

QUELLES POLITIQUES ET
QUELS DISPOSITIFS DE SANTÉ
PUBLIQUE POUR RÉPONDRE
AUX BESOINS DE SANTÉ ?

Chapitre 1

LES PRINCIPES D'INTERVENTION EN SANTÉ PUBLIQUE

INTRODUCTION

On parle couramment de santé publique aujourd'hui ; celle-ci se préoccupe de l'amélioration de la santé de la population dans tous ses aspects : préventif, curatif, social, environnemental... Il s'agit cependant d'une notion relativement récente. Il faut donc chercher à comprendre comment elle s'est construite historiquement. À partir de quelle époque a-t-on parlé de santé publique ? Et la notion même de santé publique, que recouvre-t-elle ? Sur quels principes d'intervention repose t-elle ? Et comment ces principes se sont-ils progressivement imposés ?

1. Approche historique de la santé publique

L'hygiène publique, préoccupation centrale du xx^e siècle, est le courant de pensée qui a forgé les bases de ce qui deviendra par la suite la « santé publique ».

1.1. L'hygiène publique du xix^e siècle

Au xix^e siècle on ne parle pas de *santé publique* mais d'*hygiène publique* : la notion de progrès, fille du siècle des Lumières, implique notamment l'hygiène.

On vise à améliorer les conditions de vie de la population, des classes défavorisées et à lutter contre les comportements dangereux comme l'alcoolisme.

L'un des porteurs de cette conception est Louis René Villermé (1782-1863) qui, après des enquêtes de terrain sur l'état de santé de la population, obtient des changements dans les conditions de travail des enfants et dans le logement des ouvriers.

Les enquêtes menées révèlent en effet des disparités sociales devant la maladie et la mort, conduisant à une réflexion sur les politiques à venir.

On note des tentatives pour améliorer l'état de santé de la population : création d'un corps d'officiers de santé pour vérifier les décès et leurs causes ; organisation des services de vaccination (mais celle-ci reste facultative jusqu'en 1902), et même une médecine « cantonale » gratuite sous le second Empire. Peu à peu un service de protection du premier âge de l'enfance, ainsi qu'un bureau d'hygiène dans certaines communes voient le jour.



Louis Pasteur.

Mais les campagnes restent un peu à l'écart de ce mouvement ; les communes sont en effet responsables de la qualité de l'eau, de la salubrité du réseau des eaux, et ce service est difficile pour les zones rurales.

Les collectivités répugnent à financer les mesures qui leur incombent, par exemple le réseau d'égouts qui éviterait de laisser à la rue cadavres et immondices.

Par comparaison, à la même époque, en Angleterre une administration de santé couvre l'ensemble du territoire pour appliquer la politique du Premier ministre Benjamin Disraëli : « la santé publique est le premier devoir d'un homme d'État ».

Cependant, Louis Pasteur (1822-1895) amène à une réflexion politique en découvrant le rôle des microbes dans les pathologies : c'est la société qui doit se défendre contre la maladie, non le seul individu ; une organisation nationale, puis supranationale est donc nécessaire. La politique de santé publique reçoit ainsi une vraie légitimité.

1.2. De l'hygiénisme à la santé publique

Le xx^e siècle voit la *santé publique* supplanter l'*hygiène publique* du xix^e siècle. Il commence par la **loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique** : instauration de mesures de vaccinations obligatoires, listes de maladies à déclaration obligatoire, règlements sanitaires. L'État se soucie donc de la santé publique : la santé n'est plus seulement individuelle, la société se protège en imposant au besoin des obligations. Néanmoins cette loi présente des limites puisqu'elle ne s'applique pas aux ateliers et aux manufactures. Les services d'inspections seront créés uniquement si le Préfet le juge bon et l'État délègue ses pouvoirs aux maires (contrôle de la salubrité des maisons et des voies privées) qui sont souvent démunis – notamment en matière de personnel – et qui ne souhaitent pas s'opposer à leurs électeurs par des mesures coercitives.



N'ayant pas de ministère, la santé publique a peu de moyens. C'est d'ailleurs la Fondation Rockefeller, venue des États-Unis, qui doit prendre en charge, sur le sol français, la lutte contre la tuberculose (Première Guerre mondiale).

En 1920, le gouvernement comporte pour la première fois un ministère de la Santé, dont la dénomination exacte est « ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale ». Cette création témoigne d'une prise en compte des problèmes de santé publique mis en lumière par la guerre.

Sous son égide, on construit, entre les deux guerres, une politique de santé publique où la prévention a toute sa place : ouverture de dispensaires antivénériens à partir de 1926, vaccination (contre la diphtérie, le tétanos, la tuberculose), surveillance de la santé des enfants avec l'instauration du carnet de santé en 1942, création des centres de lutte contre le cancer qui utilisent la radiothérapie nouvellement découverte.

Après la seconde Guerre mondiale, les progrès de la médecine, les avancées obtenues dans les traitements ainsi que la création de la Sécurité sociale vont donner une autre orientation à la santé publique. Ces avancées font naître des espoirs très forts et on s'oriente vers une politique de soins : en effet, la médecine *curative* et ses succès favorisent la dépréciation de la santé publique : s'il est toujours possible de guérir, inutile de prévenir, pense-t-on. Les logements construits à cette époque, avec tout à l'égout et salle de bain, contribuent eux aussi à reléguer la santé publique loin des préoccupations de l'époque car ils éloignent les épidémies dues aux mauvaises conditions de vie.

Toutefois, à partir de 1980, les crises sanitaires (sida, hépatite C, Creutzfeldt Jacob, amiante...) font progressivement émerger le besoin d'une véritable politique de santé publique, et aboutir à une politique de sécurité sanitaire.

Jusqu'au début du ^{xx}e siècle, la protection contre la maladie reposait sur la prévention. Faute de pouvoir soigner, il fallait éviter la maladie. C'était l'époque des mesures autoritaires de police sanitaire, des quarantaines infligées aux navires suspects, des lazarets où l'on confinait les voyageurs et des villages isolés lorsqu'une épidémie y était suspectée. Au ^{xix}e siècle, les progrès médicaux ont permis de donner une base scientifique à cet hygiénisme. La connaissance des conditions de transmission des maladies a débouché sur les grandes lois de santé publique en Europe : en 1872 en Angleterre, avec le Public Health Act, et en France avec la loi de 1902.

Le système change de nature entre les années 1920 et les années 1940. La terrible grippe espagnole de 1918 impose l'élaboration d'une politique nationale de santé et conduit en France à la création d'un ministère de la Santé. Dans le même temps, les progrès

médicaux se multiplient. Bientôt les antibiotiques arrivent et l'organisation des soins devient une composante aussi importante sinon plus que les mesures hygiénistes de prévention.

L'essor économique de l'après-guerre permet au nouveau système de protection sociale, mis en place à la Libération, de financer hôpitaux et médecins et ainsi à la population de recourir facilement aux soins. Le changement est considérable. La maladie recule. L'espérance de vie connaît un accroissement sans précédent, à tel point que les mesures de santé publique des siècles précédents et la prévention des maladies sont quelque peu délaissées. Lorsque le sida survient au début des années 80, il prend à contre-pied un système qui repose alors presque exclusivement, du moins en France, sur la médecine curative.

Didier TABUTEAU, *Les nouvelles frontières de la santé*, Éditions Jacob-Duvernet, 2006.



Au travers des différentes étapes historiques, expliquez comment se fait la prise en charge de la santé des populations.

2. Principes d'intervention en santé publique

La santé publique se préoccupe de l'amélioration de la santé de la population dans tous ses aspects : préventif, curatif, social, environnemental. Pour cela, elle s'appuie sur différents principes d'intervention. Quels sont-ils ?

2.1. La restauration de la santé

La restauration de la santé constitue un principe d'intervention fondateur de la santé publique. Celle-ci est alors comprise essentiellement comme *curative* : il s'agit d'apporter les soins nécessaires. Mais cette restauration suppose que chacun puisse se faire soigner et qu'il reçoive des soins de qualité. Cela nécessite une offre de soins complète sur tout le territoire et la prise en compte de la sécurité des patients lors de ces soins.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est à cet égard importante. Elle a pour ambition de mettre la santé publique au rang des priorités nationales et le champ de la santé publique est défini comme :

- la lutte contre les épidémies ;
- la prévention des maladies, des traumatismes et incapacités ;
- l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie de la population ;
- l'information, l'éducation à la santé et l'organisation des débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;
- l'identification et la réduction des facteurs de risques liés à l'environnement, aux conditions de travail, de transport, d'alimentation et de consommation de produits et services ;
- la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;
- la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;
- l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et des handicaps ;
- la démographie des professions de santé.

Mais on ne peut se contenter de soigner c'est pourquoi la loi de 2004 met en avant différents principes d'intervention en santé publique : la prévention, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires n'est pas, pour l'essentiel, une loi de santé publique. Cependant son titre III intitulé « Prévention et santé publique » met en avant certaines dispositions destinées à promouvoir les principes d'intervention en santé publique.

Cette loi prévoit notamment l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs ainsi que celle des cigarettes aromatisées. Elle organise également la mise en place de dispositifs pour développer l'éducation thérapeutique des patients.

« Art. L.1161-1.-L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ».

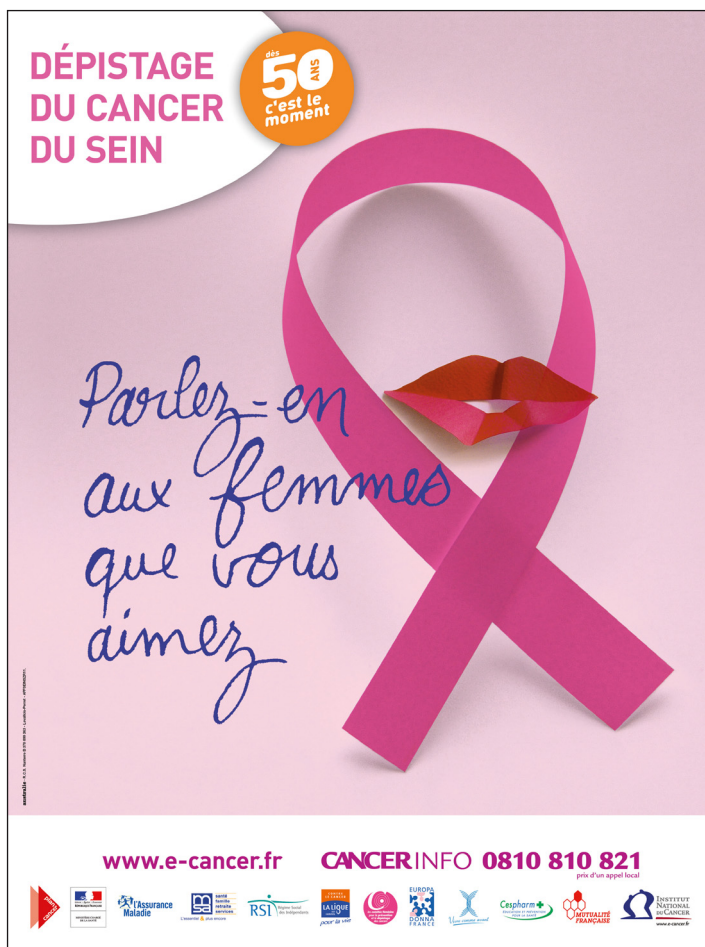
« Art. L.3342-1.-La vente des boissons alcooliques à des mineurs est interdite. L'offre de ces boissons à titre gratuit à des mineurs est également interdite dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics ».



