

Evaluation du dispositif de renforcement des actions de proximité en prévention du tabagisme

Dispositif emploi-jeune tabac

Marché de l'INPES N° 0604/DAG

Genève, le 24 janvier 2007

Jacques A. Bury & Yann Boggio

Avec la collaboration de Marc Maugué, Véra Sandoval et Séverine Schusselé Filliettaz

Table des matières

1	RESUME EXECUTIF	4
2	OBJECTIFS DU MANDAT ET DEMARCHE D'EVALUATION	7
2.1	CONTEXTE	7
2.2	FINALITES ATTENDUES DE L'EVALUATION	7
2.3	QUESTIONS D'EVALUATION	8
2.4	DISPOSITIF D'EVALUATION	10
3	DESCRIPTION CRITIQUE DU PROGRAMME	13
3.1	LE POINT DE DEPART	13
3.2	LES OBJECTIFS GENERAUX ET LES PARTENARIATS	14
3.3	DESCRIPTION DU PROGRAMME	15
3.4	INSCRIPTION DANS LES POLITIQUES CONNEXES	19
3.5	ELEMENTS PREGNANTS DE LA MISE EN ŒUVRE	27
3.6	LES FORMATIONS SUIVIES	32
3.7	UN VECTEUR POTENTIEL : TABAC ACTUALITES	33
3.8	LE DISPOSITIF ET LA PROFESSIONNALISATION	37
4	SYNTHESE DES ETATS DES LIEUX	38
4.1	DISTRIBUTION REGIONALE ET INSERTION DES ACTIONS	38
4.2	CIBLES DES ACTIONS	39
4.3	MODALITES D'INTERVENTION	42
4.4	PARTENARIATS FINANCIERS ET TECHNIQUES	44
4.5	OBJECTIFS DES ACTIONS	46
5	REGARDS SUR LA QUALITE DES ACTIONS	47
5.1	CENTRE DE DOCUMENTATION COTES D'ARMOR	49
5.2	CENTRE DE DOCUMENTATION REGIONAL EN EPS ET TABAGISME : RHONE ALPES	52
5.3	AUJOURD'HUI JE NE FUME PAS : UN PROGRAMME REGIONAL DE PREVENTION DU TABAGISME EN ÎLE-DE-FRANCE	55
5.4	PREVENTION REGIONALE DU TABAGISME AUPRES DES JEUNES, CRAES-CRIPS RHONE-ALPES	58
5.5	ÉCOLE DU SOUFFLE : PROMOUVOIR LA PREVENTION DU TABAGISME EN ENTREPRISE	62
5.6	25 COLLÈGES D'AQUITAINE SE MOBILISENT POUR LA PRÉVENTION DU TABAGISME	65
5.7	BIEN-ETRE, LIBERTE DE CHOIX ET SANTE	68
5.8	LES LEÇONS DE L'EVALUATION DES ACTIONS	71
6	REGARDS SUR LES ARTICULATIONS	72
6.1	EFFETS DU DISPOSITIF SUR LE PARTENARIAT LOCAL (DEPARTEMENTAL ET REGIONAL)	72
6.2	EFFETS DU DISPOSITIF SUR L'ARTICULATION ET LA CONCERTATION ENTRE LES NIVEAUX D'INTERVENTION LOCAL ET NATIONAL	74
6.3	LA PERCEPTION DU DISPOSITIF PAR LES ACTEURS	75
7	PERENNITE DES STRUCTURES ET DEVENIR DES EJT	77
7.1	LE DEVENIR DES STRUCTURES	77
7.2	LE DEVENIR DES PORTEURS DE PROJETS	78
8	CONCLUSIONS ET ENSEIGNEMENTS	80
8.1	CONCLUSIONS	80
8.2	ENSEIGNEMENTS	81
9	TABLES DES ILLUSTRATIONS	82
10	ANNEXE A : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	83
11	ANNEXE B : GRILLE D'ANIMATION	86
12	ANNEXE C : APERÇU SUR L'INTERNATIONAL	90
13	ANNEXE D : ELEMENTS CONSTITUTIFS DE LA GRILLE D'EVALUATION DE LA QUALITE DES PROJETS	105
14	LISTE DES ACRONYMES	110
15	REFERENCES	111

Remerciements

Nous tenons d'emblée à chaleureusement remercier l'ensemble des personnes rencontrées pour l'engagement et la disponibilité dont elles ont fait preuve à notre égard, aussi bien sur le plan départemental, régional que national.

Nos remerciements vont également à l'INPES, pour sa confiance, et particulièrement à Annick Fayard et son équipe pour leur collaboration attentive et à titre personnel à Christine Gilles pour sa disponibilité compétente et son dévouement constant.

Note de lecture

Dans le rapport les entités du « réseau » d'éducation pour la santé en France, associations désignées sous des dénominations diverses telles que comités, associations, etc. seront toutes désignées dans le présent rapport sous CRES ou CODES, suivant qu'elles opèrent au niveau régional ou départemental.

1 Résumé exécutif

Le programme EJT a été préparé en 1999 et lancé dès 2000 avec une montée en puissance jusqu'en 2001. Il s'inscrivait dans le cadre du dispositif Emploi Jeunes du gouvernement ainsi que dans le Programme national de prévention du tabagisme 2000-2002 de la CNAMTS et du CFES.

Ce programme utilisera différentes stratégies complémentaires, dont un volet « actions de proximité », en s'appuyant « sur les réseaux des Comités locaux d'éducation pour la santé et des Caisses de l'Assurance Maladie ». En fait seuls les premiers ont été opérateurs. La gestion du dispositif a été confiée au CFES, puis assurée par l'INPES qui lui a succédé.

Environ 200 jeunes ont occupé les quelques 125 postes créés au fil du temps.

L'évaluation a suivi les demandes du cahier des charges, à savoir une analyse critique des documents mis à disposition, des entretiens avec une soixantaine de personnes dans six régions et avec une douzaine d'interlocuteurs nationaux, et enfin l'étude de plusieurs projets illustratifs des stratégies et de leurs forces et faiblesses. Le but était de fournir aux autorités des éléments pertinents quant aux résultats et à l'impact, de permettre une valorisation du programme, de produire des critères de qualité pouvant être réinvestis dans d'autres programmes et de mesurer les impacts sur les partenariats et la cohérence « horizontale » et « verticale ».

Les ajustements effectués au fur et à mesure du travail ont été supervisés par un comité de pilotage de l'évaluation, institué par l'INPES.

Le rapport commence par une description critique du programme, depuis son élaboration jusqu'à sa mise en œuvre, qui fait état de la capacité initiale à saisir une fenêtre d'opportunité avec l'inévitable degré d'impréparation que cela implique, notamment au niveau de l'analyse du positionnement stratégique des acteurs, ainsi que de manques limités dans l'information fournie sur les développements nationaux et surtout internationaux récents et concomitants. Les aléas de la période de transition entre le CFES et l'INPES ont été relevés.

Une analyse sommative des quatre états des lieux annuels commandités par le CFES-INPES ont fourni une série de données quantitatives sur la diversité et en fin de compte la richesse du dispositif.

Sept actions ont été analysées plus en détail pour illustrer des programmes types, centres de documentation, programmes régionaux, milieux plus différents, et ont permis de tirer quelques conclusions pragmatiques reprises ci-après sur des facteurs clés, dont la capacité de l'équipe d'accueil, le temps de préparation, le souci de qualité et la réactivité.

Un effort considérable a porté sur les questions liées aux effets du dispositif sur les partenariats départementaux et régionaux et l'articulation avec le niveau national, sur les pratiques de prévention du tabagisme, sur la professionnalisation des EJT et le renforcement du réseau éducation pour la santé.

Les principales conclusions que l'on peut tirer sont les suivantes :

- 1) On peut considérer que les EJT ont été professionnalisés (formations CFES-INPES et autres formations rendues accessibles), qu'ils ont eu l'occasion du développement de la confiance professionnelle en soi et qu'un grand nombre ont finalement été pérennisés dans ou en dehors du système éducation pour la santé.
- 2) Il semble clair que les EJT avaient deux missions au mieux interpénétrées : une mission de contribution à la prévention du tabagisme et une autre mission de renforcement du réseau en éducation pour la santé, notamment dans sa mission de créer des partenariats locaux et régionaux.
- 3) Les EJT ont très largement travaillé dans la prévention du tabagisme, surtout dans les écoles, en collaboration avec l'Education Nationale, dans la documentation, puis dans l'aide à la cessation, en collaboration avec les centres de tabacologie, et moins dans le milieu du travail. Puis sont apparues progressivement, des ouvertures vers d'autres settings (notamment les entreprises) perçus initialement comme moins évidents, et ce qui est encore plus significatif du succès, on a vu l'émergence d'attentes nouvelles des partenaires sur d'autres thématiques en EpS.

- 4) Il y a eu indiscutablement une contribution du dispositif aux politiques de prévention du tabagisme.
- 5) La liste des partenaires est dans l'ensemble impressionnante par sa diversité et son ampleur : le réseau de partenaires aura impliqué DRASS et DDASS, académies, l'ANPPA, la ligue contre le cancer, des URCAM, CRAM et CPAM, des CHU et CHR, des ARH, des CDMR, des missions locales (pour l'emploi), la MSA, etc.
- 6) L'hypothèse d'impact est vérifiée : des ressources nouvelles, suffisamment durables et orientées ont permis l'atteinte de deux objectifs :
 - a. Un développement évident des synergies régionales entre les structures EpS locales et régionales, particulièrement entre les CODES et CRES d'une même région.
 - b. Une nouvelle légitimité externe envers les partenaires, initiée bien souvent par les EJT et leur perception du modèle de fonctionnement optimal intersectoriel.

Ils ont grandement contribué au renforcement du réseau et des collaborations entre comités d'une même région ainsi qu'au développement de partenariats, surtout avec l'éducation nationale, mais moins au développement de nouveaux partenariats. Ils ont rendus ces partenariats mieux légitimés par les compétences qu'ils apportaient.

- 7) "Vu l'urgence", il y a eu des lacunes explicables dans la préparation du programme mais également une faiblesse persistante du soutien national sur au moins deux points :
 - a. L'utilisation recommandée de l'établissement initial d'un état des lieux des actions existantes n'a pas été exploitée autant qu'elle le méritait, ni au niveau national, ni au niveau local.
 - b. Le soutien aux directeurs des CODES et des CRES en termes de gestion aurait sans doute pu être plus développé.

Le soutien national a été moins reconnu qu'il n'aurait du, ceci sans doute en raison de la période de flottement et d'incertitudes qui a accompagné le passage du CFES à l'INPES et notamment le caractère établissement public de ce dernier. L'expression « on est devenus orphelins » a été répétée dans presque tous les entretiens (malgré la continuité du staff). Il reste quand même étonnant qu'il y ait peu de sentiment d'appartenance à une politique nationale.

- 8) Il manque toujours une plateforme d'échanges entre les régions : un regret général est relevé concernant l'absence d'un tel lieu d'échanges, qui contribue à rendre la plus value d'un dispositif national moins perceptible.

En conclusion, on peut dire que le dispositif a globalement atteint les objectifs de professionnalisation des EJT et de renforcement du réseau en éducation pour la santé. Ce dispositif aura également été une source d'expériences réussies pour les jeunes, une contribution aux politiques de prévention du tabagisme, un renforcement des partenariats au niveau régional, dans et hors du réseau et une mine d'enseignements transférables.

Quelques enseignements émergent, qui sont destinés à favoriser la mise en place de conditions cadre permettant de maximiser les potentiels de dispositif ou programme similaires. Ils sont construits en fonction de nos observations.

- 1) Rendre les partenaires fondateurs publiquement responsables des raisons de délais indus dans les décisions de création du programme.
- 2) Associer des partenaires opérateurs potentiels à la phase d'élaboration dans un processus transparent, phase qui doit également comporter une analyse stratégique du positionnement des acteurs.
- 3) Consacrer le temps nécessaire à la phase de préparation entre l'approbation de la décision et le lancement. Cette phase doit être construite sur les données probantes, y compris des états des lieux et des études préalables le cas échéant, et répondre aux besoins identifiés sur le plan régional.

- 4) Donner à l'institution ou l'organisme responsable les moyens humains et financiers de gérer effectivement le dispositif ou le programme.
- 5) Construire un système suffisamment flexible qui permette une réactivité, initiale et continue, aux clients, aux partenaires et aux circonstances.
- 6) Inscrire le monitoring et les évaluations (de processus et de résultats) dès le début de l'élaboration du programme, développer des outils et référentiels communs.
- 7) Prévoir un programme de formation continue accompagnante tant sur les contenus techniques que sur le management de programme et sa durabilité.
- 8) Disposer d'une communication incomplète mais précoce plutôt que d'une communication (multi)approuvée qui arrive trop tard... Cette communication doit autant porter sur les processus internes au programme/dispositif que sur les informations pertinentes nationales et internationales.
- 9) Prévoir la constitution et l'animation d'une plateforme d'échanges inter-régionale.
- 10) S'appuyer sur un minimum d'opérateurs existants, ce qui implique de faire coexister à côté des financements sur dépôts de projets des pratiques de financements structurels qui permettent une survie institutionnelle minimale aux organismes d'accueil le jour où on en a besoin.

2 Objectifs du mandat et démarche d'évaluation

2.1 Contexte

La CNAMTS et le CFES ont signé en août 1999 un accord cadre pour le renforcement des actions de proximité d'éducation pour la santé en prévention du tabagisme, en prenant appui sur le dispositif national « nouveaux services – emploi jeunes ». L'Etat assure un soutien financier à hauteur de 80% du SMIC, le solde et les frais de fonctionnement étant pris en charge initialement par la CNAMTS, puis par l'INPES dès mai 2002. A la même date, ce dispositif tripartite recense 125 postes au sein de 85 comités régionaux et départementaux d'éducation à la santé, dotés de personnes jugées qualifiées, qui travaillent en lien avec les acteurs locaux pertinents et dans une recherche de cohérence avec les programmes régionaux de santé et les programmes de prévention du tabagisme et des dépendances de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT).

Volet terrain du programme de prévention du tabagisme de l'INPES et de ses partenaires, ce dispositif a pour objectif le développement quantitatif et qualitatif des actions d'éducation pour la santé en prévention du tabagisme. Il vise notamment à diversifier les lieux et les publics d'intervention, à renforcer l'articulation entre le niveau national et local, et à mettre les acteurs locaux en réseau, en cohérence avec les priorités et programmes nationaux et régionaux de santé.

En termes d'éducation à la santé, les actions réalisées visent l'incitation et/ou l'aide à l'arrêt, ainsi qu'une prévention de l'entrée en consommation des publics cibles retenus sur le plan national¹. L'approche retenue se veut positive et table sur une augmentation des compétences sociales des jeunes, notamment dans les interventions en milieu scolaire, principal lieu d'intervention. Différents moyens sont mis en œuvre localement.

Conformément aux intentions du législateur, un appui à la professionnalisation des personnes en poste est délivré durant les cinq ans d'existence du dispositif national. Des formations ont ainsi été mises en œuvre dès 2000, par l'INPES, institution également en charge de la coordination, du suivi et de l'évaluation du dispositif dans son ensemble.

Sur le plan du suivi, un groupe de travail national a évalué la mise en place du dispositif en 2002, effectué un suivi annuel des actions réalisées et construit une trame en vue de l'évaluation finale du dispositif. Ce groupe de travail a été remplacé par une instance d'évaluation en septembre 2005, qui a, suite à un appel d'offre ouvert, retenu notre bureau.

