, dans le programme de promotion de la santé, il est possible de constituer des groupes de sevrage, et dans ce cas, le taux d'utilisation diminue, n'étant que de 86%. A plus faible échelle, le taux d'utilisation des groupes de sevrage par les fumeurs est de 17%.

Le taux d'adoption du programme de sevrage est de 27%. Le taux de pénétration du programme d'information, évaluant si le nombre de personnes touchées est très proche du nombre de participants attendus, est de 67%, soit 1 427 fumeurs sur les 2 100 existants. Et le taux de pénétration du programme de sevrage est de 77%, c'est-à-dire que sur les 500 fumeurs environ qui souhaitaient s'arrêter dans un délai de six mois, 386 ont effectivement participé à un groupe de sevrage.

Le taux de sevrage des 386 participants au programme de sevrage évolue et reste à 39% à un an, vérifié par CO testeur ; les perdus de vue étant considérés comme fumeurs. C'est-à-dire que les personnes en maladie, ayant quitté l'entreprise ou étant parties à la retraite, et dont nous ne pouvions pas avoir de mesure de CO, ont été considérées comme fumeurs, comme le conseillent les références internationales.

Cette méthode a ses limites, comme le manque de certains indicateurs. Nous n'avons pas la possibilité, par exemple, d'indiquer le nombre exact de personnes exposées au tabagisme passif. De même que nous n'avons aucune référence concernant les accidents du travail ou les arrêts liés au tabac. D'autre part, plus les entreprises sont grandes, plus

le travail d'évaluation nécessite du temps et du matériel, et donc de l'argent. Il s'agit donc de savoir s'il faut tout évaluer systématiquement et de quelle façon en ces temps de crise. Enfin, il s'agit d'une méthode loco-locale, de proximité. A notre connaissance, il n'existe pas à l'heure actuelle de critères communs aux acteurs de prévention de terrain, qui permettraient de donner une lisibilité à l'ensemble des actions évaluées. Si je prends l'exemple de CDTnet, tous les tabacologues de France ont une base de données partagée dans laquelle ils peuvent rentrer les données et qui leur permet d'avoir une idée de leur activité. Je ne connais pas d'équivalent pour les acteurs des CODES ou des associations de terrain qui vont dans les lycées, les entreprises.

La méthode a donc consisté à analyser les besoins et les attentes de toutes les personnes impliquées dans le projet, avec un choix des indicateurs qui devait être partagé et accepté par tous. Nous avons utilisé le plus possible les outils ou les éléments d'outils existants, mais des éléments spécifiques ont dû être créés. Après avoir testé cette méthode dans 28 entreprises, nous pouvons dire qu'elle est réaliste et acceptable, qu'elle fournit des indicateurs intéressants et reproductibles. Les indicateurs recueillis sont utiles pour les entreprises, les décideurs, les financeurs, et les associations. Les données recueillies nous permettront aussi de mieux connaître les critères d'efficacité des programmes, comme la disponibilité des substituts nicotiques ou non. Enfin, peut-être y aura-t-il une version plus interactive et une version adaptée aux petites entreprises.

### Débats avec la salle

Pierre ARWIDSON

Que signifie EPI-GE ?

Anne STOEBNER-DELBARRE

C'est une contraction d'Epidaure et du GEFLUC. La mise en place de cette méthode a été très lourde, a nécessité beaucoup de travail. Recenser et formaliser les indicateurs qui convenaient pour tel évaluateur nous a pris du temps. Pensez-vous que cela a une utilité pour d'autres dans d'autres régions ?

Pierre ARWIDSON

Si j'avais eu votre outil avant de mener l'évaluation du programme, il m'aurait été bien utile sur certains indicateurs que nous avons oubliés. Je l'aurais complété d'une enquête plus sociologique.

François BECK

Le fait d'associer les parties prenantes à l'évaluation correspond au modèle d'évaluation du CDC. Il me paraît essentiel que tout le monde s'entende sur ce qu'est l'évaluation, car c'est un terme polysémique, et nous avons bien vu que chacun avait sa propre vision.

Anne STOEBNER-DELBARRE

Pensez-vous que pour les 324 entreprises qui nous attendent, il est nécessaire de refaire les entretiens, ou pouvons-nous proposer les critères déjà identifiés ?

François BECK

Je le vois un peu comme la boîte à outils des réseaux qui a été publiée par le CREDES. Nous avons un panel d'indicateurs d'évaluation, et eu égard aux moyens dont nous disposons et à la faisabilité, il est possible de choisir ceux qui nous paraissent les plus intéressants. Concernant l'acceptabilité du test CO et des livrets de tabacologie, avez-vous rencontré des problèmes pour les récupérer ?

Anne STOEBNER-DELBARRE

Nous n'avons rencontré aucun problème, car ces mesures sont utilisées pour les groupes de sevrage. Au départ, les personnes sont motivées, et c'est animé par des tabacologues professionnels. Les CO testeurs sont également utilisés dans les phases de sensibilisation, et généralement les gens adorent cette mesure car elle permet d'avoir un résultat immédiat du tabagisme. Nous n'avons donc eu aucun problème d'acceptabilité. En revanche, nous n'avons pas inclus l'indicateur relatif aux accidents du travail et aux arrêts maladie pouvant être liés au tabac, car c'était inenvisageable pour les représentants.

De la salle

Je m'occupe de prévention à la ville de Corbeil, et il m'a été demandé d'inciter le personnel municipal, d'environ 1 200 personnes, à faire une campagne anti-tabac, et de les motiver pour qu'ils arrêtent de fumer. Avez-vous envisagé ce type d'évaluation au niveau d'une ville et non pas d'une entreprise ?

Anne STOEBNER-DELBARRE

J'ai parlé d'entreprises au sens large. Nous avons deux agglomérations et des villes. Il s'agit plutôt d'un programme de promotion de la santé, avec une thématique tabac. L'objectif est avant tout de faire évoluer le collectif. Nous avons un important travail de terrain à mener pour que les établissements, au sens collectif, deviennent non fumeurs. Dans le cadre de cet accompagnement, nous proposons des aides et du soutien pour les fumeurs qui pourraient être en difficulté parce qu'on change leur environnement. Nous

ne motivons pas les personnes à arrêter, mais nous aidons ceux qui souhaitent s'arrêter, et nous promovons des actions et un contexte global pour amener le collectif à modifier sa façon de voir le tabac. Nous avons une banque dont le directoire continue à fumer au dernier étage, et c'est l'un des établissements où le taux de sevrage est le plus faible. L'objectif est vraiment de sensibiliser les encadrements, les directions, pour que la loi soit appliquée correctement, partout sans exception. Nous avons fait la même chose avec les services techniques des villes.

Odile EQUAE (??), Véolia Propreté région Ile-de-France

Je travaille en entreprise. Dans votre questionnaire, avez-vous évoqué les produits illicites ?

Anne STOEBNER-DELBARRE

Dans le questionnaire entreprises, le cannabis n'est pas mentionné. En revanche, dans les groupes de sevrage, les tabacologues connaissent toutes les consommations puisque c'est le dossier INPES. Mais nos intervenants évoquent toujours les produits fumés, donc tabac, cannabis et chicha.

Claire TELLIER, réseau « Hôpital sans tabac »

Vous avez parlé de reproductibilité, donc j'imagine qu'il est prévu de capitaliser tous les résultats.

Anne STOEBNER-DELBARRE

Il s'agissait pour nous d'une phase test pour savoir si ce travail avait un quelconque intérêt. En tant que tabacologues, nous avons une capitalisation avec CDTnet, et je me demandais dans quelle mesure une institution comme l'INPES ne pouvait pas faire un équivalent de la base de données pour les acteurs de la prévention, pour que nous partagions un socle commun.