2.2. La prévention

« Prévenir » la maladie, c'est éviter qu'elle n'apparaisse en agissant en amont sur certains facteurs dont on connaît le rôle dans l'apparition des maladies. En 1948, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en propose une définition générale : « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » et en distingue trois niveaux, eu égard à la date de la survenue de la maladie :

- la *prévention primaire* : elle consiste à éviter l'apparition de la maladie en éliminant les causes de sa survenue. Elle désigne ainsi les actions portant sur les facteurs de risques des maladies afin d'agir avant leur survenue.
- la *prévention secondaire* : elle vise à détecter précocement la maladie afin de la soigner plus efficacement. Elle intervient après la survenue de la maladie et se propose d'agir le plus précocement possible afin d'en éviter l'évolution.
- la *prévention tertiaire* : elle vise à réduire les complications et séquelles de la maladie après son apparition.



Actions de prévention	Primaire	Secondaire	Tertiaire
Visites de santé obligatoires dans le cadre de la médecine du travail.			
Mammographie gratuite pour les femmes de plus de 50 ans.			
Interdiction de l'utilisation du téléphone portable en voiture.			
Frottis cervico-utérin pour les femmes de 25 à 65 ans.			
Séances de kinésithérapie pour un ancien accidenté de la route.			
Interdiction de la vente de boissons alcoolisées aux mineurs (Code des débits de boissons).			
Campagne d'information sur l'usage du préservatif.			
Vaccination contre l'hépatite B.			
Séances d'éducation thérapeutique pour des patients diabétiques.			
Mention « Fumer tue » sur les paquets de cigarettes.			



1. Identifiez le niveau de prévention pour chacune des actions proposées.
2. Pouvez-vous proposer d'autres exemples ?

Cette classification à 3 niveaux de la prévention, communément partagée, est liée à une approche biomédicale, c'est-à-dire qui se rapporte à la maladie. Cependant une autre classification peut être proposée selon la population cible de l'action de prévention :

- la *prévention universelle* qui s'adresse à l'ensemble de la population quel que soit son état de santé ;
- la *prévention orientée* destinée à des populations à risque pour limiter la survenue des maladies qui les menacent ;
- la *prévention ciblée* est mise en œuvre à l'intention des malades afin d'améliorer l'efficacité des traitements : les malades sont pris en charge et on les aide à gérer leur traitement dans le cadre de l'éducation thérapeutique.

2.3. Promotion et éducation pour la santé

La promotion et l'éducation pour la santé visent le même objectif : améliorer l'état de santé de la population et éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. Si la promotion de la santé et l'éducation à la santé participent au même objectif, qu'est-ce qui les distingue ? Comment définir ces deux principes d'intervention en santé publique ?

DOCUMENT 2

Notion pivot de la santé publique, la promotion de la santé englobe l'ensemble des interventions et comportements qui peuvent contribuer à « maximiser » l'état de santé de chaque personne. Elle s'adresse aux individus et vise à les informer des bénéfices et risques liés à leur environnement et à leurs comportements au regard de leur santé, à les former à des pratiques sanitaires, ou non, bénéfiques pour leur santé et à les inciter à les mettre en œuvre et à éviter ou réduire les risques sanitaires identifiés. La promotion de la santé

repose donc sur la participation active et éclairée des individus à la recherche de cet inaccessible « état complet de bien-être physique, mental et social » selon la définition proposée par l'OMS. Elle est consacrée par la charte d'Ottawa, adoptée le 21 novembre 1986 qui l'a définie comme un processus ayant pour but « de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ».

La santé publique, PUF, Que sais-je ?, 2011.



Qu'est-ce qui distingue la « prévention » de la « promotion de la santé » ?

La promotion de la santé va au-delà des missions du système de santé et présente un caractère global : elle s'intéresse à l'ensemble des déterminants de la santé et s'inscrit dans des politiques variées comme l'éducation, le sport, les transports, le travail...

L'éducation pour la santé s'inscrit dans une politique de promotion de la santé et la circulaire du 22 octobre 2001 relative à la politique d'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé précise : « elle a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité ».

Il y a là l'expression d'une volonté d'amener les individus, durant toute leur existence, à utiliser pleinement leur potentiel de vie en bonne santé. Elle doit permettre à chacun d'acquérir les connaissances nécessaires pour adapter son comportement et, dans la mesure du possible son environnement, dans le but de préserver ou de renforcer sa santé.

DOCUMENT 3

L'éducation pour la santé peut être générale ou ciblée sur les populations les plus exposées aux risques qu'elle cherche à réduire. Elle peut être assurée dans un cadre général – école, clubs sportifs, associations... –, ou être dispensée par les acteurs du système de santé. Les dispositifs d'éducation pour la santé font appel aux outils de la formation comme de la communication. Des actions de masse sont développées pour sensibiliser toutes les catégories de la population par la diffusion de messages écrits ou audiovisuels. Des actions de groupes sont également organisées pour atteindre des populations plus ciblées, en fonction de l'âge, de la profession, du sexe ou de l'environnement socioculturel. Une éducation individuelle peut être assurée par exemple lors d'une consultation, d'un examen ou de l'acquisition d'un produit de santé. Les

supports de l'éducation pour la santé sont nombreux. Des brochures et livrets sont distribués ou mis à la disposition du public. Des affiches et spots radiodiffusés ou télévisés accompagnent les actions de masse. Des émissions médicales ou généralistes permettent également de sensibiliser le public par la radio ou la télévision. La diffusion par Internet et le développement de sites spécialisés peuvent également contribuer efficacement à l'éducation pour la santé. Il reste que les dispositifs plus personnalisés (séances de groupe, entretiens individuels, consultations médicales, services d'information ou d'écoutes téléphoniques...) sont indispensables pour assurer une formation et diffuser une information adaptées aux spécificités, aux attentes et aux inquiétudes, des personnes concernées.

La santé publique, PUF, Que sais-je ?, 2011.



1. À qui s'adresse l'éducation pour la santé ? Par qui est-elle mise en œuvre ? Sur quels dispositifs repose l'éducation pour la santé ? Et sur quels outils ?

2. À partir de vos connaissances, trouvez des exemples de programmes d'éducation pour la santé.

L'éducation pour la santé repose sur la mise en œuvre coordonnée d'actions de natures différentes : campagnes de communication en direction de toute la population ou d'une catégorie de population, actions éducatives auprès d'un public cible... et elle utilise l'ensemble des moyens de communication existants.

L'éducation pour la santé, en tant que principe d'intervention en santé publique, participe à la prévention et à la promotion de la santé.

2.4. Veille et sécurité sanitaire

La prévention, la promotion et l'éducation pour la santé constituent des principes d'intervention de la politique de santé publique de la France. Mais notre pays a connu une succession de crises sanitaires qui ont marqué l'opinion et conduit les pouvoirs publics à s'appuyer sur d'autres principes d'intervention : la veille et la sécurité sanitaire.

DOCUMENT 4



L'attention portée aux menaces contre la santé a évolué au cours des derniers siècles avec les progrès de la connaissance et la sécurisation progressive des sociétés développées. Les catastrophes sanitaires redoutées sont de moins en moins perçues comme des fléaux naturels (les épidémies de peste ou de choléra des siècles précédents) et de plus en plus comme des événements que

nous pouvons – devons – maîtriser pour en réduire les conséquences sanitaires. Les récentes menaces d'épidémie de SRAS ou de grippe illustrent les attentes de ces sociétés en matière de protection de la santé publique. Cette rupture dans la perception des risques sanitaires a été particulièrement rapide et profonde en France en raison des drames de santé publique (sang contaminé, hormone de croissance...) qu'a connus notre pays à la fin du xx^e siècle. À la suite de ces événements, la notion de sécurité sanitaire a été dégagée et développée. L'expression « sécurité sanitaire » a été forgée en 1992 à l'occasion du débat parlementaire sur la réforme de la transfusion sanguine en France qui visait à tirer les conséquences du scandale du sang contaminé. Initialement la sécurité sanitaire a été définie comme la sécurité des personnes contre les risques liés au fonctionnement du système de santé, c'est-à-dire les risques liés aux activités de soins, de prévention ou d'investigation.

Les crises de la vache folle et de l'amiante ont, quelques années plus tard, donné une portée nouvelle à la notion de sécurité sanitaire. Le concept a alors englobé l'ensemble des actions visant à endiguer les risques induits par le fonctionnement de la société, qu'ils soient alimentaires, environnementaux ou médicaux.

La santé publique, PUF,
Que sais-je ?, 2011.



1. Quelles sont les raisons qui ont fait émerger la notion de « sécurité sanitaire » ?
2. Relevez les définitions de la « sécurité sanitaire ». Quels commentaires pouvez-vous faire ?

Depuis la seconde moitié du xx^e siècle, plusieurs « affaires » relatives à la sécurité sanitaire ont souligné les failles de notre système de santé publique. La notion de sécurité sanitaire a été alors forgée en 1992 à l'occasion de la réforme de la transfusion sanguine et s'est rapidement imposée comme l'un des axes d'une politique de santé publique. Par conséquent, la notion de sécurité sanitaire a été introduite dans le Code de la santé publique (CSP) : en vertu de l'article L.1110-1 du CSP, les acteurs

du système de santé « contribuent avec les usagers à garantir l'égal accès aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire ».

La sécurité sanitaire correspond ainsi au dispositif de contrôle des risques qui peuvent altérer l'état de santé individuel ou collectif. **La veille sanitaire** fait partie de ce dispositif de contrôle. Elle se définit comme l'ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un événement inhabituel ou anormal pouvant présenter un risque pour la santé humaine dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce.

CONCLUSION

La santé publique s'est construite en dépassant la notion d'hygiénisme du XIX^e siècle. Elle se fonde sur différents principes d'intervention qui se sont imposés au fil du temps en fonction des besoins de la population et des crises sanitaires rencontrées. Il ne faut pas perdre de vue que ces principes d'intervention ne sont pas indépendants les uns des autres, ils sont complémentaires et permettent d'améliorer la santé d'une population.