2.2 Finalités attendues de l'évaluation

Les finalités attendues de l'évaluation se réfèrent au développement quantitatif et qualitatif des actions d'éducation pour la santé menées dans le champ de la prévention du tabagisme, et non pas sur la contribution du dispositif à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au tabac.

Le cahier des charges précise ainsi quatre finalités attendues du processus d'évaluation :

1. A l'égard des résultats et impact du dispositif, fournir les éléments pertinents aux différents partenaires du programme national CNAMTS-INPES de prévention du tabagisme (les DRASS et DDASS, la DGS, l'Education Nationale, les comités d'éducation pour la santé, la FNES, le réseau de l'assurance maladie, les mutuelles, la MILDT, la Ligue contre le cancer, les CIRDD,...).
2. En termes d'apport documentaire, fournir des arguments qui permettent de valoriser le programme au niveau local et national.

¹ Programme d'éducation pour la santé : Prévention du tabagisme 2000-2003, document CFES, 2000. Les publics cible sont les jeunes, les femmes, les populations en situation de précarité, les salariés d'entreprise, les professionnels de santé et les journalistes en tant que relais.

3. En termes d'apport méthodologique, produire des critères de qualité susceptibles d'être réinvestis pour la mise en œuvre et l'évaluation d'autres programmes nationaux d'éducation pour la santé.
4. En termes d'effets induits de la mise en œuvre du dispositif sur les politiques de santé (départementales, régionales et nationale), mesurer horizontalement et verticalement :
 - Les impacts sur la qualité du partenariat local et sur la qualité des actions entreprises, notamment sur les dimensions d'optimisation de la cohérence et de l'articulation des actions de prévention menées dans les différents dispositifs nationaux (CNAMTS -INPES, Plan triennal de la MILDT, CIRDD, etc.), mais également autour de la question de l'orientation des politiques de santé vers une approche plus globale de la santé.
 - Les impacts sur l'articulation et la concertation entre les niveaux d'intervention local et national du dispositif évalué (acteurs de terrain versus comité de pilotage CNAMTS -INPES).

Ces finalités reprennent donc quelques enjeux centraux en éducation à la santé, tels que la cohérence des actions entre elles et avec les programmes cadre et donc notamment les liens entre le national et le local, les critères de qualité des actions pouvant contribuer à l'amélioration générale dans le champ ou encore la question de la valorisation de ces actions. Comme mentionné dans les documents relatifs au programme INPES Tabac 2003/2004², le dispositif EJT est en effet considéré comme un véritable laboratoire permettant justement une exploration de ces enjeux.

2.3 Questions d'évaluation

En fonction de ces finalités, cinq points d'ancrage du processus évaluatif sont définis.

Cohérence et qualité des actions

- les actions mises en œuvre appliquent-elles les principes définis par la charte d'Ottawa et ceux de la démarche d'éducation pour la santé, ou encore d'autres critères spécifiques à la méthodologie de projet en général et à la prévention du tabagisme (principes de la Convention cadre de lutte contre le tabagisme³) ?
 - De quelles manières sont-elles évaluées ?
 - Quels sont les effets du partenariat sur la qualité de l'action ?
- ⇒ **Voir pages 47 et suivantes**

² Programme tabac 2003/2004, INPES, page 20.

³ *Building blocks for tobacco control : a handbook*, OMS, 2004 et Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT), OMS 1999. Cette convention demande notamment aux pays d'imposer des restrictions sur la publicité, le parrainage et la promotion en faveur du tabac, de mettre en place un nouvel étiquetage, d'adopter des mesures pour assurer la propreté de l'air à l'intérieur des locaux et de renforcer la législation afin de supprimer la contrebande du tabac.

Effets sur la cohérence locale (« horizontale »)

- Quels sont les effets du dispositif sur les partenariats⁴ locaux, départementaux et régionaux :
 - entre les comités d'une même région ?
 - entre les comités et leurs partenaires habituels ?
 - en termes de création ou de renforcement de groupes et/ou réseaux de coordination départementaux ou régionaux ?
 - Quelle a été la structuration du dispositif en région :
 - que s'est-il passé dans les régions où un comité de pilotage local a été mis en place comparativement aux régions où il n'existait pas : (organisation, articulation avec les politiques, acteurs qui le compose, impact de ce comité sur le dispositif,...) ?
- ⇒ ***Voir le point 6.1 pages 72 et suivantes***

Effets sur la cohérence « verticale »

- Les actions menées sont-elles définies et réalisées en cohérence avec les objectifs et priorités des politiques nationales, régionales et locales (Plan cancer, PRS,...⁵) :
 - Quel est le niveau d'intégration des actions de prévention du tabagisme développées dans le cadre du dispositif (intégration totale, juxtaposition,...) ?
 - Y a-t-il une différence en terme de « qualité » entre des actions inscrites dans le cadre des politiques de santé et d'autres qui ne le sont pas ?
 - Le pilotage national de ce dispositif a-t-il permis une meilleure « intégration » des actions au niveau local ?
 - quelle est la plus value d'un dispositif national ?
- ***Voir les points 6.2 pages 74 et suivantes***

Effets en termes de professionnalisation

- Quels sont les effets de la professionnalisation (notamment les formations organisées par le CFES, puis l'INPES) sur :
 - la qualité des actions développées par les personnes recrutées dans le cadre du dispositif ?
 - l'homogénéisation des pratiques ?
- ***Voir les point 6.3, 7.1 et 7.2 pages 75 et suivantes***

⁴ Soit les autres réseaux et acteurs régionaux et départementaux cités dans le cahier des charges, tels que les comités de la Ligue contre le cancer, les Comités départementaux de lutte contre les maladies respiratoires, les services déconcentrés de l'Etat (santé, éducation, jeunesse et sport) et le réseau de l'assurance maladie, etc..

⁵ Soit principalement dans les PRS et les programmes départementaux de prévention du tabagisme et des dépendances, tels que ceux de la MILDT, dans le cadre de son plan triennal. A noter qu'un certain nombre de comités sont déjà impliqués dans les CIRDD (centres d'information et de ressource sur les drogues et les dépendances).

Perceptions

- Quels sont les points forts et les points faibles du dispositif relevés par les acteurs nationaux et locaux ?
- Quels sont, d'après les principaux acteurs nationaux et locaux, les effets du dispositif sur :
 - la stabilité financière des comités ?
 - la reconnaissance des comités dans le champ de la prévention du tabagisme ?
- ***Voir le point 6.3 pages 75 et suivantes***

2.4 Dispositif d'évaluation

Initialement, le dispositif d'intervention proposé par le prestataire s'articulait autour de quatre modules séquentiels :

Module 1 : Etablissement des référentiels

Module 2 : Analyse approfondie d'une sélection de projets

Module 3 : Entretiens nationaux, régionaux et locaux

Module 4 : Synthèse et recommandations

Suite à une analyse des documents pertinents, notamment au sein de l'INPES⁶, différents travaux ont été nécessaires en vue d'établir un ensemble de référentiels indispensables à la conduite du processus d'évaluation. Référentiels portant sur la mise en évidence des conditions cadre de la lutte contre le tabagisme tels que définies et validées sur un plan international (OMS, autres expériences nationales), une synthèse critique des politiques et programmes cadre des grands partenaires nationaux, mais également une synthèse critique des états de lieux successifs de 2001 à 2004.

2.4.1 Synthèse critique des états des lieux

Les matériaux sources en vue de réaliser cette synthèse des états des lieux 2001 à 2004 sont d'une part les différents rapports⁷ émis par les mandataires retenus par le CFES, puis l'INPES, et d'autre part les différents matériaux statistiques de base ayant servi à l'élaboration de ces rapports (tris à plat et quelques tableaux croisés sous format Excel essentiellement, une base de données complète en format SPSS pour les données 2004). Sont également compris les résultats du dernier questionnaire 2005 du CODES Champagne-Ardenne relatif à la question de la professionnalisation (voir 7.2 page 78 notamment), et un extrait de la base de données de gestion relative à l'ensemble des personnes passées par le dispositif et des formations suivies (INPES).

Note méthodologique :

Quelques problèmes sont apparus d'emblée :

- Les données issues de la base de données sont pour la plupart existantes sous une forme agrégée de 2001 à 2004. En 2005, seule la question de la professionnalisation a fait l'objet d'une étude ad hoc.
- L'évolution des questionnaires employés par les mandataires (dans le sens d'un allègement du nombre de questions) suppose parfois une perte de possibilités de comparaison diachronique.
- Le glossaire employé – dont la construction a été évolutive pour répondre aux besoins – n'apparaît pas comme étant uniformément compris : certains termes clés, tels que projet ou action, semblent avoir des compréhensions différentes selon les répondants.

⁶ Une première liste des documents disponibles était précisée au point 8.1. du cahier des charges INPES.

⁷ Carré Latin : Etat des lieux 2001 & Novatest : Etats des lieux 2002, 2003, 2004.

- Cette prise en compte des actions comme objet central du suivi quantitatif ne permet pas de bien comprendre en soi les relations entre des orientations programmatiques, leurs déclinaisons en programmations annuelles, en projets puis en actions.
- Relevons ici que la description des actions telle que conçue dans le cadre du questionnaire ne laisse pas la place à des éléments qualitatifs orientés vers l'explicitation concrète du contenu des actions.
- Le nombre de répondants (entre 77 en 2001⁸ et 114 en 2004) ainsi que le turnover des personnes peuvent limiter également la possibilité d'une interprétation univoque des données.

Les documents énumérés ci-dessus présentent donc à la fois l'avantage et l'inconvénient d'être dans l'ensemble constitués de tableaux et graphiques qui reprennent sous une forme agrégée les données produites par les questionnaires soumis aux porteurs de projet. Si ces tableaux sont en soi fort utiles pour identifier les grandes tendances et évolutions des productions et contraintes du dispositif EJT, dans les limites énoncées ci-dessus, une certaine perte d'information sur les contenus des projets et des actions qui en découlent pègre fortement les possibilités de bien comprendre les résultats de la mise en œuvre du dispositif, tout en identifiant les tendances présentes et les résultats objectivables.

2.4.2 Qualité des actions et choix des régions

L'équipe d'évaluateurs s'est rapidement heurtée à une difficulté dans le choix des actions à observer étant donné l'impossibilité de procéder à un tirage au sort par settings parmi les actions recensées dans les bases de données ad hoc constituées de 2001 à 2004 (confusion entre programme, projet et action).

Après avoir dans un premier temps et avec l'assentiment du comité de pilotage, retenu l'option de faire coïncider le choix des régions et le choix d'une vingtaine de conventions, la mise en pratique s'est révélée extrêmement difficile : d'une part par la faiblesse informative des rapports d'activités et par la fiabilité relative des avenants annuels, d'autre part par la « disparition » des EJT concernés, appelés à d'autres postes et enfin par la difficulté de distinguer la contribution effective et spécifique de l'EJT versus celle de son directeur/superviseur et/ou de l'équipe d'insertion et/ou des partenaires.

Au final, sept projets d'ampleur ont été retenus pour cette analyse de la qualité des actions.

Cette analyse s'est réalisée sur la base d'un canevas ad hoc, produit par nos soins en fonction de plusieurs sources⁹ : elle figure en annexe. L'examen de la qualité des actions procède pour sa part de notre propre analyse.

Concernant le choix des régions, nous avons proposé au comité de pilotage d'opérer ce choix en fonction de six critères, ici repris :

1. Au moins 1/2 des projets retenus sont dotés d'un comité de pilotage
2. Au moins une de ces régions dispose d'un CODES sans EJT
3. Au moins une de ces régions ne dispose pas de CRES
4. Au moins 4 régions sur 6 sont dans les huit plus fortement dotées en EJT, 2 régions sur 6 dans les huit plus faiblement dotées
5. Au moins 4 régions sur 6 sont dans les huit régions disposant du meilleur ratio entre EJT et nombre d'habitants, 2 régions sur 6 dans les huit moins bons ratios
6. Ces 6 régions sont géographiquement réparties sur l'ensemble du territoire

D'entente avec le comité de pilotage, les six régions retenues ont été :

⁸ Relevons également que les 77 répondants sur les données 2001 ont répondu en novembre 2002. Cette "distance" est valable pour les autres années, dans des proportions sensiblement similaires.

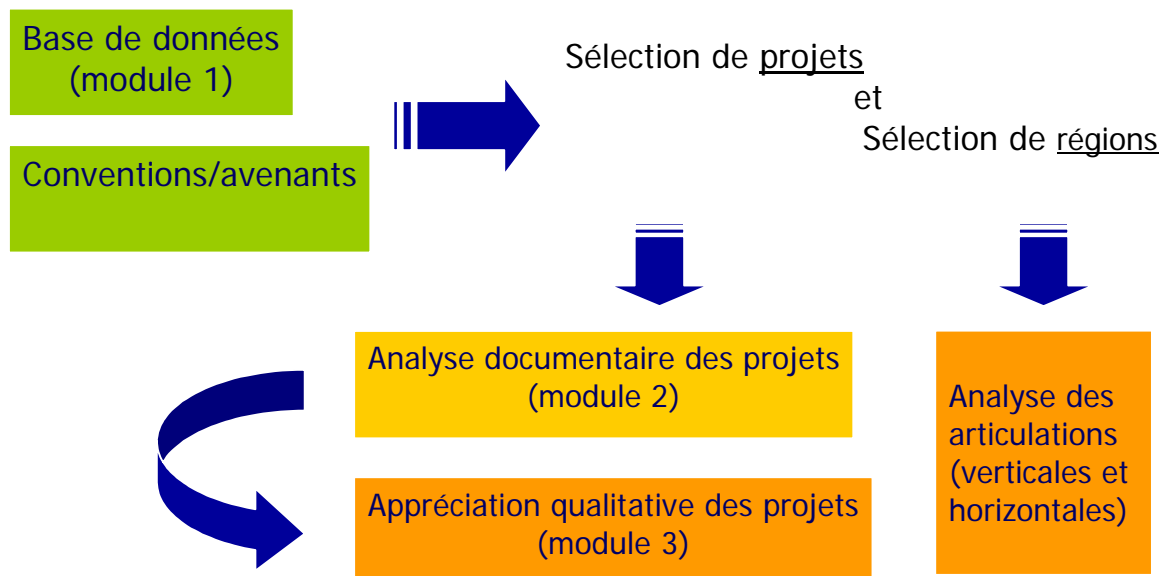
⁹ Selon PREFFI, Blum-Boisgard et al., Quint Essenz et ADSAN.

- L'Aquitaine
- La Basse Normandie
- La Franche Comté
- L'Ile de France
- Le Limousin
- Rhône Alpes

Ce sont dans ces régions que les questions relatives aux articulations, tant verticales qu'horizontales, ont été explorées, à travers la mise en œuvre de groupes focalisés et d'entretiens.

Concernant les actions, la sélection a été réalisée autant que possible dans ces régions (4 sur 7) mais aussi dans 3 autres régions où le matériel disponible était suffisant pour permettre une analyse correcte.

Le dispositif final se présente donc ainsi.



Enfin, et dans la perspective de comprendre l'environnement stratégique lors de la conception du dispositif, douze entretiens sur le plan national ont été réalisés avec des personnes clés du CFES et de l'INPES, la CNAMTS, la FNES, la DGS, et l'Education Nationale¹⁰, pour la plupart décidées en accord avec l'INPES.

La liste complète des personnes rencontrées figure en annexe.