L'évaluation des programmes de prévention du tabagisme en entreprise : dépasser la simple mesure du nombre d'arrêts du tabac

Tony FOGLIA

Ce programme de prévention du tabagisme en entreprise a été mené en Bourgogne. Il a été financé par la DGS et l'INPES. Le public cible était les entreprises privées ou publiques de plus de 200 salariés, soit environ 179 entreprises en Bourgogne. L'objectif général était de promouvoir, initier et coordonner les actions de prévention du tabagisme et d'aide au sevrage en lien avec les différents partenaires au sein des entreprises. Nous

avons travaillé en partenariat avec les acteurs de prévention de la région, notamment l'ANPA, des réseaux spécifiques de tabacologie, des représentants des salariés et du patronat.

La première étape a été la présentation du projet à la direction, au CHSCT, et aux médecins du travail. Nous avons ensuite réalisé un état des lieux pour avoir une base de comparaison. Puis la création d'un groupe relais dans l'entreprise, composé de différents salariés, de représentants de la DRH et de la direction. Ce groupe faisait relais à l'ensemble des salariés. Après quoi, une sensibilisation était proposée à l'ensemble des salariés qui le souhaitaient. Enfin, un accompagnement individuel et/ou collectif en fonction des départements.

L'objectif d'évaluation était double. D'une part, évaluer des processus, afin d'identifier les facteurs facilitateurs et les freins à l'action. D'autre part, fournir quelques éléments de reproductibilité, de reconductibilité. Pour l'évaluation des résultats, nous avons essayé de mesurer des améliorations potentielles en termes de changements épidémiologique, sociaux au sein des entreprises, et de voir ce qui passait au niveau du respect de la législation.

Pour ce faire, nous avons utilisé des techniques quantitatives et qualitatives, et nous nous sommes basés sur un état des lieux initial dans chaque entreprise. Nous avons collecté nos données auprès de quatre sources, à savoir les salariés eux-mêmes, par le biais de questionnaires, les personnes ressources dans l'entreprise, c'est-à-dire la direction, la DRH, le CHSCT, le comité d'entreprise, les syndicats lorsqu'ils étaient présents, et la médecine du travail. Nous avons également interrogé l'équipe d'animation sur le processus, et les comités de pilotage locaux et régionaux.

29 entreprises ont été incluses dans le programme. La taille des entreprises a fait l'objet de discussion, car nous avons des entreprises de plus de 500 salariés. Il a été convenu que celles-ci comptaient double. En termes de répartition départementale, nous avons 12 entreprises en Côte d'Or, 5 dans la Nièvre, 9 en Saône-et-Loire, et 3 dans l'Yonne. Nous avons un public cible de 14 657 personnes. En ce qui concerne l'évaluation, le taux de réponse était de 40% avant, et de 14% après.

Nous avons étudié le respect des mesures d'interdiction dans les entreprises. Il y avait des plaintes contre les fumeurs, la présence de fumeurs dans les zones non-fumeurs, la présence de mégots dans les zones non-fumeurs, ce qui montrait que les mesures d'interdiction du tabac étaient très limitées avant les actions. Nous leur avons demandé quelles étaient leurs attentes prioritaires, à savoir la protection de la santé des salariés et la réduction du tabagisme au travail. Viennent ensuite la réduction des conflits, le respect de la loi Evin.

Nous avons fait un bilan de la situation des salariés en amont. Trois-quarts des fumeurs envisageaient d'arrêter de fumer dans les entreprises ; 34% sûrement, 42% peut-être.

Parmi les fumeurs qui souhaitaient arrêter, un peu plus de la moitié souhaitaient une aide pour l'arrêt, et la quasi-totalité était favorable à une aide dans l'entreprise. Le tabac posait des problèmes pour plus de deux salariés sur dix. La moitié des salariés partageaient leur espace de travail avec un ou des fumeurs ; 30% des fumeurs fumaient sur leur lieu de travail, et pour un quart des salariés, la cohabitation entre fumeurs et non-fumeurs est peu ou pas satisfaisante. La très grande majorité était d'accord avec l'idée d'un programme de prévention mené dans l'entreprise.

Quelques éléments de résultats concernant l'évaluation des processus. Nous avons pu observer des obstacles et des points faibles dans quelques entreprises, notamment la confusion entre les objectifs affichés par la direction et les objectifs réels de la direction. Dans certains cas, il y avait des plaintes de non-fumeurs, et le programme a servi d'alibi, mais pas avec un objectif d'amélioration de la santé des salariés. Autre obstacle, des tensions internes entre la médecine du travail et la direction, entre les salariés et la direction. Une entreprise a fait l'objet d'un plan social. Ce qui a pu bloquer également, c'est l'absence de concertation entre les acteurs, qu'ils soient dans l'entreprise ou des acteurs de prévention. Dans d'autres cas, le désengagement de la direction et, à l'inverse, un empressement pour aboutir à une entreprise sans tabac et se caler sur la loi sans respecter le processus d'action tel que défini.

En revanche, nous avons noté une dynamique générale tout à fait importante dans la plupart des entreprises, une forte volonté et une implication des entreprises. La plupart des entreprises ont également accepté le déroulement logique d'un programme. Une mobilisation importante des moyens humains, des temps de travail dégagés, ont permis de travailler correctement. Les salariés ont été sensibilisés quand la participation avait lieu sur le temps de travail, ce qui n'a pas été possible dans tous les cas. Nous avons noté une intensité des échanges dans les groupes de sevrage, qui a dépassé le domaine du tabac et a ouvert sur d'autres thématiques de santé au travail, et une motivation collective au départ.

Après, nous avons décidé d'utiliser l'outil de catégorisation des résultats pour voir quel était le lien entre les actions menées, les objectifs généraux, les objectifs secondaires, et la finalité de santé, et s'il existait des zones sur lesquelles nous n'avions pas pu travailler. Cet outil reprend des actions qui doivent être menées au niveau individuel, au niveau du groupe social, au niveau de l'offre de santé. Nous avons essentiellement travaillé sur le groupe des salariés de l'entreprise, mais nous n'avons pu aborder la sécurité au travail. L'intérêt de cet outil est qu'il permet de travailler sur la cohérence entre les actions menées et les objectifs fixés, mais il ne donne pas énormément de pistes en termes d'évaluation. Il est illusoire de vouloir mesurer la finalité en santé.

Quelques indicateurs par rapport à l'évaluation des résultats. 87% de représentants satisfaits ; 80% de salariés satisfaits. En termes de participation aux actions, 16%

seulement des salariés ont participé. En revanche, 4 sur 10 se sont sentis concernés, mais n'ont pas directement participé aux actions. 7 sur 10 considèrent que ce programme a eu des effets positifs. Nous n'avons pas eu accès au livret et au test CO, et nous avons été obligés de travailler sur du déclaratif. Nous nous interrogeons sur ces résultats. Auparavant, la proportion de fumeurs dans les entreprises était de 28% ; après, elle était de 19%, mais ce résultat n'est pas très fiable.

Nous recensons 77 arrêts du tabac, 27 grâce au groupe d'aide à l'arrêt, et 21 grâce au sevrage individuel. Un tiers des fumeurs se déclarent motivés pour arrêter de fumer du fait de l'action. Nous notons que la moitié des fumeurs ont modifié leur comportement tabagique soit par une baisse de leur consommation au travail, soit parce qu'ils vont fumer à l'extérieur, soit parce qu'ils ne fument plus du tout sur leur lieu de travail. Si je rapportais ces données brutes à l'ensemble des fumeurs, nous aurions des taux d'arrêt extrêmement faibles.