ACTIVITÉS • PÔLE THÉMATIQUE N° 1 (1)

La place de la prévention dans la lutte contre les cancers

ACTIVITÉ 1

- À travers l'analyse des données chiffrées, montrez que le cancer constitue un problème de santé publique.

Objectifs

- Analyser la place du cancer dans la mortalité française.
- Justifier la place de la prévention dans la lutte contre le cancer.

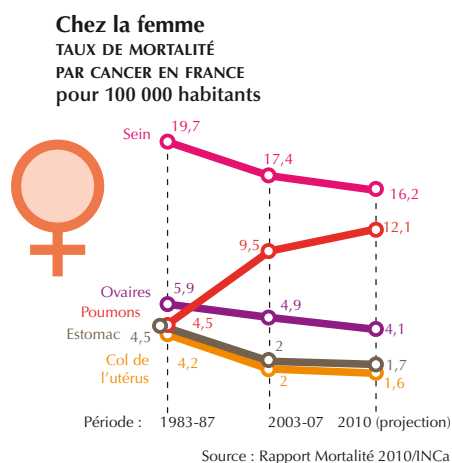
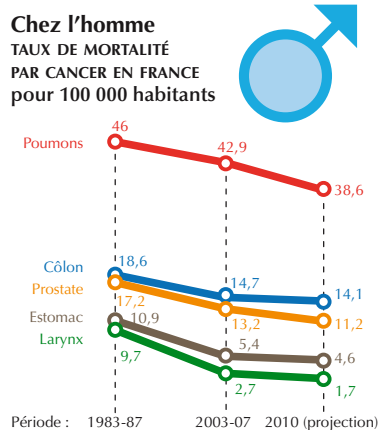


Causes médicales de décès par sexe

	1990			2000			2010		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Maladies infectieuses et parasitaires	5 729	3 869	9 598	5 388	5 149	10 537	5 288	5 430	10 718
Tumeurs	85 851	55 445	141 296	89 624	59 779	149 403	92 482	66 366	158 848
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	5 001	8 252	13 253	7 853	11 104	18 957	8 277	10 987	19 264
Troubles mentaux et du comportement	5 475	7 421	12 896	6 996	10 309	17 305	7 841	10 088	17 929
Maladies du système nerveux et des organes des sens	5 407	5 865	11 272	8 741	11 306	20 047	12 635	19 575	32 210
Maladie de l'appareil circulatoire dont : cardiopathies	78 818	94 911	173 729	74 775	86 555	161 330	66 223	76 233	142 456
maladies cérébrovasculaires	26 470	22 491	48 961	25 147	19 921	45 068	20 291	15 033	35 324
Maladies de l'appareil respiratoire	19 653	28 754	48 407	15 888	22 420	38 308	13 192	18 447	31 639
Maladies de l'appareil digestif	19 751	18 249	38 000	18 283	17 330	35 613	17 133	14 794	31 927
Maladies de l'appareil génito-urinaire	14 430	12 568	26 998	12 549	11 102	23 651	12 604	10 774	23 378
Autres maladies	3 592	3 558	7 150	3 644	3 606	7 250	4 721	5 037	9 758
Autres maladies	18 294	23 443	41 737	18 469	25 285	43 754	25 004	30 176	55 180
Causes externes	28 607	19 033	47 640	24 390	16 526	40 916	22 392	15 023	37 415
dont suicides	8 145	3 209	11 354	7 947	2 859	10 806	7 606	2 728	10 334
Total	270 955	252 614	523 569	270 712	258 051	528 763	274 600	264 483	539 083

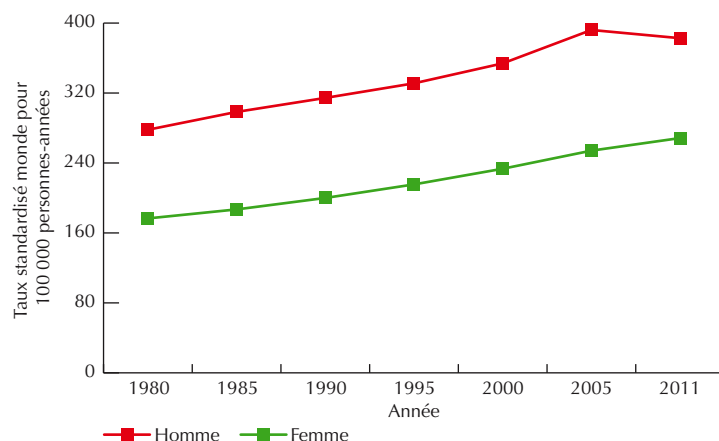
Champ : Décès domiciliés, France métropolitaine.

Source : Inserm, CépiDC.



Source : Rapport Mortalité 2010/INCa

Évolution de l'incidence (taux standardisé monde estimé) des cancers de 1980 à 2005 selon le sexe. Projection pour l'année 2011



Source : période 1980 à 1985 (Belot A, 2008) ; période 1990 à 2011 (HCL/InVs/INCa/Francim/Inserm, 2011). Traitement : INCa 2011

Incidence et mortalité estimées des cancers en France métropolitaine en 2011

Localisations	Incidence			Mortalité		
	Effectif*	Contribution à l'ensemble des cancers	Rang	Effectif	Contribution à l'ensemble des cancers	Rang
Prostate	71 000	19,4	1	8 700	5,9	4
Sein	53 000	14,6	2	11 500	7,8	3
Côlon-rectum	40 500	11,1	3	17 500	11,9	2
Poumon	39 500	10,8	4	29 100	19,7	1
Lèvre, cavité orale, pharynx	10 700	2,9	8	3 270	2,2	11
Lymphome malin non hodgkinien	11 700	3,2	5	3 670	2,5	8
Vessie	10 980	3,0	7	4 670	3,2	5
Rein	11 080	3,0	6	3 840	2,6	7
Pancréas	9 040	2,5	10	Nd	-	-
Thyroïde	6 600	1,8	13	370	0,3	20
Mélanome de la peau	9 780	2,7	9	1 620	1,1	16
Foie	8 230	2,3	11	Nd	-	-
Corps de l'utérus	6 800	1,9	12	2 080	1,4	15
Estomac	6 440	1,8	14	4 430	3,0	6
Myélome multiple et maladie immunoproliférative	5 930	1,6	15	3 050	2,1	14
Système nerveux central	4 770	1,3	16	3 390	2,3	10
Ovaire	4 620	1,3	17	3 150	2,1	13
Œsophage	4 280	1,2	18	3 440	2,3	9
Leucémie aiguë	3 780	1,0	20	3 220	2,2	12
Leucémie lymphoïde chronique	3 790	1,0	19	1 060	0,7	17
Larynx	3 230	0,9	21	960	0,7	19
Col de l'utérus	2 810	0,8	22	1 000	0,7	18
Testicule	2 320	0,6	23	90	0,1	22
Maladie de Hodgkin	1 840	0,5	24	290	0,2	21
Tous cancers	365 500	100,0	-	147 500	100,0	-

*Effectif total non arrondi

Source : Francim/hospices civils de Lyon/INCa/Inserm/Invs 2011
Traitement : INCa

Nombre annuel moyen de décès entre 2003 et 2007 et contribution (%) à l'ensemble des décès par cancer avant 65 ans, de 65 à 84 ans et après 84 ans selon le sexe

	0-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans +	Total décès par cancer
Homme	27 200	23 400	27 400	10 200	88 200
Femme	15 500	12 300	19 300	12 500	59 600
Total décès par classe d'âge	42 700	35 700	46 700	22 700	147 800
Part sur l'ensemble des décès	29%	24%	32%	15%	100%

www.e-cancer.fr

ACTIVITÉ 2

1. Montrez le lien entre facteurs de risque et apparition de cancers.
2. Définissez les différents niveaux de prévention et relevez les mesures mises en œuvre en matière de prévention.
3. À partir de vos connaissances, pouvez-vous proposer d'autres mesures de prévention ?

DOCUMENT 1

La prévention, matière primaire

Pourquoi ces disparités ? Quels sont les principaux facteurs de risques auxquels sont exposés les hommes et les femmes ? Quelle politique de prévention peut en découler ?

D'abord, il y a les comportements qui constituent ce que l'on pourrait appeler les causes primaires à l'apparition d'un cancer. Le tabac, sujet à de régulières hausses de taxes et à une législation toujours plus féroce, constitue toujours le principal facteur de risque évitable de cancers en France et dans le monde (6 millions de morts chaque année selon l'OMS). 80% des cancers du poumon sont imputables au tabac, qui est également un risque accru pour d'autres cancers (vessie, reins, pancréas, cavité buccale).

Autre facteur de risque, l'alcool. Désormais reconnues comme cancérigènes pour l'homme, les boissons alcoolisées ont un lien avéré avec le développement de cancers de la bouche, du larynx, du pharynx, de l'œsophage, du côlon-rectum et du sein. Ce risque existe quel que soit le type de boissons consommées et de manière linéaire avec la dose apportée. Dans ce cadre, la stratégie mondiale pour réduire l'usage nocif de l'alcool préconise un éventail de mesures d'efficacité avérée : mesures fiscales, mesures visant à réduire l'offre d'alcool en diminuant le nombre de points de vente, augmentation des limites d'âge légal...

Quant à l'alimentation et à l'activité physique, ce sont à la fois des facteurs de risque et des facteurs protecteurs. La consommation de viandes rouges et de charcuterie, la consommation de sel et d'aliments salés, le manque d'activité physique sont reconnus comme des comportements délétères, pouvant favoriser le développement de cancers de l'œsophage, du pancréas, du côlon-rectum mais aussi du rein et de la vésicule biliaire. En revanche, l'allaitement, la consommation de fruits et légumes, ont des effets bénéfiques, et contrent les cancers de la bouche, du pharynx et larynx, de l'œsophage et même du sein. Les grands axes d'action définis dans le cadre du Plan national nutrition santé (PNNS) sont donc la réduction des inégalités de santé, le développement de l'activité physique et la diminution de la dénutrition.

Mais les causes dites primaires ne suffiront pas à enrayer l'augmentation de la prévalence du cancer. Agir sur l'environnement devient de plus en plus nécessaire. Même en l'absence de logique dose/effet, les expositions biologiques, physiques et chimiques suscitent de nouvelles inquiétudes, de plus en plus étudiées par l'OMS et la communauté européenne. [...] Pesticides, nucléaire, mauvaise qualité de l'air et de l'eau : gageons que ces enjeux, très sociétaux et politiques, vont devenir de plus en plus importants au sein de la lutte contre le cancer.