¹⁰ Liste annexe A

3 Description critique du programme

Le plan retenu pour ce chapitre est de :

- 1) retracer brièvement le contexte de la mise sur pied du programme à partir des documents publics souvent elliptiques sur ces questions et surtout sur base d'entretiens réalisés avec plusieurs acteurs centraux de l'époque 1998-2000
- 2) synthétiser l'information contenue dans les documents de base du programme et en faire une synthèse critique
- 3) tenter de dessiner succinctement les politiques nationales et internationales concomitantes, de les comparer au programme du CFES et donc du dispositif EJT et d'essayer de vérifier le transfert d'informations au fil du temps.

Ce dernier exercice doit être orienté vers la comparaison avec le programme EJT et doit donc tenir compte du facteur temps : le programme EJT a été préparé en 1999 et lancé dès 2000 avec une montée en puissance jusqu'en 2001.

Il n'est jamais très facile de retracer 5 ans plus tard les éléments de fait disponibles à l'époque, mais on doit partir de l'hypothèse que le CFES était en position de disposer avec des délais très courts de l'information nationale et internationale et il semble légitime de postuler qu'il avait aussi pour mission d'en informer régulièrement le comité de pilotage du programme et les porteurs de projets, ainsi que les structures institutionnelles qui les accueillait (CRES et CODES).

3.1 Le point de départ

Au départ, il y a le souhait d'un ministre de la santé de faire quelque chose pour le tabagisme dans les lieux publics en France. Ce souhait est saisi au bond par son directeur de cabinet pour agir sur le terrain de l'éducation pour la santé en utilisant une politique nouvelle, les Emplois Jeunes. L'idée est travaillée par un conseiller, lequel implique deux ou trois personnes occupant des postes clés dans les deux institutions concernées, le CFES et la CNAMTS. Ensemble, ils vont transformer l'essai, c'est-à-dire l'idée en programme national associant ainsi la DGS, malgré les inerties ou les résistances ici et là. Le soutien du cabinet ne se démentira pas au cours des longues négociations qui suivront.

Le terrain du CFES n'était pas neutre. Depuis plusieurs années, il y avait eu des débats sur le renforcement des actions de proximité dans les départements dans les CODES, sur la nécessité de développer en plus un niveau régional en raison de la régionalisation progressive de la France, sur l'exigence de prévoir les évolutions des sources de financements possibles et notamment de s'inscrire dans les grandes politiques nationales, régionales ou de la ville par exemple.

Scénario classique des aventures réussies : une fenêtre d'opportunité (ici une volonté politique et un cadre législatif disponible - les emplois jeunes-) quelques personnes déterminées et des institutions porteuses qui soutiennent ou au moins laissent faire en ne s'opposant pas (d'un côté le cabinet et le CFES – moteur conceptuel et pragmatique- et de l'autre la CNAMTS et la DGS).

Vu « l'urgence », il n'y a clairement pas eu assez de temps et/ou d'énergies dans la préparation du programme. Tous les entretiens confirment ceci ainsi que la façon inégale dont les choses se sont mises en place au fil du temps et cela avait déjà été souligné par les auteurs de l'évaluation intermédiaire de 2002¹¹. Néanmoins, on peut considérer que c'est acceptable vu l'enjeu et la fragilité et l'éphémérité des fenêtres d'opportunité.

¹¹ Pour rappel, quelques conclusions de la très pertinente évaluation de LC Conseil – 2002 : (1) sur la phase de préparation :- « Escamotée... », Absence d'analyse stratégique du positionnement des acteurs et communication verticale insuffisante, (2) Recommandations pour « l'aval » : Réflexions sur l'avenir des porteurs de projets et correction du déficit d'informations entre les partenaires régionaux et locaux.

3.2 Les objectifs généraux et les partenariats

Au niveau national, au CFES en particulier, l'intention était bien, via ce dispositif, de renforcer les partenariats locaux, au sein comme à l'extérieur du réseau des comités, dans une logique de structuration et de développement de la prévention du tabagisme et plus largement de l'éducation pour la santé en France, sur tout le territoire et en cohérence avec les politiques régionales de santé. Cette intention s'est traduite par des critères de sélection et de suivi des projets tenant compte de cette dimension (voir document « mode d'emploi » du dispositif et les états des lieux annuels des actions menées).

Il faut dire que le soutien au développement d'un réseau d'acteurs en éducation pour la santé a fait depuis de nombreuses années l'objet d'actions prioritaires au CFES et se poursuit malgré tout à l'INPES, via les pôles de compétences par exemple ainsi que le soutien à la FNES. Il ne pouvait y avoir de surprise que chez ceux qui ne connaissaient pas le CFES. Or la première règle pour l'établissement de tout partenariat est la connaissance du partenaire...

Le programme a été vécu par beaucoup comme « imposé » par les ministres – les plus « politiquement corrects » disent « impulsé » par les ministres - ; pour la CNAMTS en particulier, « elle n'avait qu'à payer » et « cela a été ressenti à Paris mais aussi dans tout le réseau ». Le suivi par les URCAM et les CPAM était annoncé en 2001 (Les textes prévoient que le CFES met en œuvre en accord avec la CNAMTS... le système est porté par les CODES travaillant en lien étroit avec les CPAM, etc.), mais dans les faits il y a eu peu d'enthousiasme. Les CPAM disent : « avec cet argent, on aurait pu faire aussi bien. »¹² : De plus la CNAMTS est réticente à confier la gestion financière au CFES, qui en plus veut élever le niveau moyen de qualification des recrutés pour augmenter la qualité des interventions.

La difficulté observée au niveau national a été de faire se concerter les différentes « têtes de réseaux » nationales : hormis la CNAMTS et le CFES, étroitement et formellement liés par les termes du dispositif dès son montage, les autres acteurs comme la MILDT (réseau des CIRDD), et même si de fait, les deux tiers des CIRDD étaient coordonnés par des comités d'éducation pour la santé) et, au début, certaines associations ont été réticentes et plus difficiles à mobiliser. « Ces têtes de réseau auraient certainement pu faire plus pour accompagner l'intégration des actions au niveau local et en lien avec les politiques nationales ; sans doute aurait-il fallu pour cela les associer davantage à la gestation et au montage du dispositif. »

C'est de fait une condition répétée dans tous les manuels traitant de l'établissement des partenariats. Mais on peut se demander, d'un point de vue pragmatique, si cela n'aurait pas rendu encore plus complexe voire improbable la mise en place du dispositif, tant les logiques (éducation pour la santé et charte d'Ottawa vs approche biomédicale de la santé, prévention du tabagisme et/ou prévention des addictions en général), et les enjeux (politiques et financiers) des uns et des autres diffèrent parfois. De plus, il n'est pas sûr que ces acteurs auraient accepté (cela a déjà été difficile à faire admettre au réseau de la CNAMTS) que le réseau des comités, au nom de son expertise en éducation pour la santé, soit le seul bénéficiaire des moyens alloués par ce dispositif.

¹² Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)

Les activités de la CNAMTS consistent notamment à définir et promouvoir la prévention de la maladie, des accidents du travail et des maladies professionnelles en réalisant des actions nationales utiles. Elle soutient ainsi des projets de prévention du tabagisme menés par l'INPES, collabore avec divers organismes étatiques (Direction Générale de la Santé), etc.

Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM)

Ces 128 organismes de droit privé exerçant une mission de service public assurent les relations de proximité avec les publics de l'Assurance Maladie. Elles ont notamment pour mission de développer une politique de prévention et de promotion de la santé.

Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM)

Ces organismes de droit privé chargés d'un service public n'ont pas de lien hiérarchique avec les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Au nombre de seize, elles ont notamment pour mission de :

- aider les entreprises à évaluer les risques d'accident du travail et de maladies professionnelles dans un but de prévention ;
- développer des actions de formation, de conseil et de prévention sanitaire et sociale dans le domaine de la maladie ;

Il y a eu en effet durant toute la période 2000-2006 et sans doute déjà au préalable, un dilemme permanent qui fut jusqu'à un certain point évacué plutôt qu'abordé de front au cours de la mise en œuvre du programme (peut-être parce qu'il aurait empêché tout accord sur le programme ?). Ce dilemme est celui de la compatibilité jamais évidente entre les principes fondateurs de l'EpS, des approches promouvant l'autonomie et la gestion de sa santé (voir charte d'Ottawa, charte du CFES – INPES) et les tendances actuelles de la prévention, notamment des approches règlementaires. Ce dilemme a été considéré par une des personnes clés du dispositif comme ayant posé problème pour bon nombre de membres du réseau. Dans une des régions visitées, il a de fait occupé encore en 2006 un atelier de deux heures sans que les participants aboutissent à un consensus partagé. Nous nous étions abstenus de soulever cette question de notre propre initiative, compte tenu du fait que nous avons été parmi ceux qui l'avaient soulignée auparavant¹³. Or ce dilemme, présent dans toutes les problématiques, a été particulièrement sensible dans le domaine du tabagisme, en raison de l'évolution du contexte international, lui-même provoqué par l'accumulation progressive de données probantes sur l'efficacité relative des diverses approches. Ainsi qu'on l'a dit dans le chapitre sur les évolutions des politiques et programmes d'autres pays, les données probantes soutiennent plutôt les interventions structurelles de type protection législative et règlementaire de la santé que les interventions de type éducatif. Un exemple directement lié au terrain de la persistance de ce dilemme dans le dispositif est celui du programme « Ecoles sans tabac » : on en dira d'une part qu'il est trop « prévention » et pas assez « éducation pour la santé », tout en admettant avoir peu d'information mais cela n'empêche pas au demeurant de garder une impression que les CESC ont été « instrumentalisés ».

Les EJT se sont trouvés plus ou moins pris dans cette contradiction.

3.3 Description du programme

Programme national de prévention du tabagisme 2000-2002¹⁴ : grandes orientations¹⁵

Contexte

Le Gouvernement fait du sevrage tabagique une priorité de santé publique : un important plan gouvernemental a été présenté en mai 1999, il a pour objet de :

- favoriser l'accès aux traitements
- renforcer les actions d'éducation pour la santé
- encourager la formation et la mobilisation des professionnels de santé et de l'enseignement
- renforcer le respect de la réglementation et l'action sur les prix

L'objectif annoncé est de voir baisser la consommation (recommandation du Haut Comité de la Santé Publique) :

- De 5% par an pour l'ensemble de la population
- De 30% chez les jeunes en trois ans
- De 50% chez les femmes enceintes en trois ans

Différentes stratégies complémentaires

Le programme de prévention du tabagisme 2000-2002 de la CNAMTS et du CFES utilisera différentes stratégies complémentaires en veillant à leur cohérence et à leur articulation :

¹³ Voir J.A. Bury, présentation inaugurale lors de la première université d'été en santé publique, Besançon juillet 2004

¹⁴ Ce programme a été édité par le CFES sous la forme d'un dossier technique.

¹⁵ Résumé de l'annexe n° 4 à l'appel d'offre

- des stratégies et des actions de communication
- des stratégies visant à faire évoluer les pratiques des professionnels (réalisation et promotion d'outils pédagogiques, formation, ...)
- la mise à disposition de moyens (recrutement et formation d'emplois jeunes dans le réseau des comités) et d'outils pour les réseaux des caisses primaires et des comités d'éducation à la santé pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation d'actions de proximité. Ces actions seront menées auprès des jeunes, des femmes, des professionnels de santé, de l'éducation, du champ socio-éducatif, des salariés des entreprises (dont l'hôpital), et des populations défavorisées
- des études prospectives et des évaluations d'actions et d'outils

Objectifs généraux

Le programme 2000-2002 s'inscrit dans la continuité du programme initié en 1997, **l'arrêt restant l'axe fédérateur de l'ensemble des actions**. Les actions menées auprès des fumeurs devront être accompagnées d'un travail permettant de renforcer un climat social favorable à l'évolution des opinions, attitudes et comportements par rapport au tabagisme.

- **Encourager et aider les fumeurs à s'arrêter**

Depuis 1997, les actions se sont inscrites dans une démarche d'empathie qui visait à montrer aux fumeurs que l'on comprenait leurs difficultés. Il s'agit maintenant d'inciter les fumeurs à s'arrêter en montrant et en valorisant plus la réussite que les difficultés.

- **Faciliter le partage des connaissances et (accompagner l'évolution favorable) des représentations sur le tabagisme**

Il s'agit de renforcer les connaissances et les représentations suivantes :

Le tabagisme comporte des risques importants : *Développer les connaissances sur les risques liés au tabagisme actif et passif*. L'information de base, « fumer comporte des risques pour la santé », est aujourd'hui globalement bien connue. Néanmoins, elle est peu précise et l'importance des risques liés au tabagisme continue d'être sous-estimée.

La prévention du tabagisme est une priorité de santé publique : *Montrer l'engagement des pouvoirs publics dans la lutte contre le tabagisme* (« fonction d'agenda setting »)

Ne pas fumer est un comportement qui peut être socialement valorisé : *Contribuer à renforcer la valorisation sociale croissante du non-fumeur et de l'ex-fumeur dans sa réussite*.

Objectifs spécifiques

1. Les femmes

Alerter sur le fait que les femmes constituent le principal enjeu de la lutte contre le tabagisme, faire évoluer les représentations qui continuent de valoriser la femme fumeuse et prendre en compte les spécificités de la femme enceinte.

2. Les jeunes

L'objectif est de prévenir l'initialisation et de conforter le jeune non-fumeur dans son statut de non-fumeur. Parmi les jeunes fumeurs, l'objectif est d'aider à l'arrêt.

On ne saurait dissocier le jeune de son environnement familial, scolaire et social lorsque l'on mène une action de prévention du tabagisme. Parents et professionnels des établissements scolaires ou des dispositifs d'insertion dans lesquels ils seraient impliqués entre 16 et 25 ans seront étroitement associés à ces actions, en lien avec les dynamiques de l'Education nationale dans le champ de la promotion de la santé.

3. Les professionnels de santé

Développer les compétences des médecins généralistes dans la prise en charge du sevrage tabagique et inciter les médecins fumeurs à s'arrêter.

Les pharmaciens, étant donné que l'officine est un lieu stratégique pour l'incitation et l'aide à l'arrêt.

4. Les populations défavorisées

La demande d'outils et d'accompagnement est forte de la part des professionnels qui travaillent auprès des populations défavorisées, que ce soit dans les centres d'examen de santé, les centres d'accueil et d'hébergement, les centres sociaux.

Des actions visant à favoriser l'accessibilité du sevrage aux plus défavorisés seront menées dans les Zones urbaines sensibles coordonnées avec les PRAPS (Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins) et la loi contre les exclusions.

5. Les salariés en entreprise

Le thème du tabac en entreprise permet d'aborder la gestion des conflits, la sécurité, le respect de l'autre, la responsabilité individuelle et collective, l'environnement sain, le respect de la réglementation, d'aborder concrètement le thème du tabagisme passif, et de prendre la mesure du coût du tabac pour l'entreprise en matière d'incendies, d'absentéisme accru, de prise en charge de maladies graves etc.

Les interventions en entreprise, hôpital compris, se feront sous la forme d'actions de proximité menées par les réseaux d'éducation pour la santé et de l'Assurance Maladie.