Nous avons ensuite regardé ce qui se passait au niveau du respect de l'interdiction de fumer. Nous passons à un respect quasiment total sur le lieu de travail et ailleurs dans l'entreprise, que ce soit avant la mise en place de la loi ou après. Nous avons interrogé les représentants et les salariés sur les effets positifs du programme. Les représentants citent en priorité la protection de la santé des salariés. Les salariés citent en priorité les effets positifs sur l'état des locaux, donc moins de déchets, moins d'odeur, etc. Vient ensuite la réduction du tabagisme au travail.

En termes d'impact, la moitié de l'entreprise a décidé de retravailler sur de nouvelles actions de prévention. Différentes thématiques sont apparues, comme les troubles musculo-squelettiques, le stress, l'alcool, les médicaments, la nutrition, la toxicomanie etc.

L'interdiction de fumer, généralisée dans les entreprises, est respectée avant et après la mise en place de la loi. Les mesures ont été prises en concertation avec les salariés. Dans quelques entreprises, nous avons noté des difficultés d'ordre relationnel. Les effets principaux du programme ont bien été en lien avec les attentes des salariés et des représentants de la direction, donc santé des salariés, réduction du tabagisme au travail et des arrêts de travail. Les aspects positifs concernent l'état des locaux, le respect de la loi Evin, l'amélioration des rapports entre fumeurs et non-fumeurs, et l'impulsion d'une dynamique de prévention dans les entreprises.

L'action a bien fonctionné dans les entreprises qui se sont approprié la méthode et l'éthique de promotion pour la santé. Quand il y avait blocage entre la finalité des acteurs de prévention et celle des entreprises par rapport au projet, l'action ne fonctionnait pas. Il est nécessaire d'impliquer la direction, les salariés et les professionnels de santé au travail. Et une coordination positive entre professionnels extérieurs de la santé au travail, représentants des salariés et des membres de la direction.



### Débats avec la salle

Thibaut NOEL

Je développe des actions de formation pluridisciplinaires en santé au travail, en lien avec un service de santé au travail des Hauts-de-Seine. Votre intervention était très centrée sur le tabac, qui faisait l'objet de l'évaluation. N'aurait-elle pas pu être dirigée sur les addictions en tant que telles par rapport à la difficulté relationnelle qui peut se poser entre non-fumeurs et fumeurs sur ce sujet. C'est-à-dire en se replaçant sur la problématique des addictions, se resituer par rapport à la dépendance à un produit, quel qu'il soit. Même si l'on n'est pas concerné en tant que tel, on a toujours une personne de son entourage qui peut l'être.

Tony FOGLIA

Des groupes de travail ont tenté d'expliquer ce problème de dépendance. Il s'agit effectivement d'un programme purement axé sur le tabac, mais les intervenants de prévention ont fait le lien lors des séances de sensibilisation entre la consommation tabagique et les autres addictions, et ce problème de dépendance. L'objectif du programme n'était pas uniquement le sevrage, mais de travailler sur l'amélioration de la santé au travail. De ce fait, nous avons fait un travail sur la façon de vivre entre fumeurs et non-fumeurs.

Pierre ARWIDSON

Comment améliorer le pourcentage de perdus de vue ?

Tony FOGLIA

Nous nous sommes rapidement rendu compte que les taux de retour étaient moins bons après, et nous avons fait modifier les conventions signées entre les acteurs de prévention et les entreprises, en essayant d'inciter les entreprises à s'engager sur la restitution de questionnaires après. Les conventions ont été signées, mais elles n'ont pas été suivies d'effet. Par ailleurs, nous avons remis les questionnaires avec les fiches de salaire, ce qui n'a pas fonctionné non plus.

François BECK

Avez-vous des éléments d'explication sur le fait qu'à un temps T, les personnes acceptent de répondre au questionnaire, et refusent d'y répondre plus tard ?

Tony FOGLIA

Non, une fois l'action terminée, nous avons récupéré les questionnaires des personnes impliquées dans le programme, et toutes celles qui n'ont pas été impliquées dans le programme n'ont pas souhaité répondre. C'est lié à la faible participation dans les entreprises.

Pierre ARWIDSON

Vous avez dit que l'idéal était quand il y avait synergie entre la direction et les professionnels de santé, mais faut-il y aller quand le directeur ne s'implique pas ?

Tony FOGLIA

Il ne faut pas y aller. Je n'ai pas donné les taux de réponse entreprise par entreprise, mais dans l'entreprise où l'action a le mieux fonctionné, nous avons eu 80% de taux de réponse après.

François BECK

Peut-être faut-il y aller quand même, mais distinguer dans l'analyse les entreprises dans lesquelles la direction a une implication positive nette et celles où ce n'est pas le cas.

Tony FOGLIA

Ce n'est pas si clair. Dans certaines entreprises, la direction n'était pas du tout impliquée, mais l'action a bien fonctionné parce qu'elle a été prise en main par un groupe relais. Cet indicateur n'est donc pas unique.

Anne STOEBNER-DELBARRE

En tant qu'acteurs de terrain, nous avons beaucoup de mal à récupérer de l'argent pour mener des actions, et en investir une grande partie pour l'évaluation va être problématique. Nous n'avons pas forcément des statisticiens, la grille de lecture optique, ce qui signifie des saisies de questionnaires. Dans l'activité de routine des acteurs de terrain, je trouve que c'est difficile. Peut-être vaudrait-il mieux parfois peaufiner les actions de promotion et accepter d'utiliser des critères moins consommateurs de temps et d'énergie.

François BECK

En tant qu'évaluateur au niveau régional, nous nous fixons pour objectif de ne pas dépasser 10% du budget de l'action, hormis des recherches actions bien spécifiques. Nous nous donnons des indicateurs limités, certes, mais qui semblent suffisants pour dire si l'action a bien fonctionné ou pas.

Tony FOGLIA

Nous intervenons dans un contexte particulier et une culture particulière, et le questionnaire suppose l'acceptation de la direction générale pour que ce soit enclenché. En revanche, je crois davantage à la constitution de groupes relais, et même si nous touchons de plus petites entreprises, nous pouvons tout à fait imaginer une mutualisation de plusieurs entreprises de petite taille, c'est-à-dire permettre à des personnes d'être suffisamment sensibilisées pour se saisir de la question dans leur entreprise et être de bon relais pour résoudre la problématique en jeu. Etant donné le risque psychosocial et le stress, les effets du questionnaire peuvent être à double tranchant par rapport aux organisations.

Pierre ARWIDSON

Le décret Bertrand a démotivé un peu les actions en milieu scolaire et dans les entreprises à un moment où elles en avaient peut-être besoin. En tout cas, l'INPES et la DGS ont reçu des subventions pour ce type d'action dans le cadre du Plan Cancer, qui ont disparu à cause du décret Bertrand. Heureusement, l'INCA a pris la suite.

La coordination des actions de la société civile soutenue par l'INCA pour une application optimale de la Convention cadre pour la lutte anti-tabac

Emmanuelle BEGUINOT

Je souhaite associer à cette présentation Clémence Cagnelardeau (??) de l'Alliance contre le Tabac, Maria Alejandra Cardenas, de l'Association Droit des non-fumeurs, et Nadia Collot de l'Association Camera Santé, qui ont non seulement travaillé sur cette présentation, mais sont directement partenaires de ce projet avec les pouvoirs publics.

Antoine DEUTSCH

Le tabac est la première cause de mortalité évitable en France. Un fumeur sur deux meurt prématurément de son tabagisme, soit 66 000 morts par an, dont un peu plus de la moitié par cancer, soit 34 000 morts. Le plus connu est le cancer des poumons, qui représente 21 000 morts par an, mais le tabagisme est directement lié à d'autres cancers, tels que ceux de la cavité buccale, de l'œsophage, notamment associé à l'alcool, du pharynx, du larynx, du foie, de la vessie, du pancréas etc. Des actions ont été entreprises.