Enfin les expositions professionnelles et les scandales qui leur ont été liés, ont souvent permis d'établir les cadres de la recherche sur les cancérigènes. L'incidence des cancers d'origine professionnelle est estimée entre 11 000 et 23 000 nouveaux cas par an, soit une reconnaissance à seulement 10 % de la réalité selon l'INSERM. Le nombre d'indemnités par la Caisse d'assurance maladie est en hausse, ce qui est essentiellement dû à un meilleur repérage. Le sujet est ample : 13,5 % des salariés auraient été exposés à un ou plusieurs facteurs cancérigènes au cours de leur activité professionnelle. Mais ces données sont certainement incomplètes, à cause d'une traçabilité compliquée des expositions et des longs taux de latence entre exposition et survenue de cancer. Là encore, les inégalités sociales viennent se superposer : 70 % des salariés exposés sont des ouvriers.

Face à ces inégalités de santé, la prévention secondaire tente de prendre ses marques et s'adresse à une population a priori bien portante. En effet, un diagnostic précoce permet une meilleure prise en charge. [...] Ce dernier (le dépistage) a pour objectif de mettre en évidence la présence d'un cancer en absence de signe clinique. Par rapport à l'histoire naturelle du cancer, il intervient en amont de la détection précoce et relève d'un test ciblé. Les mammographies pour le cancer du sein et les dépistages du cancer colorectal par l'analyse des selles sont les politiques de dépistage les plus connues. Un dépistage opportuniste peut également être réalisé à l'initiative des professionnels de santé en fonction des risques individuels.

Enfin, après un cancer, il faut accompagner le patient dans l'amélioration de sa qualité de vie : c'est la prévention tertiaire. Elle est déjà efficace, dans une certaine mesure, puisque deux fumeurs sur trois arrêteraient la cigarette après le diagnostic du cancer. C'est de toute façon nécessaire : le maintien de comportements à risques peut perturber la réponse au traitement, augmenter le risque de décès par la survenue d'autres événements cancérogènes (récidives, second cancer) ou révéler d'autres pathologies cardio-vasculaires. Par ailleurs, une étude américaine du National Cancer Institut soulignait qu'après diagnostic d'un premier cancer, le risque de

développer un second cancer primaire (c'est-à-dire une tumeur autre que récurrence locale ou métastase) est légèrement plus important que le risque global de cancer dans la population générale. Les anciens malades sont donc particulièrement exposés.

Briser le cercle sans fin d'une prévention qui ne touche pas les plus exposés, la réduction des inégalités de santé, une meilleure synergie entre les praticiens : les enjeux dont doit se saisir la lutte contre le cancer demeurent multiples et nécessiteront une mobilisation de longue haleine.

Revue Contact santé, n°235, automne 2012.

DOCUMENT 2

Le sport est utile en termes de prévention du cancer, mais aussi en cours de traitement. Une note de l'Institut national du cancer (INCa), publiée le 14 février, dresse l'état des connaissances actuelles. Elle indique que l'activité physique est associée à une diminution de 25 % à 30 % de survenue des cancers du sein (surtout après la ménopause), du cancer du côlon et de l'endomètre. Des publications mentionnent l'effet protecteur de l'activité physique pour d'autres cancers (poumon, pancréas, prostate, ovaire), mais « les données sont encore insuffisantes pour en tirer des conclusions », précise l'INCa. [...] Le bénéfice de l'activité physique après le diagnostic du cancer est démontré par de nombreuses études en termes de survie et d'amélioration de la qualité de vie, avec une réduction du risque de mortalité et de récurrence. « La pratique d'une activité modérée trois heures par semaine ou d'une activité intense de trois fois vingt minutes par semaine diminue de 30 % le risque de mortalité prématurée », souligne le docteur Thierry Bouillet. « Les études montrent un « effet dose » : plus on fait de sport, mieux c'est.

Souvent, les personnes qui pratiquent une activité sportive ont une alimentation plus saine, fument moins, etc. Ce sont autant de facteurs protecteurs contre la maladie », explique le professeur Martine Duclos, chef du service médecine du sport au CHU de Clermont-Ferrand. « Pendant longtemps, on a dit au patient, « reposez-vous » ; or, le fait de pratiquer une activité physique permet de lutter contre la fatigue », constate le professeur Michel Pavic, de l'hôpital d'instruction des armées Desgenettes à Lyon. Un symptôme qui affecte environ 80 % des patients tout au long de la maladie. Au-delà des effets prouvés sur la maladie, « la pratique d'un sport amoindrit les symptômes dépressifs, améliore l'image corporelle, permet d'avoir accès, dans la panoplie des traitements, à quelque chose de plaisant, cela peut aussi être rassurant pour les proches en renvoyant une image de normalité », souligne Sarah Dauchy, psycho-oncologue à l'Institut Gustave-Roussy de Villejuif (Val-de-Marne).

Le Monde, mardi 21 février 2012.

DOCUMENT 3

Les Espaces ressources Cancers (ERC) sont des lieux d'accueil, d'information et d'orientation, mais aussi d'accompagnement des personnes touchées par le cancer et leurs proches. Ils proposent des activités individuelles ou collectives entièrement gratuites, dans un but de bien-être et de resocialisation. Situés en ville, les ERC sont des espaces

intermédiaires entre le traitement et le retour à la vie sociale. Il s'agit d'un dispositif unique en France, initié par le conseil régional et cofinancé par l'État et le conseil régional.

Les petits dossiers de l'observatoire régional de la santé Nord-Pas-de-Calais, n°23, 2012.

ACTIVITÉS • PÔLE THÉMATIQUE N° 1 (2)

La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

Objectifs

- Analyser des principes d'intervention en santé publique.
- Comprendre l'intérêt de ces principes dans le cadre du « bien vieillir ».



ACTIVITÉ 1

1. Expliquez pourquoi l'approche préventive de la perte d'autonomie des personnes âgées est de plus en plus privilégiée par les pouvoirs publics.
2. Présentez les différents axes de la prévention de la perte d'autonomie.

DOCUMENT 1

Alors que l'espérance de vie des Français s'accroît chaque année, un autre indicateur, l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans limitations d'activité ou sans incapacités majeures, augmente aussi de façon régulière. En 2008, celle-ci s'élevait à 62,4 ans chez les hommes (pour 77,5 ans d'espérance de vie globale) et 64,2 ans chez les femmes (pour 84,3 ans d'espérance de vie globale : source Eurostat 2010). Cela laisse ainsi une période théorique de 15,1 ans pour les hommes et 20,1 ans pour les femmes pendant laquelle le risque de dépendance est statistiquement plus élevé.

Ces résultats sont comparables à ceux des pays voisins. Ils sont toutefois inférieurs à ceux des pays du nord de l'Europe dans lesquels la « culture de la prévention » est solidement ancrée. Des mesures de prévention ont par exemple été mises en place depuis plusieurs années notamment sur les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé et la définition de « priorités stratégiques de prévention

en santé » dans les années 1980. Ainsi, en 2008, en Suède par exemple, l'espérance de vie en bonne santé était de 69,2 ans pour les hommes, soit 6,8 années de plus qu'en France (pour 79,2 ans d'espérance de vie globale) et 68,7 ans pour les femmes soit 4,5 années supplémentaires par rapport aux Françaises (pour 83,3 ans d'espérance de vie globale). La période de risque accru de dépendance est ainsi respectivement de 10 ans pour les hommes et de 14,6 ans pour les femmes, soit 5 ans de moins qu'en France. La compression de cette période associée à la prévention de la perte d'autonomie à ce moment de la vie constituent un des enjeux majeurs des politiques de santé publique dans nos sociétés vieillissantes. Les exemples danois, néerlandais ou suédois montrent que d'importants progrès sont possibles en France.

Mission au profit du Président de la République relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées, Rapport présenté par Monsieur Trillard, sénateur de Loire Atlantique, 13 juillet 2011.



« Lors du débat national sur la dépendance, nous avons beaucoup milité dans les groupes de travail, aux côtés de la Mutualité sociale agricole (MSA) et du Régime social des indépendants (RSI), pour faire entendre qu'il y avait un enjeu de société majeur à promouvoir le bien vieillir et à retarder la perte d'autonomie », se souvient le directeur national de l'action sociale à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), Albert Lautman.

Si le débat sur la dépendance s'est soldé par un échec, la réforme attendue ayant été reportée *sine die* dans l'attente d'horizons budgétaires plus favorables, l'approche préventive elle, semble faire son chemin. Le 10 novembre 2011, la secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités reconnaissait ainsi que l'approche politique était jusqu'alors restée trop centrée sur « la réponse à la dépendance ». Elle appelait à favoriser désormais « une véritable culture de la prévention de la perte d'autonomie. »

En France, une immense partie des personnes âgées vit en bonne santé. Selon l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance réalisée par la DREES en 2002, seulement 7% de la population française des plus de 60 ans perçoit l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et c'est surtout au-delà de 90 ans que la perte d'autonomie se renforce nettement, avec un taux de dépendance évalué à 42%. « Il s'agit donc de penser un nouveau parcours de vie, le grand âge sans incapacité majeure, pour donner de la vie au temps et pas seulement du temps à la vie », traduit le directeur de l'action sanitaire et sociale et des services aux personnes à la caisse de la MSA. Et de mettre en œuvre durant ces années de vie en bonne santé des politiques de prévention et de réduction des risques, tant pour le mieux-être des populations que pour des raisons financières, la prise en charge de la dépendance coûtant très cher.

Le rapport du sénateur André Trillard sur « la prévention de la dépendance des personnes âgées »

le souligne : l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité augmentent chaque année, du fait des évolutions médicales et sociales. Il n'en reste pas moins possible d'agir sur les comportements. Cela se joue à tous les âges, et particulièrement entre 50 et 70 ans, dans ce temps de basculement vers la retraite, où il faut continuer une activité physique ou renouer avec, modifier son alimentation, arrêter de fumer. Par la suite, l'addition sera moins lourde. L'hygiène de vie a, en effet, un rôle crucial pour limiter la survenue de pathologies et facteurs de risques susceptibles de conduire à la dépendance – mais aussi pour mieux vivre dans son corps et dans sa tête. D'où l'intérêt d'actions d'éducation à la santé comme celles proposées par les caisses de retraite. À la MSA, par exemple, les « ateliers du bien vieillir » se déclinent autour de sept thématiques (bien vieillir, nutrition-activité physique, risque osseux, sommeil, etc.), qui peuvent se poursuivre par des ateliers plus approfondis. Par-delà la seule sensibilisation, toutes les activités permettant d'entretenir le corps et les capacités cognitives doivent être favorisées. [...]