Extrait du **Dispositif « emplois-jeunes tabac »**, **Mode d'Emploi**, (actualisation de la version du 7 février 2000, 15 mai 2001)

Cadre et objectifs du dispositif

Ce dispositif s'inscrit dans le cadre du programme national de prévention du tabagisme de la CNAMTS et du CFES dont il vient renforcer le volet « actions de proximité ». Il s'agit de renforcer et de diversifier les actions de proximité liées à la prévention du tabagisme en s'appuyant sur les réseaux des Comités locaux d'éducation pour la santé et des Caisses de l'Assurance Maladie. Ces actions s'inscriront en cohérence avec la politique régionale de santé, impulsée par la conférence régionale de santé et mise en œuvre dans le cadre des Programmes Régionaux de Santé (PRS), en lien étroit avec les DRASS et les DDASS.

Les actions devront porter sur le tabac. Il est cependant clair qu'elles s'inscrivent dans une démarche plus large de prévention des dépendances.

Populations concernées

- Les enfants scolarisés (écoles primaires, collèges et lycées)
- Les jeunes 16-25 ans impliqués dans les dispositifs d'insertion
- Les populations défavorisées, en lien avec les Centres d'examens de santé
- Les femmes enceintes
- Les salariés des entreprises
- Les patients hospitalisés et les personnels hospitaliers, notamment du réseau « Hôpital sans tabac »

Modalités d'intervention

- Des actions éducatives qui visent à développer les compétences psychosociales des enfants et des adolescents leur permettant d'envisager un projet de vie sans tabac ;
- Des actions de communication locale visant à développer l'information sur les risques de dépendance, les méthodes de sevrage et les lieux de prise en charge, notamment les Centres d'examen de santé ;
- Des interventions communautaires dans les Zones urbaines sensibles, coordonnées avec les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et la loi contre les exclusions qui visent à favoriser l'accessibilité du sevrage chez les plus défavorisés ;
- Tout type d'interventions éducatives dans le respect de la Charte du CFES.

Dans tous les cas, ces actions devront développer des objectifs de réduction du tabagisme et des dépendances, en favorisant l'accessibilité aux méthodes et lieux de sevrage.

Lieux d'intervention

Les lieux d'intervention à privilégier sont :

- Le milieu scolaire en lien avec les dynamiques de prévention et de promotion de la santé de l'Éducation nationale ;
- Les quartiers en lien avec les PAIO (Permanence d'Accueil d'Information et d'Orientation), les Missions locales et les procédures de mise en œuvre des examens périodiques de santé ;
- Les entreprises, dont les hôpitaux.

Mise en œuvre, pilotage et suivi du dispositif au niveau local et national

Étape 1 : concertation avec les partenaires et montage du projet sur le terrain

Il est demandé aux Comités de concevoir, en accord avec leurs principaux partenaires départementaux et régionaux, des propositions d'actions qui s'inscrivent dans les objectifs généraux du programme national de prévention du tabagisme et dans le cadre des priorités de santé régionales et départementales.

Quatre points guident l'analyse de l'inscription du projet dans le contexte local, ces critères étant déterminants pour le montage du projet :

- *L'inscription du projet dans les priorités et les programmes départementaux et régionaux de santé* : une attention est portée à la cohérence avec les actions des CPAM, des CRAM et des URCAM de manière à favoriser la complémentarité avec les autres initiatives développées dans le cadre du FNPEIS (partenariats radios, actions de communication, etc.) ; à l'articulation avec les PRAM (Programmes Régionaux de l'Assurance Maladie) ainsi qu'avec les PRS (Programmes Régionaux de Santé) ;
- *La concertation avec les principaux partenaires de prévention* (institutions, associations, professionnels relais) ;
- *L'état des lieux des actions menées localement en prévention du tabagisme* de façon à identifier les domaines prioritaires d'intervention ;
- *L'articulation des comités d'une même région* dans le suivi des actions de prévention du tabagisme de façon à optimiser les échanges de pratiques et à travailler dans une perspective régionale en éducation pour la santé.

« Un projet qui n'aurait pas fait l'objet d'une concertation préalable minimale avec la DDASS/DRASS, la CPAM/URCAM et la DDTEFP/DRTEFP, risquerait d'être refusé localement quand bien même le projet aurait été validé au niveau national. C'est la raison pour laquelle cette démarche de concertation devrait être réalisée préalablement à l'envoi du dossier au CFES ».

Etape 2 : le CFES aide au montage du projet et le présente en comité de pilotage national

Le CFES a un rôle d'aide au montage des projets lorsque nécessaire.

Il reformule chaque projet sous la forme d'une fiche technique type. Cette fiche comprend également des éléments d'appréciation du projet autour de cinq volets :

- Le contexte local dans lequel s'inscrit le projet ;
- Le projet lui-même (objectifs, démarche, etc.) ;
- La professionnalisation de la personne recrutée ;
- La capacité du comité à encadrer la personne en emploi-jeune ;
- La stabilité financière du comité eu égard à la viabilité du projet.

3.4 Inscription dans les politiques connexes

Le dispositif tel que prévu s'installe dans un environnement par ailleurs balisé, que ce soit sur le plan national (politiques nationales et structures actives) ou sur le plan international (expériences d'autres pays, recommandations internationales, données probantes). Environnement que ce point se propose d'explorer.

3.4.1 Les grandes politiques et institutions nationales

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT¹⁶)

Un décret de 1997 confie à la MILDT la mission d'animer et de coordonner les actions des ministères compétents en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie. La MILDT cherche à susciter, à travers son propre programme, l'implication de chaque ministère dans la mise en oeuvre du plan et de veiller à la cohérence des actions tant au niveau national qu'international. La MILDT n'a pas vocation à intervenir directement dans la mise en oeuvre des différentes problématiques liées à la lutte contre la drogue mais à impulser et coordonner les différents intervenants du champ en leur donnant les outils nécessaires à la conduite de leurs actions.

Le programme de la MILDT s'appuie sur quatre opérateurs : il s'agit des trois groupements d'intérêt public (DATIS, OFDT, CIFAD) et d'une association (Toxibase) financés par les crédits du programme, l'objectif à terme étant de trouver des cofinancements avec d'autres partenaires publics (voir plus loin pour des détails concernant ces opérateurs).

Les actions de la MILDT sont de trois ordres : la coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif, l'expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi, et la coopération internationale.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies¹⁷

Organisme public chargé du recueil, depuis 1995, de l'analyse et de la synthèse des données relatives aux drogues illicites, à l'alcool et au tabac en France.

L'OFDT est l'un des relais nationaux de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, agence de l'Union européenne basée à Lisbonne, qui a pour mission de fournir des informations au niveau européen sur le phénomène des drogues et des toxicomanies et leurs conséquences¹⁸.

¹⁶ www.drogues.gouv.fr, (Mission interministérielle pour la lutte contre la drogue et la toxicomanie 2004);(Mission interministérielle pour la lutte contre la drogue et la toxicomanie 2006)

¹⁷ www.ofdt.fr/

¹⁸ www.emcdda.eu.int

L'OFDT fait paraître mensuellement depuis 2004 un tableau de bord mensuel tabac¹⁹ : Ventes de cigarettes, ventes de substituts nicotiques, nombre d'appels traités par Tabac info service, nombre moyen de nouveaux patients dans les consultations de tabacologie, etc.

A relever que l'OFDT a publié en 2002 pour le compte de l'Education nationale et de la MILDT : « Le tabac en milieu scolaire- Résultats de la première évaluation de la loi Evin dans les écoles, collèges et lycées »... Mais dans le rapport d'évaluation sur les rapprochements des dispositifs spécialisés²⁰ on trouve très peu de mentions du tabac, sauf p 66 :

« on observe en interne le développement de compétences en tabacologie, le monde de la tabacologie hospitalière se sentant relativement peu concerné par le public des centres spécialisés et la prise en charge globale des addictions.

Comme en témoigne tout simplement le faible intérêt accordé à notre demande de participation aux Groupes focaux de discussion par les responsables de ces consultations hospitalières, le plus souvent rattachées aux services de pneumologie ou de cardiologie, ces professionnels se sentent différents des autres spécialistes des conduites addictives.

En miroir, il faut souligner que la prise en compte du tabagisme dans les CSST n'a pas atteint le même niveau de considération que celle de l'alcoolisme.

Notre analyse nous incite à rechercher les causes possibles à ces deux constats dans les différences des publics pourtant concernés par la même addiction. »

Et dans les recommandations : « le rapprochement des structures spécialisées ne peut pas correspondre ... à la prise en charge des abus isolés de tabac. »

Il semble que le passage du tabagisme vers les addictions se soit produit avec peu d'enthousiasme de part et d'autre... du côté des addictologues et des tabacologues autant sans doute que du côté des populations concernées mais probablement pas consultées. La France n'est pas le seul pays où ce rapprochement ait été entrepris récemment (ainsi en Suisse). Il correspond certes à une vision bio-médicale du problème, il est moins sûr qu'il corresponde à la réalité des pratiques des intervenants et encore moins au vécu des usagers consommateurs. L'avenir dira sa pertinence.

Le Comité National contre les Maladies Respiratoires (CNMR)²¹:

Le CNMR est entièrement indépendant (financement sur la base de dons). Il fonctionne autour de 3 axes de travail majeurs, relayés par un réseau de Comités Départementaux contre les Maladies Respiratoires :

- Aide sociale aux malades ;
- Soutien à la recherche scientifique en Pneumologie ;
- Information et prévention du grand public et des patients sur les maladies respiratoires et leurs facteurs de risque.

Ses missions sont :

- Prévention et éducation auprès des jeunes : « Campagne du timbre », programme « Objectif école sans tabac » ;
- Information et éducation du grand public et des patients : site internet, brochures, mise en place des C.E.R (Centre d'Education Respiratoire) pilotés par les Comités Départementaux pour les patients asthmatiques et les insuffisants respiratoires, prise en charge de centres de sevrage tabagique.

¹⁹ www.drogues.gouv.fr/article44.html

²⁰ Duburcq A. et Sannino N., Rapprochement des dispositifs spécialisés, OFDT, 2003

²¹ www.lesouffle.org

Or on ne trouve pas mention de ses initiatives dont le projet « objectif Ecole sans Tabac » lancé en 2000, en collaboration avec les CESC (comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté) des écoles, qui détaille des recommandations voisines de celles des USA (cf. infra).

« Les campagnes de sensibilisation au tabagisme, les journées de mobilisation, les interventions des éducateurs sanitaires dans les classes s'y multiplient, largement encouragées par le Ministère de l'Education Nationale. Les Comités Départementaux contre les Maladies Respiratoires (CDMR) y sont très actifs.

*Afin de structurer ces démarches d'éducation à la santé, votre CDMR vous propose aujourd'hui **d'inscrire ces actions dans un cadre plus global** en participant au programme « Objectif Ecole sans Tabac ». Ce projet est basé sur une **Charte Ecole sans Tabac** qui définit les thèmes importants de mise en place d'une **réelle politique de prévention du tabagisme** avec pour objectif minimum le respect de la loi Evin, pour objectif maximum la réelle promotion de la volonté de ne pas se mettre à fumer.*

La charte prévoit une mobilisation progressive de tous les acteurs de la vie de l'établissement scolaire : direction, enseignants, personnel non enseignant, parents et élèves autour d'un thème commun : le tabac. Ce principe de mobilisation collective a fait ses preuves dans un projet similaire « Hôpital sans tabac » lancé il y a quelques années. »

Pas de mention non plus de la circulaire éducation nationale N°2000-067 DU 4-5-2000, à laquelle le CNMR se réfère explicitement pour appuyer ses recommandations et qui rappelle aux directeurs d'établissement leurs « devoirs » par rapport à la prévention du tabagisme.

La fédération française de cardiologie (FFC) :

La campagne annuelle « jamais la première cigarette » a débuté en 1999. En 2006, 920 établissements ont participé à cette campagne. Plus de 3 000 kits ont été envoyés. Le programme a reçu plus de 900 story-boards, 18 000 questionnaires papier et près de 2000 en ligne.

La Fédération Française de Cardiologie a reçu plus de 30 000 questionnaires d'enquête sur les conditions d'initiation au tabagisme. Ces derniers ont été analysés et publiés sous forme d'un baromètre annuel (depuis 2002) qui permet d'analyser les évolutions.

Elle anime plus de 180 clubs cœur et santé.

La Ligue nationale contre le cancer (LNCC)²²

Fondée en 1918, la LNCC a comme mission de soutenir les malades, mais également de mener des actions de prévention des cancers (éducation à la santé & dépistage).

La Ligue Nationale Contre le Cancer fédère 101 Comités Départementaux sur tout le territoire national et les DOM-TOM. Chaque Comité Départemental comprend des structures d'information, de soutien et de coordination.

Ce sont les Comités Départementaux qui organisent la collecte de fonds. Les fonds recueillis sont investis au niveau départemental pour ce qui concerne les actions auprès des malades et la prévention. Concernant le soutien à la recherche, les subventions sont attribuées aux centres de recherche performants, installés dans les grandes métropoles, après expertise de Conseils scientifiques et dans le cadre des priorités de recherche définies par le Conseil d'Administration de la Ligue.

En 2005, l'ensemble des actions « Tabac » conduites par le Siège a représenté 1.645 K€ (en augmentation de 237 % par rapport à 2004).

Exemples d'actions menées :

- Observatoire inter-associatif des promotions et publicités illicites pour les produits du tabac et droit et jurisprudence du tabac
- Organisation de conférences scientifiques

²² www.ligue-cancer.net, (Ligue nationale contre le cancer 2006)

- Subventionnement à de nombreuses actions locales
- Création d'outils d'information et d'outils pédagogiques (Ex : Club Pataclope destiné aux jeunes afin d'éviter qu'ils ne commencent à fumer²³)
- Nombreuses collaborations avec d'autres organisations, Etat compris

Comité National contre le Tabagisme²⁴

Cinq objectifs :

- Créer un espace public et professionnel libre de la fumée du tabac
- Eradiquer toute promotion du tabac
- Prévenir les maladies liées au tabagisme
- Soutenir la lutte contre le tabagisme par l'obtention de financements provenant de la vente des produits du tabac
- Mettre en place une autorité nationale de régulation du tabac et de la nicotine

Deux axes :

- les actions juridiques
- les actions de prévention

L'une des particularités de l'association réside dans son engagement majeur au niveau de la prévention judiciaire.

- La protection des personnes enfumées, notamment sur leur lieu de travail : Depuis 1997, une assistance pratique et juridique est assurée. Des spécialistes du monde du travail, du droit social et de la législation antitabac interviennent auprès des responsables d'établissements afin que les dispositions relatives aux interdictions de fumer soient respectées.
- Le lancement de procédures judiciaires à l'encontre de l'industrie du tabac et de ses complices pour violation des dispositions législatives et réglementaires.

Association « Les Droits des non-fumeurs »

Cette association reconnue de mission d'utilité publique, intervient depuis plus de 30 ans, pour la protection des non-fumeurs et la bonne application de la Loi Evin. L'association dispose de 8 relais régionaux où des interlocuteurs locaux renseignent et aident toutes personnes souhaitant plus d'informations sur la législation antitabac.

Cette association répond aux questions du public et aide les individus dans leurs démarches anti-tabac : permanence téléphonique, site internet, forum.

Elle travaille également sur 3 grands projets dans le cadre du Plan Cancer :

- Entreprises sans tabac (accompagnement des entreprises dans leur mise en conformité)
- Les restaurateurs luttent contre le cancer (information et sensibilisation des restaurateurs)
- Les universités d'Alsace contre le tabagisme (accompagnement dans leur mise en conformité & campagnes de prévention)

²³ www.pataclope.com

²⁴ www.cnct.org

Réseau « Hôpital sans Tabac »²⁵

En juillet 1996, le Réseau Hôpital Sans Tabac est créé à l'initiative de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) et de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des Personnels de Santé (M.N.H.). Il a pour vocation de fédérer les établissements de soins autour de la prévention et la prise en charge du tabagisme.