La prévalence tabagique est encore très élevée aujourd'hui, même si elle diminue depuis les années 2000. Les données de ventes, mais surtout les données du baromètre santé, indiquent environ 30% des 12-75 ans. Malgré la diminution, ce taux reste au-dessus des

objectifs fixés par l’OMS, qui recommandaient un taux de 20%. Un transfert s’est opéré au niveau international. Auparavant, la forte consommation de tabac et les maladies liées au tabac ne concernaient que les pays développés, mais aujourd'hui, l’OMS estime que le tabac fait 5,4 millions de morts par an, dont 70% dans des pays en développement ; sachant que cette situation s’aggrave d’année en année.

Emmanuelle BEGUINOT

Cette pandémie risquant encore de s’accroître avec l’ouverture des marchés, les Etats ont décidé, dans les années 1990, qu’il fallait absolument apporter une réponse coordonnée à ce problème majeur de santé publique. Ils ont donc décidé de se réunir pour élaborer un premier traité international de santé publique qui non seulement apporte des réponses fondées sur des évidences scientifiques au niveau des Etats, mais permet également une approche au niveau international ; sachant que certaines problématiques, comme le commerce illicite, renvoient à des dimensions supranationales. Dans ce traité, des dispositions de coopération internationale sont prévues.

Antoine DEUTSCH

C’est la première fois que l’OMS utilise son autorité constitutionnelle en santé publique mondiale pour mettre en place un outil juridique visant à améliorer la santé publique, créant ainsi des négociations inédites entre les gouvernements, les organisations non gouvernementales et les experts scientifiques. La France a ratifié la Convention cadre de lutte anti-tabac en octobre 2004, qui a été effective en février 2005. En février/mars 2009, 164 pays ont ratifié le traité, le dernier pays étant le Gabon. Ce traité est fondé sur des preuves scientifiques issues des recherches des grands experts sur la question. Il prend en compte tout ce qui vise à réduire la demande en matière de tabac à travers des mesures financières, l’exposition au tabagisme passif, la publicité, le conditionnement et l’étiquetage des paquets de cigarettes, mais également tout ce qui concerne l’offre, comme la contrebande, la vente aux mineurs et par les mineurs.

Emmanuelle BEGUINOT

Le rôle de la santé civile dans cette convention a été et reste majeur. Il est d’ailleurs reconnu dans le préambule même du traité et dans un des articles qui stipule : « La participation de la société civile est essentielle pour atteindre les objectifs de la Convention et de ses protocoles ». Le rôle de la société civile est perceptible à tous les niveaux. Il a été très net au moment de l’élaboration du traité, de 1999 à 2003. Très rapidement, la société civile s’est organisée. Une coordination a été mise en place au travers du réseau Alliance Pour la Convention Cadre, qui a organisé des événementiels et s’efforce de tirer vers le haut les mesures dont l’efficacité a été démontrée. Cette

contribution a été également indéniable au moment de la ratification du traité. Pour mémoire, l'industrie du tabac n'a pas du tout été associée à l'élaboration de ce traité international, et donc les fabricants de tabac craignent fondamentalement son application et font tout pour empêcher sa mise en œuvre. A contrario, la société civile a joué un rôle tout à fait important une fois le traité signé pour faire en sorte qu'un nombre suffisant d'Etats le ratifie pour qu'il entre en vigueur. Aujourd'hui, plus de 80% de la population mondiale est couverte par ce traité. Enfin, cette contribution est effective au jour le jour en termes de mise en œuvre, d'évaluation des dispositions adoptées qui sont, de plus, complétées par des lignes directrices, c'est-à-dire des dispositions très pratiques, concrètes, établies sur la base des meilleures pratiques, qui définissent les normes vers lesquelles doivent tendre les Etats pour appliquer les mesures qu'ils ont ratifiées.

#### Antoine DEUTSCH

L'INCA est une agence nationale sanitaire et scientifique en cancérologie, qui a été créée par la loi de santé publique du 9 août 2004. Elle est notamment chargée d'impulser et de coordonner la lutte contre le cancer, notamment à travers le plan cancer. Le plan cancer 2003-2007, en consacrant 9 mesures sur 70 au tabac et à la lutte contre le tabagisme, a permis de dynamiser des politiques de contrôle du tabac au niveau national, avec une hausse des prix en 2003, l'interdiction de fumer dans les lieux publics en 2006. Au niveau international, sous la tutelle du ministère de la Santé, l'INCA a été membre de la Délégation française lors de la Conférence des Parties où se rencontrent tous les pays ayant ratifié le traité, et où sont négociés et mis en œuvre les protocoles et les lignes directrices du traité. L'INCA a également participé à quelques groupes de travail. Elle suit ces avancées et participe également au financement du secrétariat général de la Convention cadre.

De par son implication au niveau de la CCLAT et son implication via le plan cancer, l'INCA soutient des acteurs, en privilégiant une double démarche, à savoir améliorer la coopération dans les domaines scientifiques, techniques, et juridiques, mais également soutenir le réseau associatif dans le suivi et l'application des politiques du contrôle du tabac.

Une fois la Convention ratifiée, les bonnes pratiques et mesures doivent être appliquées pour lutter efficacement contre le tabagisme. Depuis 2006, l'INCA met en place des appels à projets ayant pour but de stimuler la participation des associations dans la mise en œuvre, l'élaboration et l'évaluation des mesures de la CCLAT.

#### Emmanuelle BEGUINOT

S'agissant des associations, cette coordination se matérialise concrètement au niveau de l'Alliance contre le Tabac par l'existence d'un groupe CCLAT qui se réunit régulièrement

et qui procède à différentes évaluations du dispositif du traité. L'objectif de cet appel à projets était de se réunir et de construire un ensemble de projets se renforçant les uns les autres.

Antoine DEUTSCH

Six projets ont été retenus. Deux du Droit des non-fumeurs, deux de l'Alliance contre le Tabac, un du CNCT et un de Caméra Santé. Ils ont été retenus dans une double optique. D'une part, évaluer les décisions prises à la Conférence des Parties et le respect des mesures de la CCLAT D'autre part, la préparation à la prochaine Conférence des Parties. Les projets retenus concernent tous des mesures de la CCLAT, qu'il s'agisse de mesures de sensibilisation avec l'article 12, ou de mesures visant à réduire la demande du tabac à travers des mesures fiscales avec l'article 6.

Trois projets établissaient un état des lieux des différents acteurs de la lutte contre le tabac et leurs outils dans l'application des mesures de la CCLAT, listaient les actions de communication et d'éducation, et comparaient les différentes législations en vigueur concernant la consommation et les ventes de tabac, ainsi que la protection et l'exposition à la fumée. Ces actions vont permettre d'établir les besoins à prendre en compte pour la réalisation des objectifs de la CCLAT, et surtout de répondre à un manque d'information dans les départements et les collectivités d'outre-mer. En ratifiant la CCLAT, la France se doit d'être à jour sur l'ensemble de son territoire.

Un travail sur la sensibilisation et le renforcement de la capacité des pays francophones pour un meilleur contrôle du tabac permettant aux pays francophones, qui n'ont pas les moyens de lutter contre le tabac, d'organiser des formations, des ateliers, des documents sur les bonnes pratiques à mettre en œuvre.