La lutte contre l'isolement et la désinsertion sociale constitue un second axe essentiel de prévention. Le principal facteur de dynamisme cognitif reste, en effet, le fait de rencontrer des gens, d'avoir des conversations, pour éviter un repli dont le risque pointe lors du passage à la retraite et s'accroît avec l'avancée en âge. D'où l'importance des associations de retraités et de l'offre des centres communaux d'action sociale (CCAS) en direction des seniors, qu'il s'agisse d'activités sportives ou culturelles, d'ateliers mémoire ou de vacances.

Au-delà de leur contenu, ces activités sont plébiscitées pour leur vie sociale qu'elles permettent de conserver. Pour briser l'isolement, il faut parfois aller au-devant des publics. Ici ou là, des bénévoles ou des professionnels interviennent ainsi au domicile des personnes âgées pour les aider à retrouver des temps d'échange. Le CCAS d'Auch a créé en avril 2005 le dispositif Interlude dans cet esprit : une équipe mobile de prévention destinée aux 60 ans et plus en perte d'autonomie, confinés chez eux ou isolés, avec peu ou pas de famille, souffrant d'un moral en berne, voire pour certains d'un « syndrome de glissement » (envie de rien et tendance à se laisser mourir). [...]

Prévenir suppose aussi d'accompagner les moments sensibles, tel le retour d'hospitalisation où la dépendance risque de s'installer. [...] Plus généralement, une vie autonome au domicile est difficile lorsque le logement n'est pas adapté.

À côté de situations sans solution, d'autres peuvent s'accommoder d'aménagements plus ou moins coûteux (installation d'antidérapants, d'un rehausseur de lit ou de canapé, d'un monte-escalier électrique, etc.) pour rendre la vie possible et éviter les chutes, qui sont la première cause d'entrée en maison de retraite. [...]

En somme, c'est tout l'environnement de la personne âgée qui doit être pensé si l'on veut rendre effective une stratégie de prévention digne de ce nom. Le label « ville amie des aînés » créé en 2005

par l'Organisation mondiale de la santé, permet de favoriser cette réflexion globale sur l'adaptation des villes. On l'obtient par la mise en place de panels regroupant des retraités actifs, des personnes âgées plus en fragilité, leur entourage et des services de la ville, pour s'interroger sur la vie dans la ville (accès aux transports, aux bâtiments, aux services, à l'emploi, à la participation citoyenne...) et dégager des actions qui seront portées par eux.

Travail social actualités,
Tsa, n°33, juin 2012.

ACTIVITÉ 2

1. Relevez les insuffisances de la politique de prévention.
2. Montrez en quoi la promotion de la santé peut favoriser le « bien vieillir » des personnes âgées.

DOCUMENT 1



Sans remettre en cause l'intérêt de l'éducation à la santé, la présidente de la fédération nationale des associations de personnes âgées et de leurs familles, Joëlle Le Gall, reste dubitative quant à leur pertinence. « Manger cinq fruits et légumes par jour, c'est souvent de l'utopie avec les retraites actuelles. De même, la prévention bucco-dentaire et visuelle est essentielle, mais le faible remboursement des lunettes et des soins dentaires par la Sécurité sociale rend vaine cette injonction. Il faut donner aux personnes les moyens de les suivre ! », estime-t-elle. En outre une prévention efficace suppose de parvenir à toucher les personnes qui en ont le plus besoin, or souvent, ces dernières ne demandent rien. Conscientes du problème, les caisses de retraite sont en train de s'organiser pour proposer des actions communes et mieux mailler le territoire. [...]

La coordination manque par ailleurs à tous les échelons politiques. Pour y remédier, les ministères

sociaux, le ministère du Développement durable et celui des Sports ont installé un « Comité national de coordination de la prévention de la perte d'autonomie ». Mais il manque une instance régionale pour échanger avec les agences régionales de santé (ARS) et les conseils généraux et pour coordonner les financements entre ARS et caisses de retraite. Le travail conjoint entre CCAS et conseils généraux sur la question de la prévention reste lui aussi rare. Mais par delà cette indispensable coordination, la culture de la prévention à tous les niveaux reste à développer. Didier Sapy, directeur de la fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées le rappelle : « Les personnes âgées fragiles sont d'abord à domicile. Or les volumes d'heures très serrés des plans d'aide APA et le niveau de tarification très insuffisant des services à domicile ne permettent pas à ces derniers de mettre en œuvre une vraie politique de prévention et d'accompagnement des personnes âgées. »

Les établissements pour personnes âgées souffrent des mêmes limitations. « Dans une maison de retraite, il est très rare de disposer de personnel infirmier de nuit, alors que sa présence pourrait éviter des situations d'hospitalisation », poursuit-il. Plus encore, l'entrée en institution précipite souvent la perte d'autonomie. « Faute de personnel pour la faire marcher régulièrement, la personne âgée se retrouve en fauteuil. On n'est donc pas dans le maintien de l'autonomie » indique J. Le Gall.

Travail social actualités,
Tsa, n°33, juin 2012.

Les actions de prévention destinées à assurer le bien-être physique et psychique à un âge avancé se multiplient dans la population des personnes âgées. [...] L'accroissement de l'espérance de vie au cours de la décennie des années 1980 s'est accompagné d'une augmentation du temps vécu sans incapacité pour les hommes comme pour les femmes. Permettre à la majorité d'entre nous de vivre longtemps et en bonne santé est donc devenu un objectif majeur de santé publique dans notre pays.

Mais ces progrès ne doivent pas masquer d'importantes disparités : ainsi, par exemple, les cadres vivent dix années de plus, indemnes d'incapacités, que les ouvriers. Ces inégalités sont retrouvées à tous les niveaux (groupes socio-économiques, genre, zones géographiques). Elles persistent malgré la multiplication des mesures préventives. Elles ont, d'une façon générale, tendance à s'accroître. Des comportements de prévention différents selon les groupes populationnels et les générations, un accès aux dispositifs de prévention plus ou moins aisé selon le statut social, mais aussi des différences dans la façon de hiérarchiser les priorités de vie expliquent probablement les résultats paradoxaux de la prévention. [...]

En fait, il y a deux façons d'envisager la santé au cours de l'avance en âge : soit en focalisant l'attention sur les déclin et pertes fonctionnelles qui peuvent accompagner la sénescence et qu'il faut prévenir, soit en mettant l'accent sur les ressources et les potentialités, toujours présentes chez une personne, à promouvoir pour maintenir une autonomie et une qualité de vie satisfaisante. Bien

évidemment, ces deux approches sont complémentaires. Le danger est de privilégier l'une aux dépens de l'autre, de privilégier la perspective individuelle au détriment de la perspective collective. Ainsi, une activité de travail respectant le fonctionnement humain, un logement adapté à ses capacités, des revenus suffisants, l'accès à des services publics de proximité et une intégration sociale dans son milieu de vie sont aussi, sinon plus que les mesures préventives médicales et individuelles, des conditions essentielles d'un vieillissement en bonne santé. Depuis peu en France, une nouvelle approche se développe, celle de la promotion de la santé. La santé n'est plus conçue comme un capital à préserver, à restaurer, mais comme des potentialités, des ressources en perpétuelle construction. Promouvoir la santé des personnes âgées consiste à accroître le bien-être personnel en développant les facteurs de robustesse (physiques et psychologiques) et les conditions sociales favorables à la santé. Il s'agit de donner aux personnes âgées les moyens d'exercer un meilleur contrôle de leur santé en s'appuyant sur leurs ressources. C'est tout l'enjeu de la promotion de la santé, activité particulièrement développée au Canada. En France, malheureusement, le terme est souvent détourné de son sens premier et signifie le plus fréquemment accroître ses capacités physiques (pratiquer des activités physiques et manger mieux). La promotion de la santé des personnes âgées reste donc un vaste programme.

La santé de l'homme, n°401, mai-juin 2009.

ACTIVITÉS • PÔLE MÉTHODOLOGIQUE N° 1 (1)

Les projets dans le secteur sanitaire et social

Objectifs

- Identifier les éléments de composition d'un projet.
- Repérer les différents types de projet.
- Définir la notion de projet.
- Identifier la place du projet dans le secteur sanitaire et social.
- Repérer les différentes étapes de la démarche de projet.

ACTIVITÉ 1

1. Décrivez les projets proposés dans les documents 1, 2 et 3. Pour cela, reproduisez le tableau ci-dessous en format paysage et complétez-le.
2. Pouvez-vous en déduire les éléments de composition des projets ?

Où ?	Quelle est la structure/organisation concernée ?			
Quoi ?	Quel est l'intitulé du projet ? Quel est son objet ?			
Pourquoi ?	Quelles sont les raisons du projet ? Quels besoins ou quels problèmes ont fait naître le projet ? Quels contextes ?			
Pour quoi ?	Quels sont les objectifs visés ?			
Qui ?	Qui pilote le projet ? Quels sont les acteurs du projet ?			
Pour qui ?	Quels sont les bénéficiaires du projet ?			
Comment ?	Quelles actions ont été réalisées ? Avec quels moyens (humains, matériels, financiers) ?			
Avec qui ?	Quels sont les partenaires du projet ?			
Combien ?	Quel financement ?			
Quand ?	Sur quelle période s'est déroulé le projet ? Quelle durée : de sa conception à son évaluation ?			
Pour quels résultats ?	Quels sont les résultats obtenus ? Quel bilan ? Quelle évaluation ?			

DOCUMENT 1

Le CHU de Nîmes a mis au point un modèle de chemise préservant la pudeur des patients

Depuis septembre, le centre hospitalier universitaire (CHU) de Nîmes teste auprès de ses patients une nouvelle chemise. Allongée de quinze centimètres, plus épaisse, avec une fermeture croisée

dans le dos, un col en V et des manches papillon munies de boutons pression pour les fermer, elle « préserve le confort et l'intimité du patient, tout en restant compatible avec les soins » selon

Marie-Claude Gasté, directrice coordonnatrice générale des soins.

Depuis fin juillet, une pétition nationale contre les blouses classiques utilisées dans la plupart des services hospitaliers, circule sur Internet, recueillant à ce jour plus de 13 000 signatures. Mais c'est dès 2006 qu'une enquête Saphora a donné l'alerte : les patients se plaignent du manque d'intimité, en particulier à cause des blouses. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du CHU a alors constitué un groupe de travail, composé de cadres de santé et de personnels soignants, afin de mener une enquête interne. « Il en est ressorti que les chemises laissaient voir la nudité, notamment à cause du boutonnage au milieu du dos. En outre, elles étaient inconfortables » se souvient Marie-Claude Gasté.