Le Réseau Hôpital Sans tabac s'est étendu à l'ensemble du territoire pour rassembler, fin 2005, plus de 680 établissements publics ou privés de toute taille.

La mobilisation des médecins et personnels paramédicaux a permis une meilleure application de la loi Evin à travers l'inscription du tabagisme au rang des priorités de l'institution hospitalière. Une stratégie de communication envers les patients et leur famille a été mise en place. Des actions de formation à la prévention et à la prise en charge du tabagisme pour les hospitaliers ont été instituées.

Le Réseau Hôpital Sans Tabac se développe actuellement avec Maternité Sans Tabac.

En conclusion, on peut garder quelques doutes quant au bien-fondé et encore plus quant à la faisabilité du rapprochement avec la MILDT. En revanche, on ne comprendrait pas bien qu'un investissement fort n'ait pas été réalisé pour se coordonner avec les initiatives des autres acteurs recensés, notamment les hôpitaux, le CNMR, la FFC et les ligues contre le cancer.

3.4.2 Les grandes politiques internationales

Peu de mentions des politiques des grands organismes internationaux, hormis dans tabac actualités et lors des journées de formation. Or, même si la CCLAT et les building blocks sont de 2003, l'OMS avait publié plusieurs documents cadres depuis la fin des années 1990, ainsi que la banque mondiale, l'UE et plusieurs de ses états membres, dont le réseau ENYPAT, Globalink, de l'UICC, le CDC, etc.

L'OMS

L'OMS a été très active dans le domaine de la prévention du tabagisme et a même produit une première mondiale en 2004 avec la Convention-cadre de lutte contre le tabac (CCLAT) : Ce travail de longue haleine politiquement promu grâce à l'influence de la DG le Dr Gro Brutland, qui a permis l'adoption des recommandations préconisées par la regrettée Ruth Roemer, reflétait assez bien l'évolution des idées devant les faits en matière de lutte contre le tabagisme, évolution que l'on retrouve aussi dans les « Building Blocks ».

Le renforcement des capacités nationales est ainsi considéré comme une priorité urgente pour exécuter des programmes nationaux de lutte antitabac qui soient efficaces et durables²⁶.

Même écho dans la série des « success stories and lessons learned », série de publications pour aider les pays à mettre en œuvre des programmes efficaces basés sur les preuves.

Les thèmes couverts sont :

- Taxation (incluant la contrebande)
- Interdiction de la publicité
- Politiques de lieux sans fumée
- Etiquetage et emballage (incluant les annonces)
- Accessibilité effective aux centres de traitement de la dépendance

²⁵ www.hopitalsanstabac.org
²⁶ (Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2005)

- Campagnes Mass media (incluant la contre-publicité)
- Surveillance et monitoring
- Actions en justice pour l'intérêt public

Recommandations générales: Législation en faveur des lieux de travail sans fumée²⁷

Les actions volontaires dans ce domaine tendent à être graduellement remplacées par des législations nationales. Il se pourrait que les actions volontaires puissent favoriser l'introduction d'une législation, mais elles ne sauraient la remplacer.

Des études récentes démontrent que l'interdiction de fumer n'a pas d'effets économiques défavorables dans le secteur de la restauration / accueil. Il importe de faire connaître ces études afin de mettre en avant les intérêts économiques comme les intérêts de santé publique de cette interdiction.

Organisation Internationale du Travail (OIT)²⁸

Sous les auspices de l'OIT, plusieurs conventions internationales et recommandations ont été adoptées afin de promouvoir un environnement de travail sain. Les pays qui ont ratifié ces conventions sont tenus légalement de s'y conformer et de prendre les mesures nécessaires au niveau national.

La Convention 139 sur le cancer professionnel (OIT 1974) et la Convention 148 sur le milieu de travail (OIT 1977) sont en lien avec la protection des travailleurs contre le tabac, quoique les termes « tabac / tabagisme » ne soient mentionnés explicitement dans aucun des deux documents.

La France a ratifié ces deux conventions (C139 en 1994, C 148 en 1985).

L'Union Européenne

La législation européenne de lutte contre le tabac est composée de directives contraignantes, de résolutions et de recommandations et de programmes dont :

ENYPAT

ENYPAT est un réseau de spécialistes de la prévention du tabagisme chez les jeunes, financé par l'UE, qui promeut une collaboration européenne dans les domaines de l'échange d'informations et de construction de programmes. Il a environ 2000 membres.

ENYPAT coordonne des programmes de prévention et d'aide à l'arrêt du tabac chez les jeunes ; chaque année plus d'un demi million de jeunes participent à ses programmes.

En plus de production d'outils et de méthodes, ENYPAT publie une lettre d'information bilingue, des feuillets de synthèse, etc.

Même si ce programme de 1996 à 2005 est terminé, il a été actif pendant la durée du dispositif « emploi jeunes tabac ».

ENSP : the European Network on Smoking Prevention

Ce réseau fournit des informations régulières sur les évolutions et les progrès de la lutte anti-tabac dans les différents pays de l'UE²⁹.

²⁷ (World Health Organization (WHO-Europe) 2006)

²⁸ www.oit.org

²⁹ L Joossens and M Raw, The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity, Tobacco Control. 2006 Jun;15(3):247-53.

<http://tc.bmjournals.com/cgi/content/full/15/3/247?ijkey=ChA3HDK8oqYx.&keytype=ref&siteid=bmjournals>

Campagne Help - pour une vie sans tabac³⁰

La Commission Européenne - le Directeur général de la santé et de la protection des consommateurs - a lancé une campagne médiatique « Help - Pour une vie sans tabac » (**Health European Leading Program** (Programme Européen de lutte contre le tabagisme)). La campagne vise à promouvoir des styles de vie sans tabac, à mettre en évidence les dangers de la fumée passive, à soutenir la tendance actuelle qui consiste à augmenter le nombre de lieux publics sans fumée et à contribuer à « dénormaliser » le tabac.

Help est une campagne multimédia, d'un montant de 72 millions d'euros et visant prioritairement une population âgée de 15 à 30 ans. Lancée en mai 2005, elle se déroulera jusqu'en 2008.

Les jeunes : recommandations aux USA³¹

Exemple : les écoles sans tabac aux USA et les recommandations du Surgeon General de 1999 (confortant celles de 1994) :

- Elaborer une politique de l'école
- Informer sur le tabagisme, de l'initiation à l'arrêt
- Elaborer un curriculum du primaire au secondaire
- Former les enseignants
- Impliquer les parents
- Aider à la cessation
- Evaluer le programme

Ou l'exemple de la Caroline du Nord (2000) pour les écoles :

- Etape 1 : Aller chercher l'appui nécessaire à une politique, à l'école, interdisant le tabagisme partout (i.e. dans l'école, sur les terrains, lors d'événements, dans les véhicules, etc.) et en tout temps.
- Étape 2 : Créer ou utiliser un comité scolaire déjà existant pour recommander la politique antitabac.
- Étape 3 : Développer une première version de la politique en complémentarité avec les mesures qui s'appliquent déjà au milieu scolaire.
- Etape 4 : Présenter et faire adopter la politique à la commission scolaire.
- Etape 5 : Planifier l'implantation et les stratégies d'application de la politique.
- Étape 6 : Faire connaître la politique de façon positive dans le milieu scolaire et dans la communauté.
- Etape 7 : Implanter la politique.
- Étape 8 : Faire une promotion continue de la politique et évaluer sa mise en application et son impact.³²

³⁰ <http://en.help-eu.com>

³¹ Traduction de l'INSPQ cité infra

³² Source : 8 Steps to Tobacco-Free schools du département de la santé et des services sociaux de la Caroline du Nord(104).

Le Québec

L'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) a publié en 2004 un rapport³³ faisant la recension des écrits portant sur l'efficacité des diverses mesures de contrôle du tabagisme, en se basant essentiellement sur des synthèses et des méta-analyses existantes.

En conclusion, le rapport propose une série de recommandations par ordre de priorité :

1. Augmentation des taxes
2. Politique scolaire interdisant au personnel et aux élèves l'usage du tabac sur les terrains des écoles primaires et secondaires.
3. Campagnes médiatiques de longue durée
4. Interdire l'usage du tabac dans tous les lieux publics fermés
5. Programme scolaire global de la 6^{ème} au bac
6. Programmes communautaires
7. Mesures de contrôle de l'étalage et de l'emballage des produits du tabac.

Globalink

Le site web de l'UICC (Union Internationale Contre le Cancer) offre l'information sans doute la plus complète sur tout ce qui concerne la prévention du tabagisme.

Il y a une série de bulletins d'infos spécifiques par pays, qui existent pour une trentaine sur les 50 pays de la région européenne de l'OMS, mais pas pour la France ...

La Banque Mondiale

Depuis une dizaine d'années, la Banque Mondiale s'est associée aux efforts internationaux dans la lutte contre le tabagisme et met à disposition des rapports qui couvrent le spectre complet des actions recommandées, depuis les mesures législatives et économiques jusqu'aux programmes scolaires.

Politiques nationales

Un rapide panorama des politiques de plusieurs pays proches (Allemagne, Espagne, Irlande, Italie, Royaume Uni, Suisse, Australie, Canada et Etas Unis) a été dessiné en annexe avec un accent particulier sur les mesures récentes et les structures de mise en œuvre.

En résumé, ce qui ressort de ces sources d'information est une tendance lourde en prévention du tabagisme qui va dans le sens des mesures de protection de la santé par des voies législatives, de la taxation à l'interdiction de la publicité, accompagnée par des mesures d'aide à la cessation.

Les programmes éducatifs ont de moins en moins d'importance en raison de leur efficacité comparativement limitée. Les plus efficaces semblent bien être ceux qui sont fondés sur une approche globale de l'institution scolaire dans toutes ses composantes, autour d'une politique d'établissement et dans la durée.

Parallèlement, ces programmes ainsi que les campagnes d'information grand public deviennent progressivement des moyens d'information pour encourager le soutien de la population à ces mesures contre les efforts permanents et considérables de l'industrie du tabac.

33 Lalonde M., Heneman B., La prévention du tabagisme chez les jeunes, INSPQ, 2004

3.5 **Éléments prégnants de la mise en œuvre**

Même si cela ne faisait pas l'objet de cette évaluation, le soutien administratif du CFES, puis de l'INPES, qui ont successivement encadré la mise en route du dispositif notamment par des instructions claires pour le dépôt et la gestion des dossiers, puis pour le suivi des contrats au fil des années, mérite d'être ici mentionné en premier lieu. En soi, cette gestion administrative du dispositif s'est avérée être opérationnelle.

Certains éléments, endogènes ou exogènes au dispositif, nous semblent intéressants à relever à ce stade du rapport.

Il s'agit notamment des pratiques de formation et de leur perception, des vecteurs d'informations CFES/INPES – Réseaux/EJT, mais également de quelques données de base sur les EJT eux-mêmes et bien entendu la substitution du CFES par l'INPES.

3.5.1 **Le « passage » du CFES à l'INPES**

La CNAMTS a été longue à se rallier et de plus s'est relativement désintéressée du programme après le passage du CFES à l'INPES notamment en raison des changements dans le style de relations entre les deux institutions sur l'ensemble de leurs activités et pas spécifiquement sur le programme EJT.

En effet les principaux partenaires décrivent avec une amertume perceptible plusieurs années après, la perte de la proximité des échanges et de la collaboration entre DGS, CNAMTS et CFES : *« on faisait tout ensemble, préparation des campagnes par ex., on avait deux réunions par mois »*. Un autre dira : *« la collaboration a été cassée »*.

Du côté de l'éducation nationale, on souligne que la collaboration a surtout changé de caractère : moins personnalisée et plus formelle (convention de partenariat) : Elle est jugée satisfaisante même si dans le cas particulier du dispositif EJT, elle est restée limitée et que le programme « lycées sans fumeurs » s'est développé indépendamment.

La distance s'est aussi installée à l'INPES vis-à-vis du réseau, doublée par le passage à une autre logique administrative, celle d'un établissement public avec les lourdeurs bureaucratiques considérables que cela implique, en France en particulier. *« On est passé d'une institution « accompagnante » à une institution « contrôlante »...*

Leitmotiv dans le réseau en effet : *« Avec la fin du CFES et la création de l'INPES, on est devenu orphelins, l'INPES c'est anonyme. On ne sait rien de la CNAMTS. On a l'impression qu'il est inutile d'appeler l'INPES pour négocier avec le CNMR par exemple »*, dira-t-on en région.

De plus le passage s'est produit en pleine montée en puissance du dispositif (voir fig. 1) et a provoqué un temps d'arrêt à un moment vulnérable, heureusement réduit par la continuité d'une partie du personnel clé. Mais quand même on admet les faits : *« Oui il y a eu une paralysie d'un an lors du passage CFES – INPES, paralysie des décisions et surtout des formations »* ; de fait il y a eu le temps nécessaire pour commencer à comprendre le réseau (pour le personnel nouveau). *« Les EJT était un produit CFES, implanté dans le réseau CFES, l'INPES héritant des deux sans les avoir voulus »*.

Complicquée aussi la création de la FNES, que le CFES a beaucoup aidée après le vote négatif du réseau pour devenir partie de l'INPES (*« ils voulaient garder leur indépendance liée au statut associatif »*). Complicquée encore l'affirmation de cette FNES et les relations INPES – FNES – réseau, sans parler des luttes internes dans le réseau : *« Un réseau « sans l'être » dira un proche : des associations indépendantes et jalouses de l'être, avec un message répété : « pas d'ingérence », sans parler en plus des dinosaures... »*.

Au passage, beaucoup considèrent que la FNES ne semble pas avoir trouvé encore une présence convaincante : *« La FNES n'est pas très active ni réellement représentative, faible et floue, peut-être un interlocuteur obligé mais pas un acteur crédible ! »*.

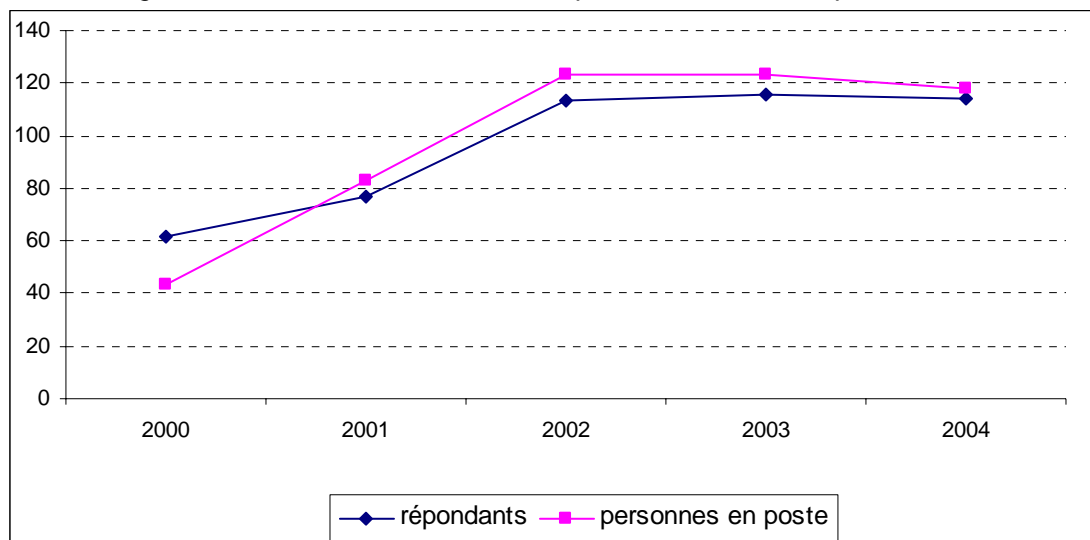
Cet environnement – fluctuant - n'a cependant pas empêché le programme de se déployer sur le terrain et de monter en charge.