Emmanuelle BEGUINOT

Il s'agit ici d'illustrer la double démarche de l'ensemble de ces projets. D'une part, faire un état des lieux dans un esprit d'ouverture afin de connaître les actions pertinentes déjà menées à l'étranger et qui pourraient fonctionner en France et, a contrario, faire un état des lieux de l'expérience française qui peut être extrêmement utile à d'autres pays. D'autre part, être dans une démarche de participation, avec un calendrier et des perspectives à court terme sur l'impact des projets menés. La Conférence des Parties rassemble les pays qui ont ratifié le traité de la CCLAT, qui se réunissent régulièrement et définissent ensemble des lignes directrices sur des articles fondamentaux. Un certain nombre d'articles ont déjà été définis, pour lesquels des lignes directrices sont venues en complément. Les projets retenus ont pour finalité de suivre les lignes directrices déjà adoptées précédemment et de contribuer à ce que les prochaines lignes directrices soient fondées sur les meilleures pratiques possibles.

Le projet que nous avons mené visait trois objectifs. D'une part, supprimer le packaging en tant que support publicitaire, ce qui renvoyait à l'article 11 pour lequel des lignes directrices devaient être discutées à la Conférence des Parties. D'autre part, mesurer l'effectivité de l'interdiction de la publicité, des promotions et du sponsoring tabac. Enfin, se préserver de l'ingérence des fabricants de tabac. L'ensemble de ces grandes orientations devait faire l'objet de décisions de la part des Etats.

Des études ont été réalisées et des outils mis en place à cette fin. S'agissant du premier objectif portant sur le packaging, des études qualitatives et quantitatives ont été réalisées visant à préconiser, s'agissant des ingrédients, un système d'information qualitative qui se substituerait aux informations d'ordre quantitatif actuellement en vigueur, portant sur la teneur en monoxyde de carbone, goudron et nicotine. A priori, nous avons évalué que le dispositif actuel faisait perdurer la classification des cigarettes light ou normales.

Le second objectif a été de renforcer le dispositif des avertissements sanitaires. Cette discussion est en cours en France. Et d'étudier l'opportunité ou pas d'intégrer des messages qui ne seraient pas strictement sanitaires. Nous avons testé des messages ayant trait au coût du tabagisme, à l'impact sur l'environnement, aux désagréments, notamment en terme d'odeur, à l'impact que pourrait avoir la connaissance des manipulations de l'industrie du tabac. A également été évalué un dispositif visant à utiliser au maximum le packaging comme un support d'information en santé, à travers des vignettes d'information insérées dans le paquet.

Enfin, il s'agissait d'évaluer l'impact potentiel que pourraient avoir les paquets neutres, c'est-à-dire ceux où toute référence à l'univers publicitaire serait supprimée ; sachant que ce type de paquet n'existe pas pour l'instant. Et nous avons également évalué le soutien ou l'opposition de la population à l'instauration d'une telle mesure à travers une étude qui a montré que plus de 80% de la population adulte soutenaient l'introduction de ce type de packaging, d'autant plus s'il est précisé que l'objectif est de réduire l'entrée des jeunes dans le tabagisme.

Concernant les phénomènes publicitaires, un certain nombre d'outils ont été développés concernant les promotions sur les lieux de vente, mais également les supports sur lesquels nous suspectons des transferts d'action de la part des cigarettiers, notamment Internet. Nous avons souhaité mesurer l'impact positif de la CCLAT et des jurisprudences, qui aboutissent à un renforcement de la législation, au travers d'un observatoire spécialisé sur le sponsoring des sports mécaniques. Celui-ci a mis en exergue qu'en 2008, à la différence de l'année 2006 où plus de 100 millions d'Euros avaient été investis en publicité tabac sur les chaînes de télé françaises, cet investissement avait été inférieur à 50 000 Euros. Nous étudions aussi d'autres supports susceptibles d'être utilisés comme les émissions de télé ou les jeux vidéo.

Sur la question de l'interférence de l'industrie du tabac, l'optique de ce projet était de montrer que la France n'était pas à l'abri, et que souvent les pratiques étaient largement sous-estimées, voire méconnues. L'idée était donc de faire un état des lieux de ces pratiques et de définir des recommandations réglementaires et pratiques pour permettre aux Etats de s'en prémunir. Des dispositions très concrètes ont été adoptées, allant de la définition de règles en matière de conflits d'intérêt, à la question de non association de l'industrie du tabac dans les questions de santé publique. Ces mesures ayant été adoptées à la dernière Conférence des Parties, l'objectif est de veiller maintenant à ce qu'elle les applique.

Enfin, à travers ces projets, l'idée est d'être dans un processus continu d'évaluation des mesures déjà prises et adoptées, de faire des recommandations d'amélioration, et de faire connaître l'expérience française. Deux rapports ont été rédigés dans le cadre de l'Alliance contre le Tabac. Ils ont été traduits en anglais et en espagnol.

Au-delà des projets évoqués, la CCLAT a mis en place un processus continu de nouvelles échéances et de nouvelles mesures pour lesquelles des lignes directrices vont être discutées. Comme, par exemple, quelle mesure de prévention faut-il privilégier, quel accompagnement en matière de sevrage tabagique faut-il prévoir, comment utiliser l'arme de la fiscalité à des fins de réduction de la prévalence tabagique.

Antoine DEUTSCH

Nous travaillons par rapport à l'agenda international. La prochaine Conférence des Parties aura lieu fin 2010. Un appel à projets des associations a été lancé jusqu'au 15 mai 2009, qui sera axé sur les actions et le suivi, mais également l'évaluation des politiques anti-tabac.

Au niveau international, nous constatons une professionnalisation des acteurs, en particulier des ONG, qui ont participé à la mise en place du traité et sont aujourd'hui indispensables au bon fonctionnement des politiques de lutte contre le tabac. Nous constatons également une coordination des acteurs via la Convention cadre de lutte anti-tabac, chacun conservant son indépendance. Notre souhait est que cette expérience de prévention puisse être transposée à d'autres facteurs de risque, comme l'alcool.

### Débats avec la salle

Rémi SOKOLOVSKI

Je suis étudiant en psychologie à l'université de Savoie. Si un packaging ou une publicité, est interdit, quelle va être la conséquence pour le cigarettier ? Et pour les acteurs de prévention, quel est l'avenir du packaging ? A l'heure actuelle, le cigarettier mise sur des



attitudes donnant une identité positive du fumeur, mais le message « fumer tue » lui donne une attitude négative. Donc, ce packaging ne fonctionne pas. Un changement de packaging provenant des acteurs de prévention va-t-il changer réellement quelque chose dans la lutte anti-tabac ?

Emmanuelle BEGUINOT

Le packaging aujourd'hui est un support publicitaire. Il est conçu par les cigarettiers pour faire la promotion de la marque et du fait de fumer. Du coup, ils altèrent totalement le message de santé. Les différentes études montrent que les gens ne lisent plus le message « fumer tue ». Il y a un effet de lassitude. D'autres dispositifs, en particulier des images, s'avèrent efficaces. Le message visuel sera un élément positif éventuellement catalyseur, mais il ne suffira pas en tant que tel. En tout cas, il a un effet indéniable en termes de dissuasion d'entrer dans le tabagisme. Le packaging neutre montre que le tabac n'est pas un produit comme les autres. On a interdit la publicité, il y a donc une cohérence à appliquer cette interdiction de la promotion, et on voit bien que la perception du produit lui-même est modifiée.

Rémi SOKOLOVSKI

En matière de santé publique, la publicité pour l'alcool a été interdite, mais elle est autorisée sur Internet, qui est l'outil privilégié des jeunes. Il y a donc conflit entre le dire et le faire. Nous sommes dans un paradoxe de communication, entre des institutions en lutte contre l'alcool ou le tabac, et des actions sur le terrain qui rendent la lutte incompréhensible pour le consommateur.

Emmanuelle BEGUINOT

Je ne suis pas spécialiste dans le domaine de la lutte contre l'alcool, mais dans le domaine de la lutte contre le tabac, le principe d'interdiction totale est fondamental. Nous avons pu constater à travers l'Observatoire qu'Internet était un moyen de re-normaliser le fait même de fumer. C'est donc un support redoutable, en effet.