Restait à inventer un modèle, selon un cahier des charges très précis, conciliant les contraintes médicales et le besoin de protéger les corps des regards. Ainsi les manches sont désormais très larges pour laisser passer la perfusion. Les patients peuvent néanmoins en limiter l'ouverture, grâce à une pression située au milieu. Le nouveau modèle a été décliné pour les patients obèses et les enfants.



Lors du renouvellement du marché du textile cette année, le CHU de Nîmes a commandé 7000 chemises, afin de les évaluer dans les services jusqu'en décembre. Il se réserve la possibilité d'apporter encore des améliorations. Dès 2013, le stock sera entièrement renouvelé.

Prestataire : Alisco médical

Coût unitaire : 3,29 euros HT (contre 2,84 pour l'ancien modèle)

La gazette Santé-Social, n°91, décembre 2012.

DOCUMENT 2

Une maison de retraite pour des personnes en situation de très grande précarité

Difficile d'intégrer une maison de retraite quand on a vécu à la rue ou en hébergement d'urgence. « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ont du mal à les intégrer. Il y a un phénomène de rejet réciproque entre leurs résidents et ces personnes au parcours de vie difficile et qui ont toujours beaucoup de mal avec l'institution » résume Serge Thomas, directeur général de L'Escale, association qui gère et développe des établissements et services pour des personnes en grande précarité.

L'association a créé un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, orientées par des travailleurs sociaux ou des hébergements d'urgence et pris en charge au titre de l'aide sociale. Son implantation en centre-ville de La Rochelle permet de préserver leurs repères et de favoriser les échanges avec l'extérieur. Le bâtiment propose 19 places et des espaces collectifs destinés à des animations ou aux visites des proches. Fonctionnant comme une structure classique, un accompagnement spécifique est néanmoins prévu pour pallier les difficultés

de la vie en collectivité. L'Escale connaît très bien le public accueilli et souhaite l'associer aux différents aspects de la vie quotidienne en s'appuyant sur le dialogue. La Fondation de France s'est impliquée dans le projet en versant une subvention destinée aux aménagements intérieurs et au mobilier.

Partenaire : Conseil général de la Charente Maritime.

Points forts : Très peu de structures de ce type existent en France. L'association a une grande expérience en matière de prise en charge de personnes âgées et en difficulté. Elle peut compter sur l'appui de ses différents services (centre de soins infirmiers, accueil de jour Alzheimer, restaurant social, maison relais, etc.).

Le lieu est ouvert depuis septembre 2010. La dynamique d'animation et de vie sociale est bien engagée avec les résidents (sorties au marché, à la médiathèque, journée portes ouvertes...). Un suivi médical, social et psychologique est mis en place.

www.fondationdefrance.org

Le petit chariot : épicerie solidaire intercommunale itinérante

À l'origine, ce projet est né d'un constat commun : la nécessité d'améliorer l'aide alimentaire dans les trois CCAS du Sivom Accord (Saint Rémy, Saint Marcel et Champforgeuil en Saône-et-Loire). Cependant, les modalités d'aide existantes dans les 3 communes étaient à cet égard insatisfaisantes. Elles confortent l'assistanat, ne permettent pas de dépasser l'aide ponctuelle et laissent à désirer sur le plan alimentaire. La passivité des usagers, la chronicité d'une aide parfois vécue comme un dû, le coût croissant pour les collectivités constituent différents éléments du système à faire évoluer. L'enjeu est bien sûr d'apporter une aide alimentaire mieux adaptée, mais tout autant d'engager un travail éducatif et d'accompagnement de fond (travail collectif sur le budget, l'alimentation). [...] L'épicerie solidaire s'adresse naturellement aux personnes en difficulté déjà bénéficiaires des formes actuelles d'aide alimentaire. Elle a pour vocation à s'ouvrir à des nouvelles formes de précarité. En effet, une frange croissante de la population n'a pas accès aux dispositifs sociaux, malgré des difficultés réelles, du fait de ressources « trop élevées ». L'épicerie solidaire a vocation à s'adresser à tous ces publics. Il s'agit à la fois de traiter une difficulté passagère, d'éviter à certains de sombrer dans une précarité durable, ou encore d'engager les plus touchés dans une dynamique d'insertion et de resocialisation.

L'épicerie itinérante prend la forme d'un bus urbain aménagé en épicerie et en lieu d'accueil des usagers. Ce bus assure des permanences dans chaque commune pour vendre des produits alimentaires et d'hygiène et proposer un accompagnement individuel des personnes ainsi que des actions collectives. [...] La création du projet donne lieu à la création de deux postes de travail (un poste de CESF et un poste d'insertion). Le budget d'investissement s'élève à 63 500 euros et le budget de fonctionnement à 88 872 euros. Trois ans après la mise en place de cette action, le partenariat intercommunal au SIVOM ACCORD s'est développé. En 2007, ce sont désormais 4 communes qui participent à cette action : Saint Rémy, Saint Marcel, Champforgeuil et Sevrey. Et une cinquième commune vient de demander son adhésion au syndicat. La fréquentation de l'épicerie avait été évaluée à 100 bénéficiaires par an au démarrage du projet. En 2006, 126 familles ont été aidées et 147 en 2007, et ce chiffre ne cesse d'augmenter. [...] Partenaires financiers : conseil général de Saône-et-Loire (fonctionnement), contrat de Ville de l'agglomération chalonnaise (investissement). Partenaires opérationnels : les CCAS de Saint Rémy, Saint Marcel et Champforgeuil, portage de l'action. Autres partenaires : régie de quartier de l'ouest chalonnais, CAF, conseil général, Banque alimentaire de Bourgogne. Date du début de l'action : 01/07/2005.

www.unccas.org

ACTIVITÉ 2

1. Parmi la liste proposée, identifiez le type de projet dont il s'agit dans chacun des documents 1 à 5 et justifiez votre choix.
Liste : Projet de service – Projet d'action – Projet d'étude – Projet d'établissement – Projet personnalisé.
2. En vous aidant des documents 6 et 7, proposez une définition de la notion de projet.
3. À votre avis et à partir des différents exemples étudiés, expliquez pourquoi les projets occupent une place importante dans le secteur sanitaire et social.

Effet thérapeutique de l'ocytocine sur les troubles socio-émotionnels dans la pathologie d'Asperger

Parmi les formes d'autisme, le syndrome d'Asperger est particulièrement marqué par les difficultés de compréhension des codes d'interaction sociale. Ainsi, alors que le contact visuel représente

une étape cruciale de toute relation avec autrui, les personnes atteintes de ce syndrome ne cherchent pas le regard de leurs interlocuteurs et ne comprennent pas ses expressions. Or, il a récemment

été montré qu'il existe chez ces patients un déficit génétique en **ocytocine**, une hormone fabriquée par le cerveau. D'après différentes études sur l'animal et l'homme, elle réduit le stress et la peur, améliore la confiance en l'autre et joue ainsi un rôle positif dans les relations sociales. La carence en cette hormone ne serait-elle pas liée aux troubles relationnels des patients Asperger ?

Angela Sirigu, directrice de recherche au CNRS, a souhaité étudier avec ses collaborateurs les effets de l'**ocytocine** sur les composantes socio-émotionnelles

des personnes souffrant d'Asperger. Ces chercheurs spécialistes du **traitement de l'autisme** ont testé le comportement de 13 patients atteints du syndrome d'Asperger sous placebo et sous traitement. Différents tests ont été pratiqués (reconnaissance de visages photographiés, jeu de balles). Le but de ces jeux était de mesurer le degré d'attention et de tester leurs capacités à apprendre au fil du temps à faire confiance à l'un des participants et à pouvoir adapter leurs comportements en fonction de la réaction d'autrui.

www.fondationdefrance.org

DOCUMENT 2

L'association Marguerite Sinclair, située dans la région mulhousienne, a mis en place un lieu d'accueil parents-enfants (le LAPE Capucine) destiné aux parents déficients intellectuels, de la grossesse à l'entrée au CP des enfants. « *Nous nous sommes rendus compte combien les mères, voire les pères, sont démunis malgré tout le travail de prévention effectué auparavant. Au-delà des efforts des services de PMI, un accompagnement dans cette fonction de parents nous est apparu de plus en plus nécessaire ainsi que d'offrir un lieu pour s'exprimer, voire oser, exprimer ses difficultés et incompréhensions vis-à-vis de certaines situations* » expliquent les responsables de la structure.

Le projet du lieu d'accueil Capucine est de renforcer l'accompagnement déjà effectué auprès des

enfants ne présentant aucune déficience et de leurs parents en situation de handicap. Il est prévu de mettre en place des séances collectives d'accompagnement destinées à favoriser ou restaurer le lien parent-enfant dans un climat de confiance avec les professionnels. Chaque trimestre, une conférence-débat sur un thème (alimentation, limites/règles...) est organisée de manière didactique et adaptée à la compréhension des familles. Ces actions s'accompagnent d'un travail de mise en réseau et de concertation avec les différents partenaires (aide sociale à l'enfance, protection maternelle et infantile, écoles, crèches...) afin d'assurer une prise en charge cohérente.

www.fondationdefrance.org

DOCUMENT 3

Notre projet exprime une conception exigeante de la gestion publique et du service public. Il conforte la performance de notre établissement : un CHRU dynamique, solide et reconnu. Cette ambition s'appuie sur un attachement sans concession aux valeurs qui fondent notre identité : la solidarité, l'équité sociale et la sollicitude respectueuse.