3.5.2 Profil et ancrage des EJT

Montée en charge du dispositif

Les courbes suivantes montrent l'évolution du nombre d'EJT répondant aux questionnaires de 2001 à 2004 et en poste selon les conventions. Les données 2000 correspondent au nombre cité lors la rencontre nationale du dispositif EJT le 4 décembre 2000 avec la participation du CFES, CNAMTS, DGS, et DGEFP. Ce graphe illustre ainsi la montée en charge progressive du dispositif.

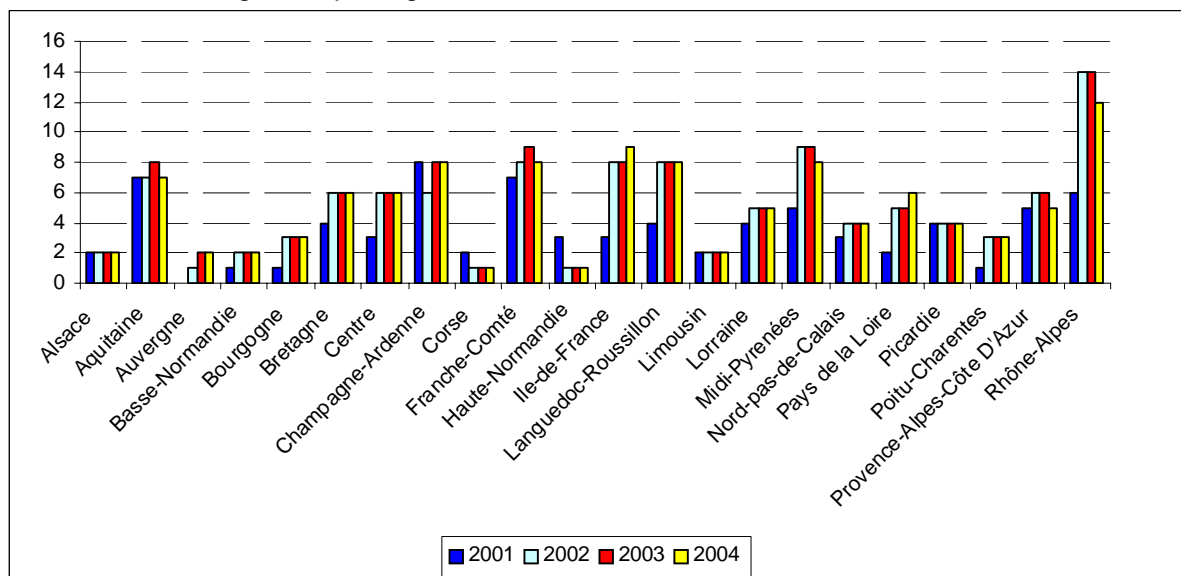
Figure 1: évolution du nombre d'EJT répondants et d'EJT en poste de 2000 à 2004



Répartition régionale des EJT

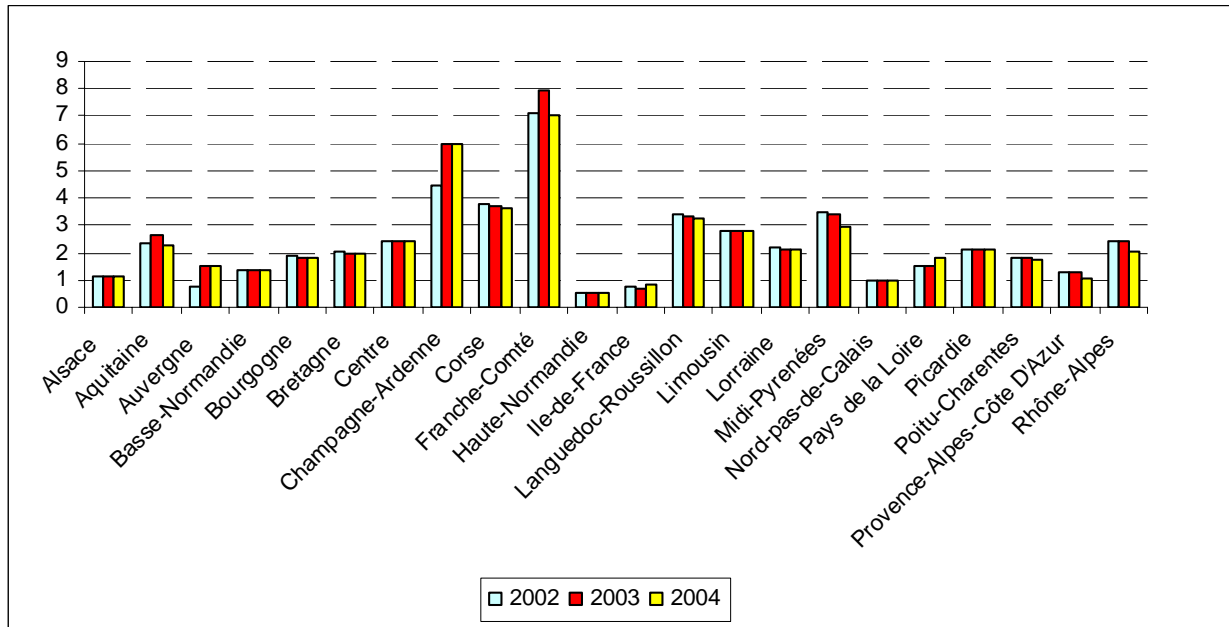
Les données 2001 à 2004 montrent une répartition inégale des EJT suivant les régions, certaines apparaissant comme plus fortement dotées que d'autres. Le graphe suivant reprend ces données, en excluant les DOM-TOM.

Figure 2 : par région : évolution du nombre d'EJT de 2001 à 2004



Il est peut-être plus intéressant de considérer cette disparité de dotation en fonction de l'importance de la population de chaque région. En prenant en compte les données de recensement et en les rapportant à la dotation régionale en EJT, nous obtenons le graphe suivant qui montre une autre image de la disparité qui existe entre les régions. Les deux régions les plus fortement dotées – Franche-Comté et Champagne-Ardenne – ont ainsi respectivement plus de 7 et 5 emplois jeunes par million d'habitants. La Haute-Normandie est la moins bien dotée en disposant d'environ 0.5 poste par million d'habitants.

Figure 3 : par région : nombre d'EJT par million d'habitants



Enfin, le tableau suivant présente différentes données relatives à 2004, année de représentativité totale des EJT dans l'enquête d'état des lieux. Ce tableau illustre la disparité des dotations en fonction du nombre de comités répondant et de départements, mais relativise toutefois les écarts constatés dans le graphe précédent.

Tableau 1: données descriptives sur les EJT et comités, par région en métropole³⁴ en 2004

	Nbr EJT	Nbr comités	Nbr départements	Ratio EJT/comité	Ratio EJT/départ.
Alsace	2	1	2	2.0	1.0
Aquitaine	7	5	5	1.4	1.4
Auvergne	2	2	4	1.0	0.5
Basse-Normandie	2	1	3	2.0	0.7
Bourgogne	3	3	4	1.0	0.8
Bretagne	6	5	4	1.2	1.5
Centre	6	5	6	1.2	1.0
Champagne-Ardenne	8	5	4	1.6	2.0
Corse	1	1	2	1.0	0.5
Franche-Comté	8	5	4	1.6	2.0
Haute-Normandie	1	1	2	1.0	0.5
Ile-de-France	9	4	8	2.3	1.1
Languedoc-Roussillon	8	5	5	1.6	1.6
Limousin	2	2	3	1.0	0.7
Lorraine	5	5	4	1.0	1.3
Midi-Pyrénées	8	6	8	1.3	1.0
Nord-Pas-de-Calais	4	2	2	2.0	2.0
Pays de la Loire	5	6	5	0.8	1.0
Picardie	6	3	3	2.0	2.0
Poitou-Charentes	4	3	4	1.3	1.0
Provence-Alpes-Côte D'Azur	3	5	6	0.6	0.5
Rhône-Alpes	12	8	8	1.5	1.5
TOTAL	112	83	96	1.3	1.2

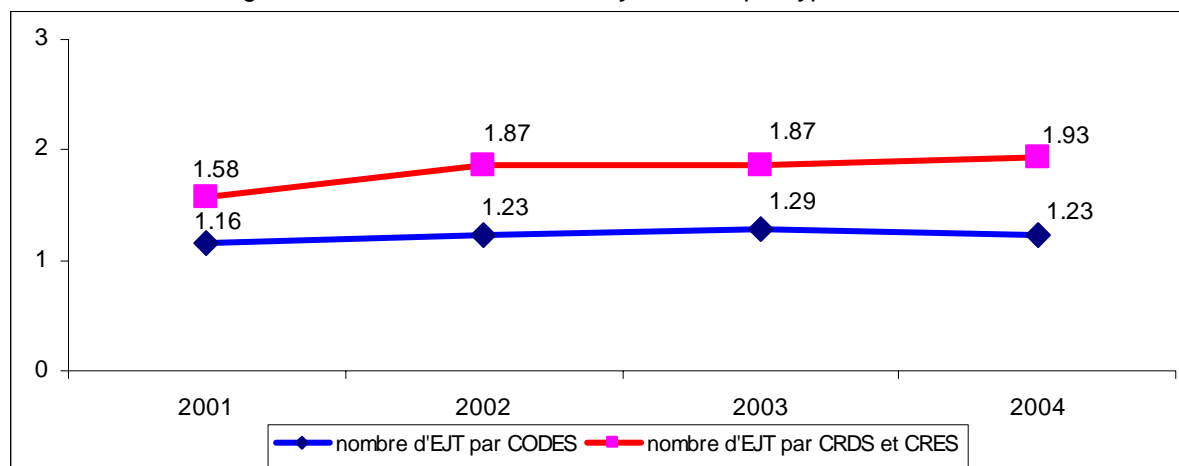
³⁴ Deux EJT (à la Guadeloupe et à la Martinique) ne sont pas compris dans ce tableau : il a été convenu avec le comité de pilotage de se centrer sur la situation en France métropolitaine.

Attaches institutionnelles

De façon continue de 2001 à 2004, les trois-quarts environ des porteurs de projet ont été employés dans des CODES, et le dernier quart dans les CRDS-CRES.

Cependant, les CRDS/CRES disposent de plus d'EJT en moyenne que les CODES, ainsi que le montre le graphe suivant.

Figure 4: évolution du nombre moyen d'EJT par type de structure



De 2001 à 2002 le nombre d'EJT a augmenté de 36 et le nombre de comités entrant dans le dispositif par 19, ce qui permet de formuler l'hypothèse que la plupart des nouveaux EJT ont été recrutés par ces nouveaux comités.

Niveau de recrutement

On observe une constance certaine dans les différents niveaux de recrutement des EJT : une minorité de "niveau 1" (promoteur d'information et d'éducation pour la santé ; bac à bac+ 2), une grande majorité de "niveau 2" (agent de développement en santé, agent de communication locale ; bac + 3 / 4), et près d'un tiers de "niveau 3" (agent de coordination en santé ; bac + 5).

Le tableau suivant illustre la répartition selon le niveau d'engagement et le type de structure (CODES ou CRES) des 219 EJT placés dans le cadre du dispositif³⁵.

Tableau 2 : répartition de la totalité des personnes passées par le dispositif, par type de structure

	Niveau 1	En %	Niveau 2	En %	Niveau 3	En %	Total
CRES	6	11.3%	31	58.5%	16	30.2%	53
CODES	13	7.8%	103	62.0%	50	30.1%	166
total	19	8.7%	134	61.2%	66	30.1%	219

³⁵ Ces données sont issues du tableau récapitulatif des personnes placées dans le cadre du dispositif, INPES.

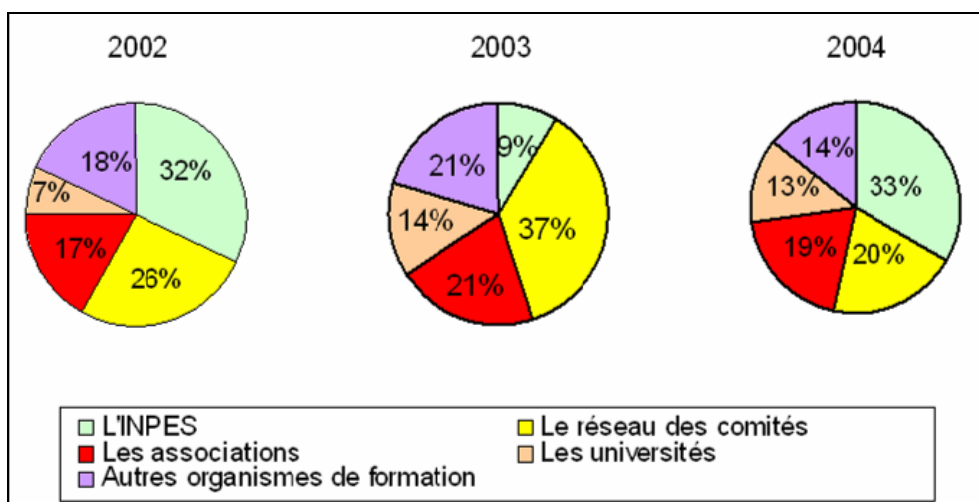
3.6 Les formations suivies

Les EJT ont suivi majoritairement des formations généralistes en éducation pour la santé ainsi que des formations sur le tabac et les dépendances, ceci particulièrement en 2002, soit au terme de la montée en puissance du dispositif.

En 2004, sur les 216 modules de formations suivis par les 114 répondants, 42% ont été d'ordre généraliste en éducation pour la santé et 26% plus axées sur les thèmes tabac et dépendances.

Ces formations ont été organisées principalement par les comités et l'INPES. En 2003 l'INPES n'a organisé qu'une séance de formation, ce qui explique la chute des chiffres observée cette année-là.

Figure 5 : organismes formateurs, de 2002 à 2004



La grande majorité des porteurs de projet ont suivi au moins une formation.

Tableau 3 : suivi de formation par les EJT, de 2002 à 2004

	2001	2002	2003	2004
% ayant suivi au moins une formation	ND	84%	79%	84%
Nombre total de formations suivies	ND	255	205	216
Nombre moyen de formations suivies	ND	2.68	1.76	2.25

La « rupture » de 2003 s'explique en partie par la mise en place progressive des formations de l'INPES.

Regards qualitatifs sur la formation

Sur un plan qualitatif, les EJT rencontrés considèrent que l'accent sur la formation a été présent et qu'ils ont pu se former de manière complète. Les formations INPES ont été appréciées mais beaucoup regrettent leur caractère trop tardif. Parmi les EJT rencontrés, beaucoup étaient en place depuis 2 ans quand les premières formations leur ont été offertes. Relevons que la plupart des engagements se sont réalisés dans une phase précédant de peu la substitution du CFES par l'INPES.