Pierre ARWIDSON

En ce qui concerne le tabac, à la différence de l'alcool ou de la nutrition, on peut faire des réunions au plus haut niveau sans les producteurs de tabac. Pour l'alcool et la nutrition, les commissions sont mixtes. La loi d'orientation agricole a créé la commission de la modération et de la prévention où siègent des députés élus des zones viticoles, le ministère de la Santé, de l'Agriculture, les associations. Ils s'associent aux décisions de santé publique, et nous sommes sensés leur présenter nos projets de campagne, par

exemple. Ils donnent un avis consultatif, mais nous sommes quand même contraints de leur montrer nos projets.

La loi Evin avait prévu l'interdiction totale de la publicité alcool et tabac, mais des exceptions ont été créées, et la publicité pour l'alcool est autorisée dans les magazines. Internet a fait l'objet d'un débat à l'Assemblée nationale, mais il est considéré comme de l'écrit, au même titre que les magazines. En revanche, l'interdiction de vente aux moins de 18 ans concerne le tabac et l'alcool.

Maria CARDENAS

Nos projets sont partis de cette évaluation. Par rapport au travail que nous menons avec l'Alliance contre le Tabac, les partenaires associatifs et institutionnels comme l'INCA, l'avantage est la présence d'un cadre législatif international en matière de lutte contre le tabac, c'est-à-dire que nous suivons tous les mêmes objectifs. Une particularité de la lutte contre le tabac en France est la diversité des associations qui travaillent aussi bien sur la prévention, l'éducation, l'accompagnement et l'aide à l'arrêt du tabac, la veille juridique. Donc une diversité des acteurs de prévention avec des missions différentes et coordonnées au sein de l'Alliance.

Evaluation du livret « dépression » de l'INPES : impact sur les connaissances et les attitudes

Enguerrand ROLLAND DU ROSCOAT

La campagne « dépression » a été lancée à l'automne 2007 dans le cadre du Plan santé mentale. Les objectifs étaient de faire connaître au grand public les principales pathologies, et essentiellement leurs causes, symptômes, traitements, aux fins d'améliorer les connaissances, de modifier les perceptions, notamment certaines attitudes stigmatisantes, et in fine, d'améliorer le suivi médico-psychique.

Pourquoi la dépression ? Essentiellement du fait de sa forte prévalence, évaluée selon le baromètre santé de 2005 à 8%. Donc, 8% d'un échantillon représentatif de Français a souffert d'une dépression au cours des douze derniers mois, et 18% sur la vie entière. On parle d'épisodes dépressifs caractérisés, qui est la dépression telle que définie par l'EDFL. La non identification de sa maladie est un facteur important de non recours aux soins, qui justifiait de faire une campagne d'information et donc d'informer la population générale sur différents éléments de connaissance afin de favoriser le recours aux soins.

Le dispositif de la campagne était relativement lourd, avec un spot télé, quatre spots radio, des bannières Internet. Un film d'animation a été réalisé, présentant les principaux symptômes de la dépression. A la fin des spots, les personnes étaient invitées à

commander un guide gratuit, soit via un numéro de téléphone gratuit, soit sur un site Internet.

Les objectifs de cette campagne étaient, d'une part, de promouvoir les outils d'information mis en place, essentiellement le livret, ainsi que le site Internet qui reprenait le contenu du guide. D'autre part, d'informer le grand public sur les symptômes, les traitements, afin d'améliorer les connaissances et de modifier les attitudes, notamment vis-à-vis des traitements, du recours aux soins, et de la stigmatisation des personnes dépressives. L'objectif final étant d'aboutir à des résultats en termes de comportement et notamment de recours aux soins.

L'enquête a été menée auprès de 1 503 participants, qui ont été interrogés, en vague 1, quelques jours avant la réception du livret et, en vague 2, trois mois après la première vague. Au moment où ils appelaient ou se connectaient au site Internet, il leur était demandé de participer à une enquête, et s'ils acceptaient, de donner leurs coordonnées pour être contactés. Nous les avons contactés juste avant qu'ils reçoivent le guide pour faire la première vague d'enquête, et les mêmes personnes ont été contactées deux mois après pour réaliser la deuxième vague. Nous ne les avons pas informés tout de suite de cette deuxième vague d'enquête, nous les avons contactés par courrier quelques semaines avant.

L'objectif de cette évaluation était d'observer dans quelle mesure le livret avait contribué, d'une part, à améliorer les connaissances, essentiellement sur quatre domaines : les symptômes, les professionnels, les moyens thérapeutiques et les structures d'accueil et de soins ; d'autre part, à contribuer à modifier les attitudes vis-à-vis de la dépression, vis-à-vis des dépressifs, vis-à-vis de la perception du risque de parler de sa dépression, vis-à-vis des professionnels de santé, de l'efficacité perçue des traitements, et de l'intention du recours aux soins en cas d'épisode dépressif majeur.

Si nous pouvions observer des variations sur les connaissances ou les attitudes entre la vague 1 et la vague 2, la question était de savoir comment les attribuer à la lecture du livret ; sachant que d'autres facteurs auraient pu contribuer à améliorer ces connaissances, notamment la campagne média elle-même, les retours presse, les débats de société. Le problème était également l'absence d'un groupe contrôle, c'est-à-dire de personnes qui n'auraient pas lu le livret.

Nous avons donc décidé de constituer, au sein de notre échantillon, des groupes de comparaison. Nous avons construit une variable « niveau de lecture », partant de l'idée que si nous observions une évolution des connaissances ou des attitudes, elle serait liée à la lecture du guide. Via un questionnaire, nous avons mesuré le niveau de lecture des personnes qui avaient commandé le guide. Il y avait cinq rubriques et pour chaque rubrique, nous avons demandé aux personnes si elles l'avaient lue, simplement survolée, si elles l'avaient lue en partie avec attention, ou si elles avaient tout lu avec attention.

Nous avons attribué un score à chacune de ces réponses. 0 pour « pas lu », 1 pour « survol », 2 pour « lu avec attention », 3 pour « tout lu ». Ce qui a donné un score final de niveau de lecture, s'établissant de 0 à 15, 15 étant le niveau de lecture maximum.

Pour constituer nos deux groupes, nous avons récupéré le score de niveau de lecture, en dichotomisant, c'est-à-dire en séparant en deux à la médiane, afin de disposer de deux échantillons à peu près comparables en terme de taille, à savoir les personnes ayant eu la lecture la moins attentive du guide versus celles ayant eu la lecture la plus attentive.

Nous avons réalisé des analyses de variance. En santé publique, il existe beaucoup de variables catégoriels. Nous avons utilisé des variables continus, notamment le niveau de lecture, et surtout les variables dépendants, c'est-à-dire l'évolution des connaissances, et l'évolution des attitudes. En ce qui concerne les attitudes, nous avons établi un score d'attitude allant de 0 « pas du tout d'accord » à 4 « tout à fait d'accord », et nous avons pris le parti de mettre le NSP au milieu de l'échelle. L'intérêt de ce type de mesures continues est de pouvoir conserver la variance entre les deux vagues d'enquête. Les variables catégoriels permettent d'identifier le pourcentage de personnes qui ont changé d'attitude.

Les analyses utilisées portent sur l'effet des deux variables, c'est-à-dire le niveau de lecture superficielle versus le niveau de lecture approfondie, et une variable intra individuelle en comparant les réponses d'une même personne. Nous avons une différence significative en nombre de connaissance ou en évolution d'attitude entre la vague 1 et la vague 2 chez ceux qui l'ont lu de façon approfondie.