Convaincu de la performance de l'hôpital public, l'établissement propose un projet qui en décline toutes les applications :

- la réactivité à l'environnement et aux besoins par l'adaptation permanente des activités de soins, le renforcement des missions hospitalo-universitaires, l'innovation clinique et la mutation des organisations (chirurgie ambulatoire, médecine interventionnelle, HAD, télémedecine, éducation thérapeutique) ;

- la conception de partenariats inédits publics (Communauté Hospitalière de Territoire) et public-privé (cancérologie, ophtalmologie...) et la

contribution à l'accessibilité aux soins grâce à une meilleure couverture territoriale et des parcours plus structurés ;

- la maîtrise des risques par le développement continu de la qualité et de la sécurité ;

- un projet de management fédérateur fondé sur une médicalisation de la gouvernance et de la démarche projet, ainsi que sur un projet social attentif au bien-être au travail des professionnels et à leur accompagnement, tant individuel que collectif ;

- une politique de financement et d'investissement rigoureuse et une maîtrise des coûts reposant sur le contrôle de gestion médicalisé, la généralisation des études coût/efficacité et coût/efficience, le suivi des durées de séjour ;

- l'optimisation des infrastructures informatiques, biomédicales ou hôtelières et une politique d'achat éco-responsable.

www.chu-nimes.fr

Fondé sur des valeurs humaines, le projet est exclusivement centré sur la personne âgée et tous les acteurs de son environnement. Il lui appartient de gérer les aspects relationnels au sein de la structure, sans se substituer pour autant à l'autonomie décisionnelle de la personne âgée, devenue « résident ». Le principe du projet est d'accompagner, et non de se substituer, de proposer et non d'imposer, de suggérer et non de catégoriser. Son rôle consiste à « prendre soin » de la

personne âgée, en formant un soutien à la vie. Le projet ne saurait être enfermant pour le résident, mais il définit pour les intervenants (personnel, bénévoles, famille) les contraintes de leur travail auprès des personnes âgées. Globalement, le projet constitue la synthèse entre les demandes qualitatives des résidents et la possibilité des intervenants à produire cette qualité.

www.maisonretraite-ligueil.fr

Les lieux accessibles aux personnes handicapées répertoriés sur téléphone mobile



« Lors d'un voyage en Californie, j'ai vécu une expérience extraordinaire : le tout accessible. De retour en France, une obsession ne m'a plus quitté : pouvoir sortir librement et donc connaître un maximum d'adresses accessibles. Rapidement j'ai réalisé que je n'étais pas le seul dans ce cas et que les adresses que je connaissais pouvaient intéresser des milliers de personnes à mobilité réduite » explique Damien Birambeau, président fondateur du site Jaccede.com. Malgré des moyens

d'information sur l'accessibilité des lieux de plus en plus nombreux, il est difficile pour les personnes à mobilité réduite et à leur proche de trouver une information rapide et fiable, en particulier dans une zone géographique dont elles ne sont pas originaires. L'application « Jaccede Mobile » est gratuite et compatible avec la majorité des téléphones mobiles (iPhone, Android, BlackBerry et Web Mobile) intégrant les fonctionnalités offertes par la géolocalisation, pour permettre aux personnes à mobilité réduite et valides d'accéder à une base de données, celle du site Internet www.jaccede.com, sur l'accessibilité des équipements recevant du public. Outil collaboratif, il permet à chacun d'inscrire de nouvelles adresses dans la base de données qui contient plus de 20 000 lieux : hôtels, cinémas, musées, pharmacies, restaurants, magasins, banques, administrations... Les principaux contributeurs sont les usagers, leurs proches, des bénévoles, des associations et professionnels.

www.fondationdefrance.org

Inauguration de l'Espace Méditerranéen de l'Adolescence (EMA) : Jeudi 28 juin 2012 à 14h30

Une structure innovante pour les adolescents et leurs familles : Hôpital Salvator

L'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM) réalise un hôpital pour adolescents à Marseille, « Espace Méditerranéen de l'Adolescence », selon un concept du Pr Marcel Rufo, installé au sein des locaux de l'Hôpital Salvator. Ce magnifique bâtiment disposant d'un vaste

parc est un lieu parfaitement adapté pour l'accueil des adolescents et de leur famille. Ce projet est piloté par l'AP-HM en partenariat avec des institutions médico-sociales, des fondations, Aix-Marseille Université, l'Éducation nationale, des laboratoires de recherche et des collectivités

territoriales. Les adolescents souffrant de différentes pathologies bénéficieront outre les soins psychiatriques, d'une prise en charge psychosociale dans des services de court ou moyen séjour.

Grâce à une attention constante, un suivi médical complet et la place essentielle accordée aux soins culturels, pierre angulaire du dispositif de soins, l'EMA sera constamment en interaction avec la ville de Marseille et sa région.

fr.ap-hm.fr

DOCUMENT 7

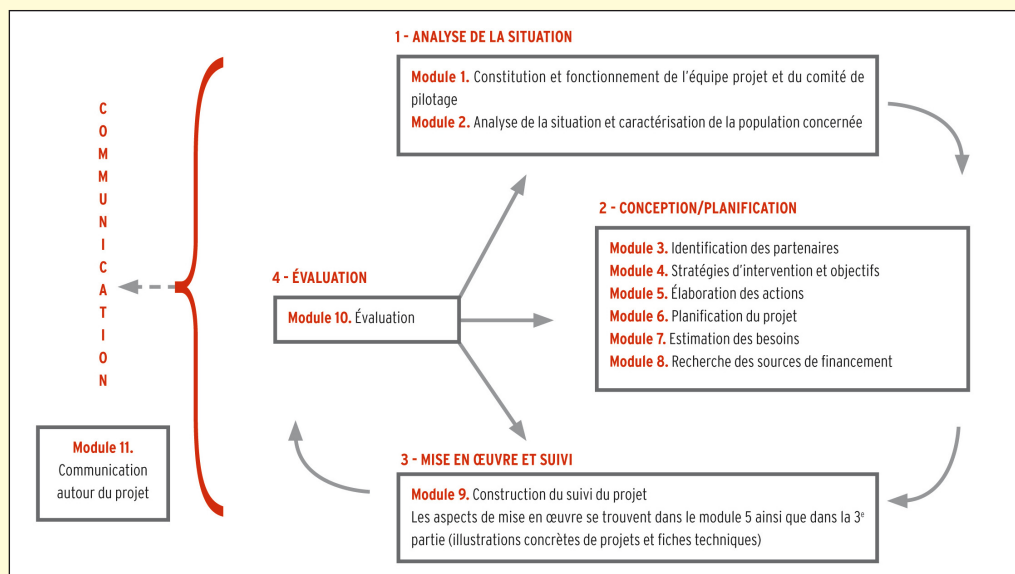
Le mot « projet » est aujourd'hui très présent dans le domaine sanitaire et social. Positivement connoté, il fait florès dans les textes (projets de service, projets d'établissements, projets de soins, thérapeutiques, éducatifs mais aussi projets individualisés, etc.), dans les pratiques et dans les discours. Mais qu'est-ce qu'un projet ? Du point de vue étymologique, « projet » vient du latin « projicere » qui signifie « jeter au loin, en avant » et renvoie en premier lieu à l'idée d'intention, le projet est selon le dictionnaire Larousse « ce que l'on a intention de faire ». Dans le langage courant, le mot « projet » renvoie également à l'idée de travail préparatoire, de dessin. Le projet désigne ainsi à la fois l'intention et l'intention en train de se faire, c'est-à-dire le processus et le résultat de ce processus. [...] Des définitions plus institutionnelles du projet ont été élaborées en 1992 par l'Association française de normalisation (AFNOR) mettant l'accent sur le projet en tant que processus. « Un projet est une démarche spécifique qui permet de structurer méthodologiquement et

progressivement une réalité à venir. Un projet est défini et mis en œuvre pour élaborer une réponse au besoin d'un utilisateur, d'un client ou d'une clientèle, et implique un objectif et des actions à entreprendre avec des ressources données » (norme AFNOR X50-105). En 2002, le projet est défini comme « un processus » unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques » (norme AFNOR X50-115).

Le terme d'ingénierie sociale et les pratiques qui s'y réfèrent sont apparus également dans les années 60. [...] Dans son rapport remis en avril 2009, le groupe de travail a conclu que l'ingénierie sociale peut se définir comme « une fonction d'enssembler ou d'assembler qui se situe dans la pratique, l'action, l'intervention, et apporte, ou aide à trouver, des solutions pour favoriser la résolution de problèmes dans un champ sociétal. »

Politiques sociales et de santé, comprendre et agir, Presses de l'EHESP, 2012.

DOCUMENT 8



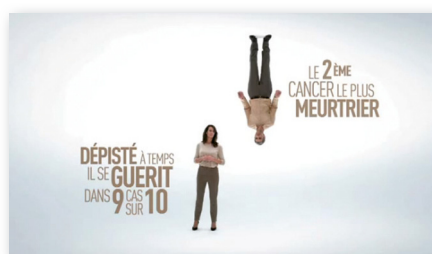
F. ROSTAN, C. SIMON, Z. ULMER, *Promouvoir l'activité physique des jeunes. Élaborer et développer un projet de type Icaps.* Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2011.

ACTIVITÉS • PÔLE MÉTHODOLOGIQUE N° 1 (2)

Mars bleu 2013, la campagne d'information en faveur du dépistage du cancer colorectal

Objectifs

- Décrire un projet d'action en santé.
- Comprendre l'intérêt de l'analyse de la situation dans un projet.
- Proposer des indicateurs d'évaluation.
- Définir les différentes étapes de la démarche de projet.



ACTIVITÉ 1

1. Depuis 2009, un programme de dépistage du cancer colorectal est proposé aux femmes et aux hommes de 50 à 74 ans. Repérez le problème posé quant à ce dépistage (document 1).
2. Analysez les forces qui s'opposent au programme du dépistage du cancer colorectal en complétant le document 3. Justifiez l'intérêt d'un tel schéma dans la mise en œuvre d'un projet.
3. Précisez l'utilité des enquêtes dans le cadre de « Mars bleu 2013 ». D'une manière générale, de quelles manières peut-on faire le recueil des informations lorsque l'on veut mettre en place un projet ?

DOCUMENT 1

Le cancer colorectal touche, chaque année, 40 500 nouvelles personnes en France. Quatre hommes sur 100 et trois femmes sur 100 développeront un cancer au cours de leur vie (avant l'âge de 75 ans).

Il est ainsi le troisième cancer le plus fréquent, mais le deuxième cancer le plus meurtrier avec 17 500 décès par an. Pourtant, dépisté à temps, il se guérit dans 9 cas sur 10. Un paradoxe qui nécessite de réaffirmer l'importance du dépistage, l'une des armes les plus efficaces contre le cancer, encore tabou en France. Depuis 2009, un programme de dépistage du cancer colorectal est proposé aux femmes et aux hommes âgés de 50 à 74 ans. Si sa notoriété a progressé (90% des personnes déclarent connaître

l'existence d'un dépistage du cancer colorectal vs 82% en 2005), la participation reste encore faible (31,7%). Selon une enquête BVA réalisée en janvier 2013 pour l'INCa, 42% des Français et 60% des 50-74 ans citent spontanément le cancer colorectal ou de l'intestin parmi les cancers pour lesquels un dépistage est recommandé (le dépistage du cancer du sein restant, de loin, le plus connu). Si la notoriété du dépistage du cancer colorectal reste encore à parfaire, elle a, depuis sa généralisation, largement progressé, notamment auprès de la population-cible.

Toutefois, le taux de participation au programme du dépistage du cancer colorectal montre la persistance de freins, sur lesquels le Baromètre cancer 2010 propose un éclairage.

DOCUMENT 2

La consultation au moins annuelle d'un médecin généraliste, selon le Baromètre cancer 2010, est associée à un taux de dépistage significativement plus élevé. Ce taux augmente encore pour deux consultations annuelles ou plus. En effet, l'échange avec le médecin traitant au sujet du dépistage permet de lever certains freins, puisque ceux à qui le test a été remis par leur praticien déclarent l'avoir réalisé à près de 90%.