Si l'offre de formation de l'INPES est jugée de qualité (certains ont perçu une augmentation de la qualité lors du passage CFES à l'INPES), les différentes formations ont été plus ou moins bien vécues, avec des différences de qualités selon l'animateur/formateur... « Peu d'échanges en séance – très théories..., plus d'échanges en dehors. »

L'accès à de nombreuses formations courtes, en tabacologie mais aussi en méthodologies de projets et même en éducation pour la santé en général ou en santé publique, a parfois été vécu comme une chance que les autres membres de l'équipe n'avaient pas. Mais ailleurs, la formation était perçue par l'équipe du CODES comme une contre partie à un salaire plutôt modeste de l'EJT. En revanche, il y a eu parfois quelques débats entre les « anciens » qui privilégient leur expérience et les nouveaux qui proposent des nouveaux outils.

« Aucun autre collaborateur n'a eu autant de possibilité de formation que les EJT. Ce qui a été parfois mal vécu par certains collaborateurs des CODES. »

Les formations ont permis aux EJT de se former et de revenir avec des compétences et des supports utiles à faire évoluer la discussion et les méthodes d'intervention. *« La qualité des actions a augmenté en termes de méthodologie, ça a permis de remettre en question nos pratiques. » « Nous sommes rentrés avec des méthodes et des classeurs, dans les équipes il y a parfois eu des tiraillements entre nous et les anciens qui privilégient l'expérience plus que les méthodes. Ceci a donné lieu à des débats qui ont fait progresser tout le monde. »*

Ces formations ont aussi produit des acquis transférables à d'autres problématiques : approches EpS, en prévention, à l'utilisation d'outils, etc.

Néanmoins plusieurs ont souligné un manque dans les formations, pas sur tabagisme mais sur les méthodes Santé Publique en général (épidémiologie, méthodologies des enquêtes) : *« on a été professionnalisé mais sur le tabagisme d'où on a eu une identité figée et le passage de EJT à « chargé de projet » n'était pas évident pour tous. »*

3.7 Un vecteur potentiel : Tabac Actualités

Etant donné la régularité de sa parution – mensuelle - nous avons pensé que Tabac Actualité avait le potentiel d'être une certaine forme d'outil idéal pour suivre de près les évolutions nationales et internationales. Son format 4 pages le rendait d'accès facile et son accessibilité permanente sur le site du CFES-INPES permettait en effet d'aisément retrouver les infos après coup.

Les paragraphes qui suivent constituent une analyse de pertinence du contenu, à même de fournir des enseignements pour ce type de pratique.

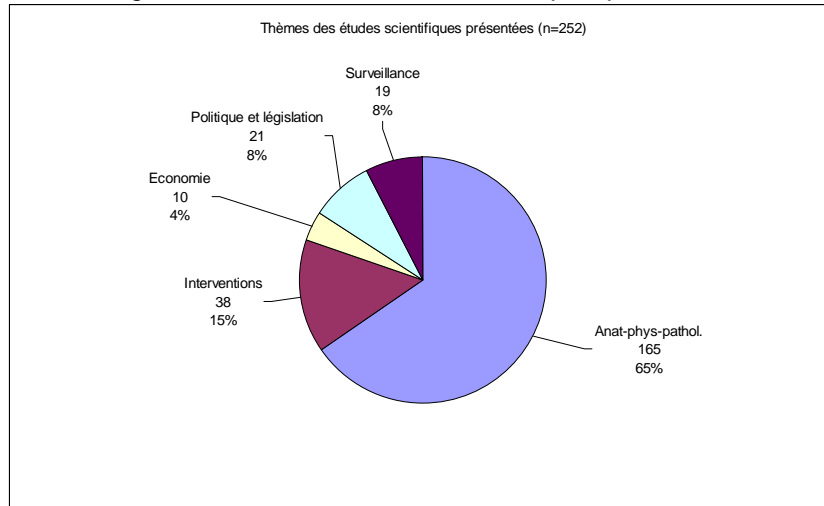
Pertinence du contenu

La qualité des informations proposées dans TA est en équilibre entre une tradition dans laquelle la littérature dite « scientifique » doit apparaître comme une source capitale de connaissances : 41% des articles sont des résumés d'études scientifiques, et une lettre d'information plus généraliste : 59% sont des articles journalistiques ou des entretiens.

La place occupée dans TA par les études scientifiques pointues (« Tabagisme & AVC » « Allèle E4 de l'apolipoprotéine E », « Tabagisme & fracture du col fémoral », résultats issus d'études « célèbres » dans les milieux scientifiques (*Framingham Study, Nurses' Health Study, ...*), etc.) sur les conséquences du tabagisme est quantitativement importante (Fig. 6).

L'accent mis sur ce type d'information a probablement un sens, si on se réfère aux objectifs de l'TA tels que mentionnés dans l'Editorial du No 69 : « Cette lettre, qui s'adressait initialement à la presse, a vu son lectorat évoluer progressivement pour s'étendre à tous les acteurs concernés : professionnels de santé mais aussi institutionnels ou associations de patients... ». Dans la mesure où les sources d'informations (*BMJ, Lancet, NEJM, etc.*) dont sont issus les articles scientifiques sont souvent qualifiées de « revues prestigieuses » dans les médias généralistes, les reflets de ces études dans « Tabac Actualités » pourraient servir à alimenter d'éventuelles « headlines » dans les quotidiens français, visant en cela un processus de « media advocacy ».

Figure 6: thèmes des études scientifiques présentées



En revanche, on pourrait penser que les résultats de meta-analyses seraient à même d'apporter des éléments intéressants pour les actions menées par les EJT, mais seules trois études scientifiques rapportées dans TA fournissent des données « evidence based » à propos du sevrage tabagique.

De même, les évaluations de programmes (France et autres) évoquées dans TA se comptent sur les doigts d'une main.

Quelques reflets des recommandations concernant les interventions les plus efficaces en terme de prévention & contrôle du tabagisme sont proposés dans les 69 numéros de TA :

- 1 reflet des recommandations globales de l'OMS-Europe (Stratégie 2005)
- 1 article sur des recommandations générales de lutte contre le tabagisme promulguées par diverses structures américaines ;
- reflets de recommandations anglo-saxonnes à propos du sevrage tabagique ;
- 2 reflets de recommandations françaises (INSERM sur la prévention auprès des étudiants & ANAES sur le tabagisme & la grossesse).

Dans la mesure où l'un des objectifs des EJT est de « contribuer à la prévention du tabagisme, notamment l'aide à l'arrêt », l'accent mis sur ce type de recommandations semble pertinent.

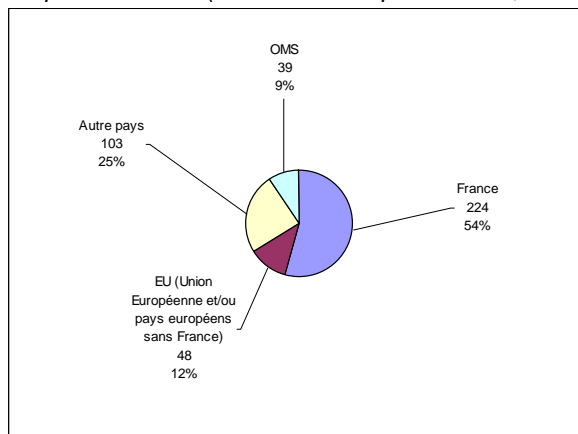
Il n'en demeure pas moins que ces 6 reflets paraissent insuffisants pour permettre une articulation claire entre les actions effectuées sur le terrain et les tendances internationales, peut-être encore moins pour les adapter.

L'appropriation du contexte

Outre les données probantes et les recommandations, des informations sur le contexte représentent des données pertinentes, permettant aux EJT de s'approprier une démarche globale de santé publique, d'inscrire leurs actions dans un mouvement large, de confronter / comparer leurs actions avec d'autres expériences, de profiter de synergies, de créer un réseau, etc.

Indépendamment des résumés d'études scientifiques, les articles de TA sont avant tout axés sur le contexte français (Fig.7).

Figure 7: régions concernées par les articles (études scientifiques exclues, tous thèmes confondus, n=367)



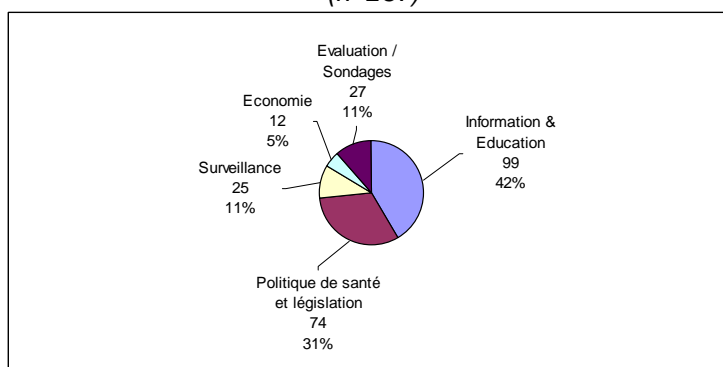
L'Union Européenne, d'autres pays (surtout les Etats-Unis), de grandes organisations font également l'objet d'articles. Ces activités de prévention & contrôle du tabagisme à l'étranger abordées sont souvent mises en lien avec le contexte français, même si les discussions restent sommaires.

Au niveau des différents pays européens comme extra-européens (USA et Canada), ce sont surtout les processus législatifs en lien avec l'interdiction du tabagisme dans différents lieux publics qui sont traités, de même que les aides à la cessation tabagique. Les politiques de santé globales de lutte contre le tabac sont très rarement abordées.

Si l'OMS est très fréquemment mentionnée, c'est avant tout dans des articles assurant le suivi des processus en lien avec la « Convention-cadre pour la lutte antitabac ».

Dans les articles de TA concernant le contexte français, ce sont les actions d'information et d'éducation (Fig. 8) qui sont le plus souvent relatées, suivies par les actions politiques et législatives.

Figure 8 : thèmes abordés par les articles journalistiques de TA concernant le contexte français (n=237)



Dans la catégorie « politiques de santé et législation » en France, c'est le suivi de la loi Evin et de ses décrets d'application qui sont le plus souvent abordés. Le « *Plan cancer* » est relativement fréquemment évoqué, notamment comme cadre général d'activités nationales. A noter que la « *Politique nationale de santé publique* » fait l'objet d'un seul article. La « *Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie* » ou la « *Commission d'orientation sur le cancer* » font également l'objet de quelques articles, mais manquent de mise en contexte.

Il aurait pu être intéressant de mettre en évidence dans TA les interventions régionales et locales. Or l'accent est mis sur les actions nationales, particulièrement les grandes campagnes médiatiques (DGS, CNAMTS, CFES, INPES, etc.) et sur les actions en lien notamment avec la

« Journée mondiale sans tabac » de l’OMS, alors que les actions loco-régionales ne sont que plus rarement abordées.

A noter également que les évaluations d’interventions - effectuées il est vrai avant tout à l’étranger - sont très rarement évoquées dans TA. Les interventions françaises « évaluées » le sont avant tout au moyen de divers sondages auprès de la population. Ces derniers font l’objet de plusieurs articles dans TA.

Ce qui est vrai des interventions l’est aussi des acteurs. Les personnalités connues de la lutte contre le tabagisme au niveau national font très souvent l’objet d’entretiens et d’articles, tandis que les acteurs de terrain sont beaucoup plus rarement évoqués : fait saillant, même lorsque leurs actions sont présentées, les coordonnées de ces acteurs de terrain ne figurent que très rarement dans TA.

Plus interpellant encore, les « Emplois-Jeunes Tabac » ne sont traités qu’à deux reprises parmi les 69 numéros d’TA.

Les différentes structures de recherche actives dans la prévention du tabac en France sont tout de même évoquées, leurs activités présentées et leurs résultats diffusés dans TA : CIRC (IARC), Observatoire français des drogues et toxicomanie, INSERM.

Mis à part les données scientifiques et la connaissance du contexte, des informations sur les ressources existantes peuvent être utiles à la pratique des Emplois-Jeunes Tabac. On l’a vu, les coordonnées des acteurs locaux du réseau français ne sont pas très visibles dans AT, mais les ressources disponibles pour les professionnels de la prévention sur le web font l’objet d’une vingtaine d’articles : sites nationaux français, sites & newsletters étrangères (Canada, CH, GB, USA).

En conclusion, cette analyse de « Tabac Actualités » laisse supposer que ce 4 pages a probablement **contribué** à professionnaliser les « Emplois-jeunes tabac » en les familiarisant :

- avec les principales tendances internationales de la lutte contre le tabac (législation, aide au sevrage, dénormalisation) ;
- avec les noms des grandes structures nationales françaises de lutte contre le tabagisme (politique de santé exceptée) ;

Les « Tabac Actualités » n’ont probablement **pas contribué** :

- à articuler les différents niveaux d’intervention (<= lacunes dans la clarification et l’articulation des différentes responsabilités & rôles, aussi bien au niveau national qu’international) ;
- à développer des synergies régionales / locales autour du tabagisme (<= lacunes dans l’évocation des actions & acteurs de ces niveaux) ;
- à effectuer un état des lieux de la lutte contre le tabagisme en France (<= lacunes dans l’évocation des actions & acteurs) ;
- à légitimer les EJT et leurs partenaires (<= quasi-absence des EJT dans les « Tabac Actualités ») ;
- à améliorer la qualité des actions (<= lacunes dans la mise à disposition de données probantes, dans le reflet d’évaluations d’interventions et de programmes).

3.8 Le dispositif et la professionnalisation

Les plus positifs soulignent que ce dispositif a cependant constitué un véritable laboratoire en termes d'articulation des niveaux national et local d'une politique publique, de synergies entre acteurs du local comme entre ceux du national, de suivi et d'évaluation des actions d'éducation pour la santé, (notamment par l'accompagnement des porteurs de projet via des formations ou au moment du montage du projet ou de la validation annuelle des projets, ...).

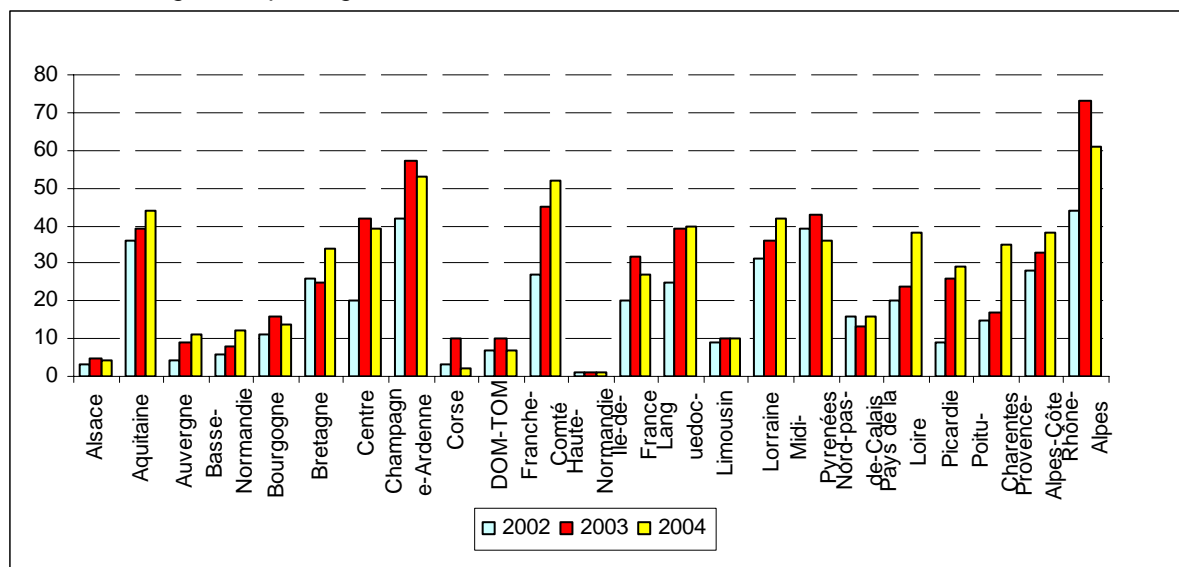
Quant à la professionnalisation de l'éducation pour la santé et le programme emploi jeunes en général, les observations sont légèrement contrastées : il y a eu un infléchissement des catégories recrutées : ainsi la répartition prévue : 39% niveau 1 ; 45% niveau 2 et 22% niveau 3, a finalement glissé vers les plus formés : 9 % niveau 1, 65 % niveau 2 et 26% niveau 3, avec comme conséquence un recrutement moindre pour une masse salariale constante. En revanche, ceci a très probablement contribué à une meilleure qualité au moins formelle des projets et des chances de pérennisation.