D'autres facteurs peuvent jouer, et on peut s'attendre à constater une évolution des connaissances et des attitudes de la part des personnes ayant eu une lecture superficielle du livret. Alors qu'il n'y avait pas de différence en vague 1 avant la lecture du livret, on peut observer en vague 2 que les personnes qui ont eu une lecture approfondie du livret ont significativement plus de connaissances que les autres.

Concernant les connaissances, nous constatons une augmentation significative entre les deux vagues concernant les moyens thérapeutiques, les professionnels de santé, les structures de soins et d'accueil. En revanche, nous n'avons rien obtenu sur les symptômes de la dépression. Globalement, les connaissances ont significativement augmenté entre les deux vagues d'enquête. Cette augmentation ne peut être attribuée au livret que dans le cadre des professionnels de santé et des structures de soins et d'accueil. A noter qu'en ce qui concerne les structures d'accueil, nous n'avons pas tout à fait atteint le seuil de significativité.

S'agissant de la connaissance des professionnels, nous constatons une évolution significative entre les deux vagues d'enquête. Alors qu'en vague 1, il n'y a pas de différence significative, en vague 2, ceux qui l'ont lu de façon approfondie ont

significativement plus de connaissances que les autres. Au global, nous sommes passés de 1,32 à 1,57 de connaissance.

S'agissant des moyens thérapeutiques, 38% des personnes ont gagné en connaissance. En vague 1, les personnes connaissaient 0,5 moyen thérapeutique en moyenne. En vague 2, elles en connaissaient 2, donc une hausse de 1,5 connaissance. Concernant les professionnels, 37% de l'échantillon ont gagné en connaissance. Et nous sommes passés d'une connaissance en vague 1 à deux en vague 2. Concernant les structures de soins et d'accueil, 40% des personnes ont gagné en connaissance. Au total, 33,5% des personnes ont gagné en moyenne trois connaissances. De trois connaissances en vague 1, elles sont passées à six en vague 2. Par rapport aux deux effets de l'impact du livret, l'un sur les professionnels, l'autre sur les structures de soins, 35% de ceux qui l'ont lu de façon superficielle ont gagné en connaissance, versus 40% pour ceux qui l'ont lu de manière approfondie.

Concernant les attitudes vis-à-vis des dépressifs nous observons une évolution entre la vague 1 et la vague 2 concernant la stigmatisation des personnes dépressives, notamment l'item « par rapport aux gens qui ont une vraie maladie physique, une personne dépressive ne va pas si mal ». Les attitudes ont significativement évolué dans le sens attendu, et nous pouvons attribuer cet effet à la lecture du livret. Egalement un effet significatif sur l'item « les personnes dépressives se complaisent dans leur état », et nous pouvons l'attribuer à la lecture du livret. Les personnes ayant eu une lecture superficielle du guide n'ont pas changé d'attitude de façon significative entre la vague et la vague 2. En revanche, l'attitude de celles qui l'ont lu de façon approfondie a significativement évolué entre la vague 1 et la vague 2, dans le sens d'un moindre accord avec l'item « par rapport aux gens qui ont une vraie maladie physique, une personne dépressive ne va pas si mal ». J'ai classé les scores de 1 à 10 ; sachant que le 5 correspond à une opinion neutre, le 10 à « tout à fait d'accord », et 0 à « pas du tout d'accord ». Le score se situe à 2,35 en vague 1 ; et à 2,10 en vague 2.

Sur l'item « les personnes dépressives se complaisent dans leur état », nous ne constatons pas de diminution significative de l'accord avec cet item chez ceux qui l'ont lu de façon superficielle, alors que nous en observons une chez ceux qui l'ont lu de façon approfondie.

Concernant la perception du risque de parler de sa dépression, nous avons demandé aux personnes si elles jugeaient risqué de parler de sa dépression à ses amis, sa famille, ses collègues de travail, son médecin du travail ou son médecin personnel. Nous n'avons observé un effet que sur le fait de parler de sa dépression à sa famille. En vague 2, les personnes ont tendance à penser de façon significative que c'est moins risqué de parler de sa dépression à sa famille après avoir lu le livret. Ce qui n'est pas le cas de ceux qui

ont fait une lecture superficielle. Globalement, ce n'est pas un gros risque, puisque nous sommes à 3,38 sur 10, mais il a diminué de façon significative.

Vis-à-vis des professionnels, nous n'avons observé un effet significatif que sur la perception des psy comme des personnes froides et silencieuses. Cette attitude a diminué suite à la lecture du livret. Concernant l'efficacité perçue des traitements, nous avons demandé aux personnes si elles estimaient que l'efficacité des psychothérapies avait été prouvée versus l'efficacité des antidépresseurs. Nous observons une évolution significative des attitudes vers l'accord entre la vague 1 et la vague 2, pour les deux types de traitement. Mais nous ne pouvons attribuer cet effet à la lecture du livret que dans le cas des psychothérapies.

Nous n'avons pas observé d'effet sur les attitudes vis-à-vis de la dépression car nous avons souvent eu des effets plafond. Nous avons, par exemple, un item « la dépression est une maladie », et sur 1 350 personnes, seulement 53 n'étaient pas d'accord avec cette proposition. Sur ces 53 personnes, 39 ont changé d'opinion suite à la lecture du livret.

Le livret a eu un impact sur la déstigmatisation des dépressifs et le fait qu'ils se complaisent dans leur état ou qu'ils ne vont pas si mal. Sur les 25% de l'échantillon qui estimaient que les dépressifs se complaisent dans leur état, 46% ont changé d'opinion, passant de 8,5 à 3,8 sur l'accord avec cette proposition. Sur les 19% de l'échantillon qui estimaient qu'une personne dépressive ne va pas si mal, 61% ont changé d'opinion. Sur le risque d'en parler, nous avons obtenu un effet uniquement sur le fait d'en parler à sa famille. Sur les 31% qui estimaient qu'il était risqué d'en parler à sa famille, 53% ont changé d'opinion. Nous pouvons attribuer cet effet à la lecture du livret. Concernant l'image des professionnels, nous avons eu un effet sur l'image des psy, que nous pouvons également attribuer à la lecture du livret.

Concernant l'efficacité des traitements, nous avons eu un effet sur les psychothérapies que nous pouvons attribuer à la lecture du livret. Nous observons un effet sur les antidépresseurs, mais non attribuable à la lecture du livret, selon nos standards d'attribution. Enfin, concernant le recours aux soins, nous n'avons rien obtenu.

En conclusion, nous pouvons dire que le livret a eu un effet sur l'augmentation des connaissances concernant les professionnels et les structures. Il a également eu un impact sur la stigmatisation des dépressifs, le risque d'en parler, l'image des professionnels, et l'efficacité des traitements. En revanche, nous n'avons rien obtenu sur le recours aux soins et sur l'évolution des connaissances en matière de symptômes.

### Débats avec la salle

Odile EQUAE

Pourquoi les personnes n'ont-elles pas répondu concernant le recours aux soins ? Était-ce parce qu'elles étaient elles-mêmes concernées ? D'autre part, comment expliquez-vous que l'image des psy ait autant changé ?

Enguerrand ROLLAND DU ROSCOAT

Concernant le recours aux soins, la question portait sur l'intention de recourir aux soins en cas d'épisode dépressif, c'est-à-dire soit l'utilisation d'antidépresseurs, soit une psychothérapie. Nous n'avons pas observé d'augmentation de l'intention de recourir aux soins entre la vague 1 et la vague 2. Globalement, l'intention de recourir aux soins se situe à 7 sur 10.

De la salle

Avez-vous cherché à savoir si les personnes qui commandaient le livret étaient directement concernées par la dépression ?