Les quinquagénaires sont ceux qui participent le moins au dépistage. Les données du baromètre 2010 montrent la façon dont l'âge influence la participation : 62% dans la tranche d'âge 65-74 ans vs 36,7% chez les 50-54 ans. Au-delà du fait que certains ne se sentent pas concernés par le cancer, perçu comme une maladie liée à des personnes plus âgées, on note également que les personnes ayant une activité professionnelle (plus nombreuses parmi les 50-60 ans) y participent moins : l'occasion de consulter son médecin traitant peut être moins fréquente et les modalités pratiques du test peuvent paraître plus compliquées à mettre en œuvre. Enfin, cette tranche d'âge est aussi celle qui n'a été invitée que récemment à participer au programme de dépistage du cancer colorectal (proposé à partir de 50 ans).

Le fait de vivre en couple influence la réalisation du dépistage, surtout chez les hommes. Les femmes, qui ont déjà des habitudes en matière de dépistage du cancer du sein ou du col de l'utérus, semblent, en effet, avoir un rôle incitatif dans le couple. Elles participent d'ailleurs davantage que les hommes au dépistage du cancer colorectal. Le fait d'avoir des enfants influence également positivement la participation au dépistage.

Les personnes qui jugent leur situation financière difficile participent moins au dépistage du cancer colorectal, toujours selon le Baromètre

cancer 2010. Ainsi, sur l'ensemble des personnes de la population-cible ayant déclaré avoir réalisé au moins un dépistage du cancer colorectal, 46,9% jugeaient leur situation juste ou difficile vs 54,6% considérant leur situation financière comme étant satisfaisante. Si une situation financière jugée difficile est associée à une participation moins importante, le fait d'avoir renoncé à des examens de santé, en revanche, ne modifie pas significativement l'adhésion au dépistage.

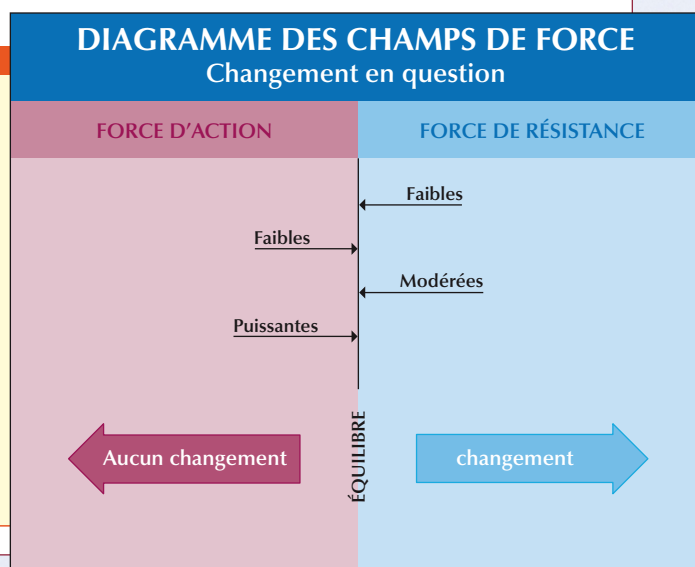
Une enquête réalisée en janvier 2013 par BVA pour l'Institut national du cancer (INCa) confirme que les Français sous-estiment largement la réalité du cancer colorectal et connaissent insuffisamment le dépistage :

- seulement 31% des personnes interrogées (et 39% des 50-74 ans) le citent spontanément parmi les trois cancers les plus fréquents, derrière le cancer du sein (80%), du poumon (64%) et de la prostate (34%). De même, seuls 26% (et 34% des 50-74 ans) le citent parmi les trois cancers les plus meurtriers, derrière le cancer du poumon (68%) et le cancer du sein (51%) ;
- 42% des personnes interrogées citent spontanément le cancer colorectal ou de l'intestin comme un cancer pour lequel un dépistage est recommandé, loin derrière le cancer du sein (83%). Cependant le dépistage est assez bien identifié dans la population-cible puisque ce taux de notoriété atteint 60% chez les 50-74 ans ;
- très majoritairement, les Français sous-estiment ou méconnaissent les chances de guérison du cancer colorectal lorsqu'il est détecté à un stade précoce : seulement 10% des personnes interrogées (et 12% des 50-74 ans) déclarent spontanément qu'il se guérit dans 90% des cas lorsqu'il est détecté à temps.

DOCUMENT 3

L'analyse des champs de force est une technique développée par Kurt Lewin dans les années 1950. Elle permet d'identifier les forces favorisant ou freinant un projet de changement, de déterminer les facteurs susceptibles de renforcer les forces positives et de réduire l'impact des facteurs négatifs et ainsi de prendre une décision qui tienne compte de tous les intérêts. Il s'agit donc d'une méthode structurée d'analyse des avantages et des inconvénients d'un changement.

www.er.uqam.ca



ACTIVITÉ 2

1. Décrivez le projet « Mars 2013, la campagne d'information » en repérant les objectifs généraux et opérationnels du projet, les actions mises en œuvre, les acteurs, le public visé, les partenaires, la durée, le territoire cible.
2. L'évaluation permet d'évaluer notamment si les objectifs de départ ont été atteints : il s'agit de confronter les objectifs poursuivis à la réalité en s'appuyant sur des indicateurs de résultats. Quels indicateurs pourraient être choisis pour évaluer ce projet ?

DOCUMENT 4

Mars bleu 2013, la campagne d'information

Pour la 6^e année consécutive, le mois de mars sera l'occasion de se mobiliser contre le cancer colorectal et de rappeler l'importance de son dépistage. En effet, même si la notoriété de ce dépistage a largement progressé, la participation nationale reste insuffisante et la réalité du cancer colorectal est encore méconnue. La campagne 2013 a pour objectif de créer une prise de conscience forte en mettant en exergue le paradoxe suivant : le cancer colorectal se guérit dans 9 cas sur 10 lorsqu'il est dépisté à temps, et pourtant il reste le 2^e cancer le plus meurtrier en France.

C'est pourquoi le ministère des Affaires sociales et de la Santé et l'INCa, en partenariat avec l'assurance maladie (CNAMTS), la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI), déploient une nouvelle campagne d'information en faveur du dépistage organisé du cancer colorectal.

Cette campagne a, cette année, plusieurs objectifs :

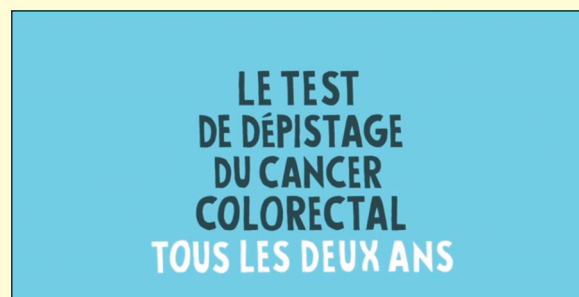
Réaffirmer les enjeux de santé publique liés au dépistage du cancer colorectal

Une nouvelle campagne télévisée, diffusée du 3 au 24 mars sur les chaînes hertziennes, une sélection de chaînes de la TNT, du câble et du satellite et une sélection de chaînes des DOM. À travers deux personnages, apparaissant à l'écran, l'un à l'endroit et l'autre à l'envers, la mise en scène du film souligne le paradoxe entre deux réalités contradictoires : « dépisté à temps, le cancer colorectal se guérit dans 9 cas sur 10. Pourtant ce cancer reste aujourd'hui le deuxième cancer le plus meurtrier en France ».

Délivrer une information complète et pédagogique

Un dispositif radio est mis en place sous la forme d'une opération spéciale avec la station RTL qui va diffuser une série de messages du 8 au 24 mars.

Un film d'animation pédagogique sur Internet : court (deux minutes) au ton simple et humoristique vise à rappeler les bénéfices et les modalités concrètes de ce dépistage. Il est accessible via la rubrique dédiée au site de l'INCa, sa page Facebook et sa chaîne Youtube.



Un dispositif sur le web et via la ligne téléphonique Cancer info permet de délivrer une information complète. Des dossiers d'information grand public et des outils ciblés pour les professionnels de santé seront disponibles dans la rubrique dédiée à ce dépistage sur www.e-cancer.fr

Les équipes de la ligne téléphonique Cancer info (0 810 810 821, prix d'un appel local) sont aussi mobilisées tout au long du mois de mars pour répondre aux questions et orienter les personnes en fonction de leur situation.

Enfin, de nombreuses actions de proximité sont mises en place au cours du mois de mars. Les acteurs locaux et les partenaires de la campagne (structures en charge de l'organisation des dépistages, caisses d'assurance maladie, professionnels et établissements de santé, associations, ateliers santé ville, collectivités territoriales...) auront à leur disposition des outils de communication renouvelés (dépliant d'information, affiche événementielle, cartes postales...) pour animer leurs actions sur le terrain.



Développer des actions ciblées pour lutter contre les inégalités d'accès au dépistage

La campagne nationale est complétée par un dispositif renforcé auprès des populations plus éloignées du système de santé :

- auprès des populations migrantes : une campagne radio sera diffusée sur les stations Africa n°1, Beur FM et Radio Orient, du 3 au 24 mars. Des émissions spéciales seront organisées, en présence de professionnels de santé et d'experts, qui répondront en direct aux questions des auditeurs. Une affichette traduite en portugais, arabe, chinois, turc et anglais est également disponible pour les personnes maîtrisant mal la langue française.

- auprès des personnes en situation de vulnérabilité sociale : les centres communaux d'action sociale (CCAS) relayeront le message auprès de leur public via la parution d'un supplément éditorial dans le magazine Actes de l'UNCCAS (Union nationale des CCAS) daté de janvier 2013. Des actions de sensibilisation seront menées en partenariat avec l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSE) en lien avec les 243 ateliers santé ville implantés dans les quartiers défavorisés.

Impliquer les médecins généralistes

Un dispositif interactif sera mis en place tout au long du mois de mars sur un logiciel de gestion de dossiers patients, utilisé par 11 500 médecins généralistes : une fenêtre « pop-up » se déclenchera ainsi à l'ouverture du dossier de chaque patient âgé de 50 à 74 ans, rappelant au médecin que son patient est concerné par le dépistage du cancer colorectal et l'invitant à engager le dialogue sur ce sujet.

www.e-cancer.fr

ACTIVITÉ 3

- À partir de vos connaissances, définissez chacune des étapes de la démarche de projet en complétant le tableau proposé.

Étapes de la démarche de projet	Définitions
Analyse de la situation	
Diagnostic	
Choix des priorités	
Faisabilité	
Détermination des objectifs : généraux, spécifiques (éventuellement), opérationnels	
Stratégie du plan d'action - planification	
Réalisation	
Évaluation	