Enguerrand ROLLAND DU ROSCOAT

Cette enquête comportait un questionnaire très complet. Nous avons fait un screening de la dépression en utilisant le CIDI. 1 083 personnes l'avaient commandé pour elles-mêmes, les autres l'ayant commandé pour un proche. Parmi ces 1 082 personnes, 682 avaient vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois, versus 401 personnes qui n'avaient pas vécu d'épisode dépressif caractérisé, selon les critères du CIDI directement empruntés au DSM. Parmi ceux qui n'étaient pas dépressifs, 175 avaient un niveau de lecture approfondie versus 226 ayant un niveau de lecture superficielle. Et parmi les dépressifs, 363 avaient un niveau de lecture approfondie contre 319.

Concernant l'image des psy, la rédaction de ce livret n'a pas toujours été très simple, mais nous avons mis la psychothérapie comme premier moyen d'action contre la dépression, donc avant les antidépresseurs. Vu que l'effet est lié à la lecture du livret, peut-être pouvons-nous dire que l'effet de primauté a joué.

Pierre ARWIDSON

Vous avez coupé votre échantillon par le biais de la médiane. Avez-vous essayé de voir au niveau des quartiles ?

Enguerrand ROLLAND DU ROSCOAT

Nous continuons à faire des analyses exploratoires et nous allons publier ces résultats. Nous aurions pu prendre le niveau de lecture comme variable continu, mais nous ne pouvions pas le représenter par des graphiques.

François BECK

Le temps entre la lecture du livret et le bilan de l'impact de ce livret était de trois mois. Pensez-vous que mesurer si ces changements de perception sont durablement installés dans la population aurait du sens ? Ou mesurer l'impact à court terme d'un tel livret est-il plus important ?

Enguerrand ROLLAND DU ROSCOAT

Il serait intéressant de mesurer l'impact à plus long terme, à un ou deux ans. Le problème vis-à-vis de ces protocoles étant que certaines personnes ont répondu à un premier questionnaire puis à un deuxième. Le fait de rentrer dans un programme d'enquête a pu favoriser les effets observés. Néanmoins, le biais était égal dans les deux groupes. Idéalement, nous aurions pu imaginer un troisième groupe qui n'aurait été interrogé qu'en vague 2, et si nous avions observé une différence entre notre groupe contrôle interrogé une seule fois et ce groupe expérimental interrogé deux fois, un effet du protocole ou de la répétition de la mesure aurait alors pu être mesuré.

Pierre ARWIDSON

Cette session 3 était consacrée à la recherche en prévention et en éducation pour la santé. Le premier constat est que la recherche en prévention et en éducation pour la santé est insuffisamment développée en France. Nous contribuons au développement de cette recherche, et durant nos sept années d'existence, nous avons investi sept millions d'Euros et avons subventionné 70 projets. Mais nous ne sommes pas les seuls contributeurs. Le Protocole hospitalier de recherche clinique est un plus gros contributeur que nous, de même que l'ANR, ce qui montre qu'il existe un mouvement global positif à la fois de financeurs qui apportent de l'argent à ces projets, mais encore plus d'équipes qui proposent des projets.

Cette session a été organisée à la demande du conseil scientifique ; sachant que nous en sommes aux 5<sup>ème</sup> Journées de Prévention et qu'il s'agit de la 3<sup>ème</sup> Journée dans laquelle il y a une session recherche. Elle avait pour objectif d'accompagner ce développement de la recherche, de faire connaître les recherches en prévention et en éducation pour la santé, surtout de favoriser les échanges et les rencontres entre les chercheurs et les acteurs de terrain, et dans l'idéal de favoriser la naissance de projets en commun. Les acteurs de terrain viennent nous voir pour nous demander des coordonnées de



chercheurs, des rencontres ont lieu, et nous voyons croître des projets en alliance entre une association d'intervention de terrain et une université, ce qui est un élément positif.

Concernant la recherche et le développement, la description des situations et l'analyse des problèmes nécessitant une approche multidisciplinaire, la France a des atouts. Nous avons des socio-anthropologues, des épidémiologistes, des psychologues, des psychosociologues, et la recherche est tout à fait importante.

La recherche nécessite la génération d'hypothèses explicatives, qui sont généralement faites par cette première catégorie de chercheurs. En revanche, il n'y a pas assez d'alliances entre ceux qui conçoivent les interventions et ceux qui font de la psychologie sociale ou qui vont assez loin dans les modèles.

Concernant l'évaluation des interventions, nous observons un progrès en termes d'investissement des équipes sur ce champ que nous souhaitons aider. La question est de savoir comment disséminer ces innovations, les rendre accessibles aux acteurs de terrain. Nous avons beaucoup de progrès à faire dans ce domaine.

Concernant la recherche en évaluation, le niveau a progressé. La qualité des protocoles augmente d'année en année. Des essais randomisés contrôlés de très grande qualité, qui demandent beaucoup d'énergie et de moyens, nous ont été présentés. Un projet très ambitieux d'intervention en milieu scolaire, par exemple, va se développer sur dix régions en France, et l'intervention elle-même est conçue à chaque niveau. La question étant de savoir s'il faut refaire la même chose à chaque niveau. Une certaine posture dans le domaine de la prévention et promotion de la santé consiste à refuser d'imposer des programmes de haut en bas, et soutient l'idée qu'il faut à chaque fois repartir avec les acteurs présents.

Le développement de cette recherche en France est tout à fait important car souvent, il n'y a pas d'évaluation de programme, et on ne peut absolument pas transposer un programme dans un autre pays car il existe trop de différences en termes d'organisation de la société, de références culturelles. Nous devons faire de la recherche française afin de la disséminer en France.

En ce qui concerne l'évaluation en routine, l'INPES soutient le modèle de catégorisation et l'utilise en interne, mais c'est un peu compliqué. Il y a des modèles de planification, le modèle de CDC etc. L'INPES pourrait avoir une responsabilité dans la mutualisation et la création de modèles.

En termes de perspectives, il faut poursuivre le soutien financier. La recherche prend du temps, les carrières de chercheur sont longues. A court terme, il y aura un volet prévention dans les appels à projets de recherche en santé publique mutualisés sous l'égide de l'IReSP. Il y en aura deux cette année. Les réunions de travail démarrent le 7 avril. Jean-Paul Moati propose de maintenir un appel à projets prévention avec ce titre

car il estime que le champ est trop récent pour faire disparaître le terme prévention sous la grande bannière santé publique, mais ce point reste en discussion.

Comment améliorer la diffusion des innovations, que faire au-delà des articles scientifiques, au-delà de cette session 3 ? Cette question reste ouverte pour la France.

François BECK

A mon sens, la catégorisation des résultats n'est pas un outil d'évaluation car il ne donne pas d'indicateur de résultats ou de processus sur la cohérence. C'est un outil intéressant pour la planification des actions. Si on travaille sur un projet visant uniquement à développer les compétences individuelles ou sociales, ce peut être stigmatisant pour les acteurs qui verront qu'ils ne remplissent pas une grande partie des composantes possibles d'un projet en éducation pour la santé. Ce peut être un peu dangereux pour les acteurs de terrain à petit niveau. Je pense que c'est intéressant au niveau régional, mais pas pour des petits projets locaux.

Pierre ARWIDSON

Je pense que le modèle Proceed de Green est plus adapté, plus simple peut-être.

Anne STOEBNER-DELBARRE

En Languedoc-Roussillon, nous avons essayé de développer la catégorisation. Pour l'instant, nous avons un blocage des acteurs, du fait sans doute d'une mauvaise connaissance et d'un manque de formation, et nous sommes davantage sur les autres modèles qui sont plus proches des mots utilisés. Dans certains milieux, notamment sociaux ou psychosociaux, dès que l'on met des carrés et des boîtes, cela entraîne beaucoup d'anticorps.