4 Synthèse des états des lieux

4.1 Distribution régionale et insertion des actions

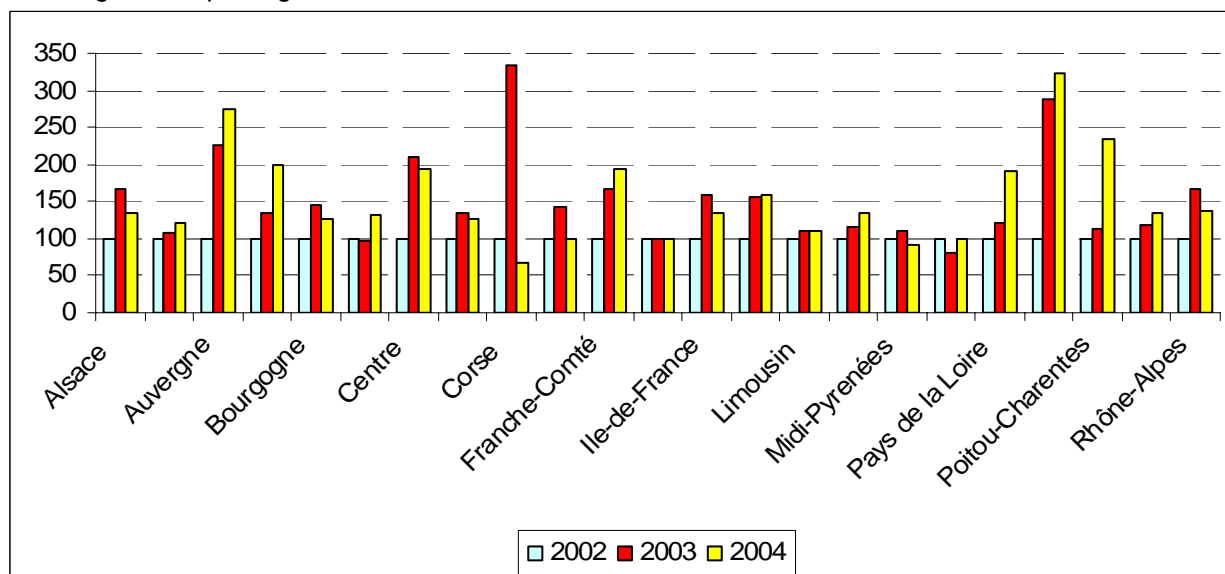
Il apparaît que la distribution des actions réalisées par région n'est pas uniforme. Ce constat doit cependant être compris comme relatif, étant donné la confusion reconnue des répondants aux enquêtes entre les termes action et projet.

Figure 9 : par région : évolution du nombre déclaré d'actions, de 2002 à 2004



En prenant toutefois comme hypothèse que la compréhension de ces termes est uniforme d'une année à l'autre au sein de chaque région, on observe – sur le tableau suivant – des évolutions contrastées du nombre d'actions rapportées par les répondants par région. Si on considère une base 100 en 2002, on observe un accroissement général du nombre d'actions.

Figure 10 : par région : évolution normalisée du nombre déclaré d'actions, de 2002 à 2004



Insertion des actions dans les programmes départementaux et régionaux de santé publique

Le tableau suivant reprend les données de 2002 à 2004 concernant l'insertion des actions dans les programmes de santé locaux ou régionaux.

Tableau 4 : inscription des actions dans les programmes départementaux et régionaux, de 2002 à 2004

	2002	2003	2004
Actions inscrites dans un programme de santé départemental, régional ou territorial	49%	51%	47%
<i>base 2002 à 2004= nombre d'actions</i>	442	619	610

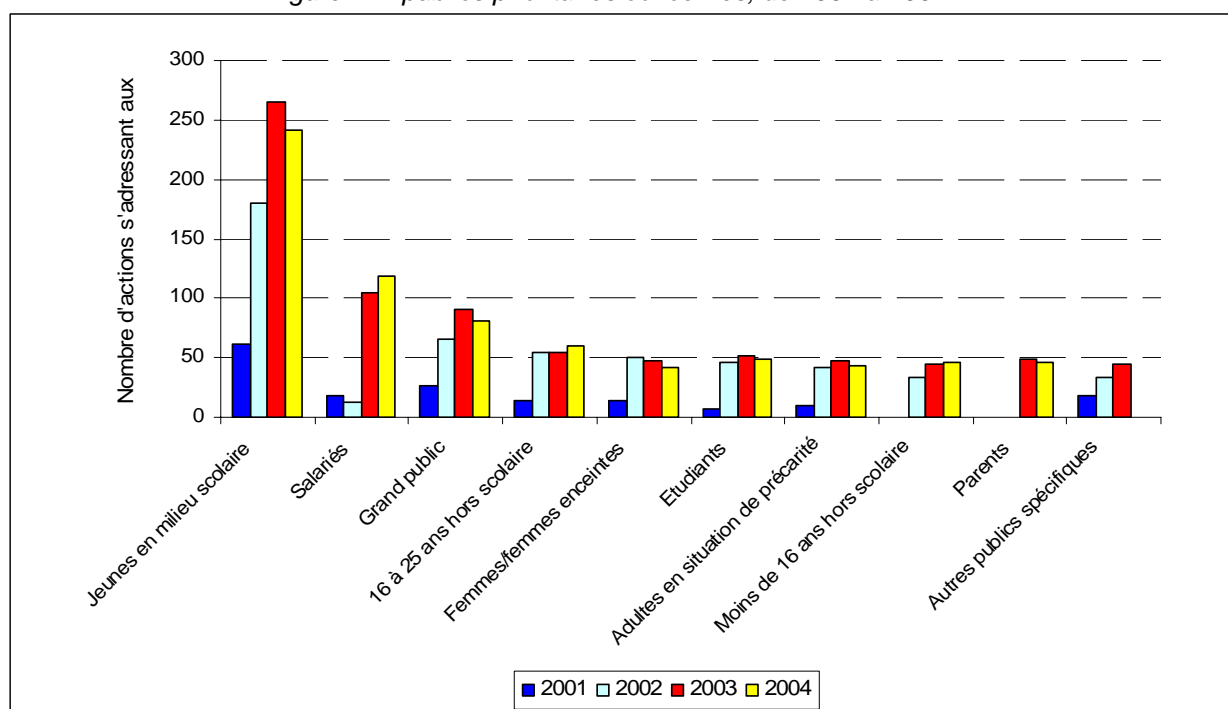
On peut s'interroger sur la signification, pour un tel dispositif, du fait que la moitié des actions réalisées ne s'inscrivent pas dans un programme de santé légitimé régionalement. Est-ce à comprendre que l'autre moitié des actions s'inscrivent dans un cadre ou une orientation programmatique nationale – une partie sans doute mais pour une autre part il s'agit probablement d'actions « historiques » liées à des conditions locales non formalisées dans un « programme » formel ; ce qui ressort d'éléments qualitatifs issus des études de terrain.

4.2 Cibles des actions

Le graphique suivant présente diachroniquement l'évolution des milieux d'intervention auprès des publics prioritaires. Relevons que globalement la répartition reste stable dans le temps et que les actions sont nettement privilégiées dans un cadre scolaire.

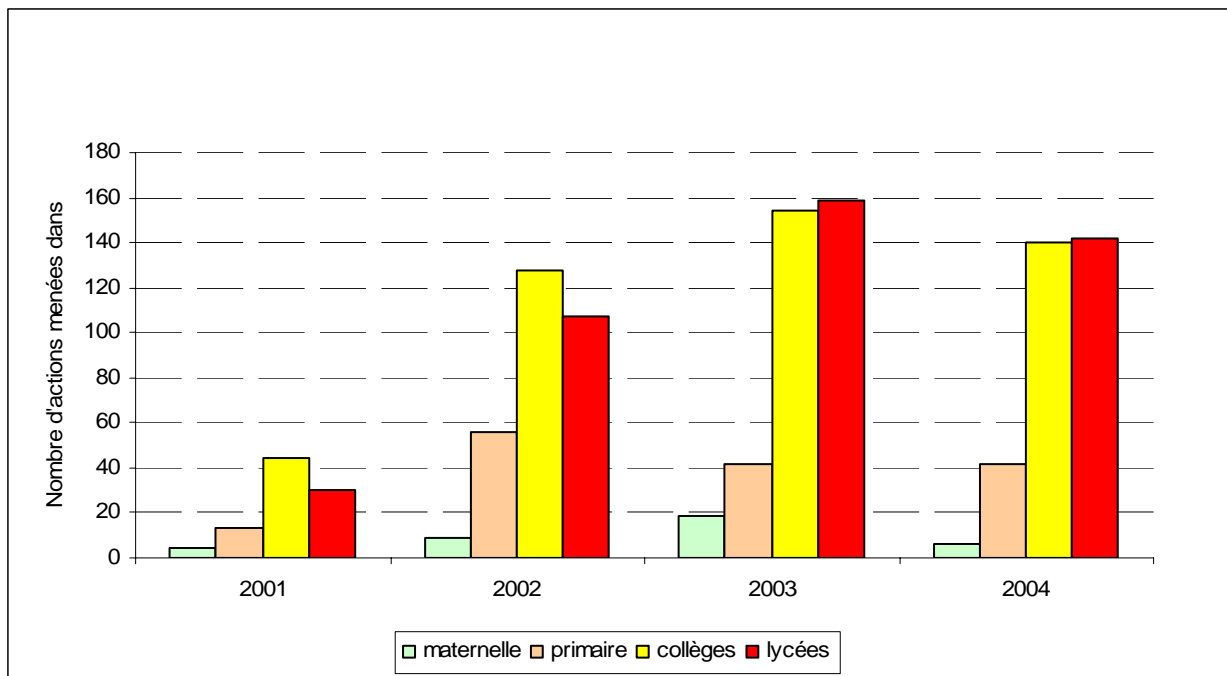
Il convient de rappeler que les interprétations divergentes des termes action et projet peuvent induire des marges d'erreur considérables dans l'interprétation de ce graphe : une réponse « projet » (milieu scolaire par exemple) pouvant par exemple inclure nombre d'actions auprès de publics cible différents (élèves, parents, enseignants, etc.).

Figure 11 : publics prioritaires concernés, de 2001 à 2004



Si on analyse le développement des actions en milieu scolaire, on observe que les lycées et les collèges sont davantage ciblés, ce qui correspond aux recommandations internationales (au regard des classes d'âge concernées).

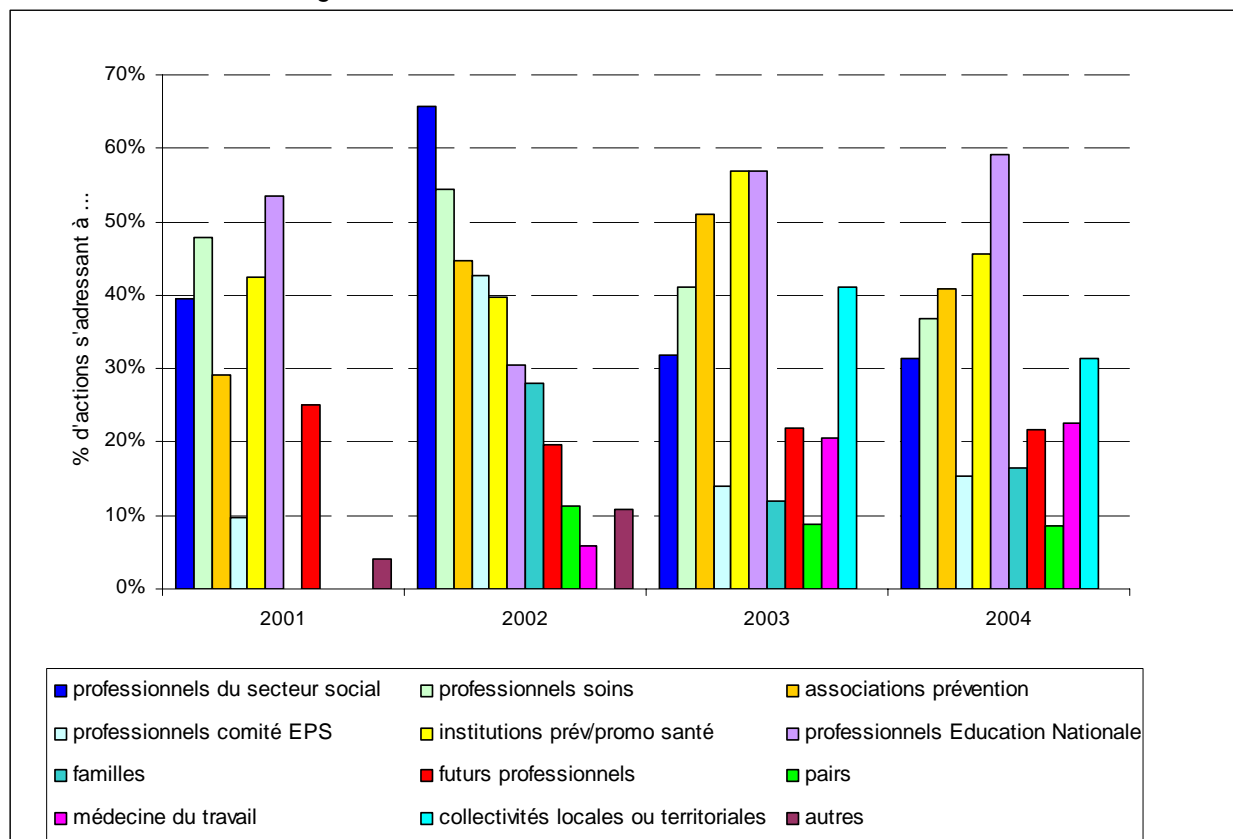
Figure 12 : répartition des actions en milieu scolaire, par type d'établissement, de 2001 à 2004



Les acteurs relais concernés par les actions

On remarque globalement une intensification des actions auprès de l'ensemble des catégories, avec un focus porté sur les acteurs de l'Education nationale et les institutions de prévention/promotion de la santé.

Figure 13 : acteurs relais concernés, de 2001 à 2004



Les acteurs relais en médecine du travail, ainsi que les collectivités locales/territoriales, sont en nette augmentation dès 2003, montrant peut être un intérêt plus marqué pour des actions à nature structurelle³⁶ en même temps qu'une affirmation de la confiance en soi qui rendait possible l'exploration de partenariats moins évidents que ceux de l'éducation nationale par exemple et de publics moins naturels que les jeunes.

Comparaison des publics visés par les actions

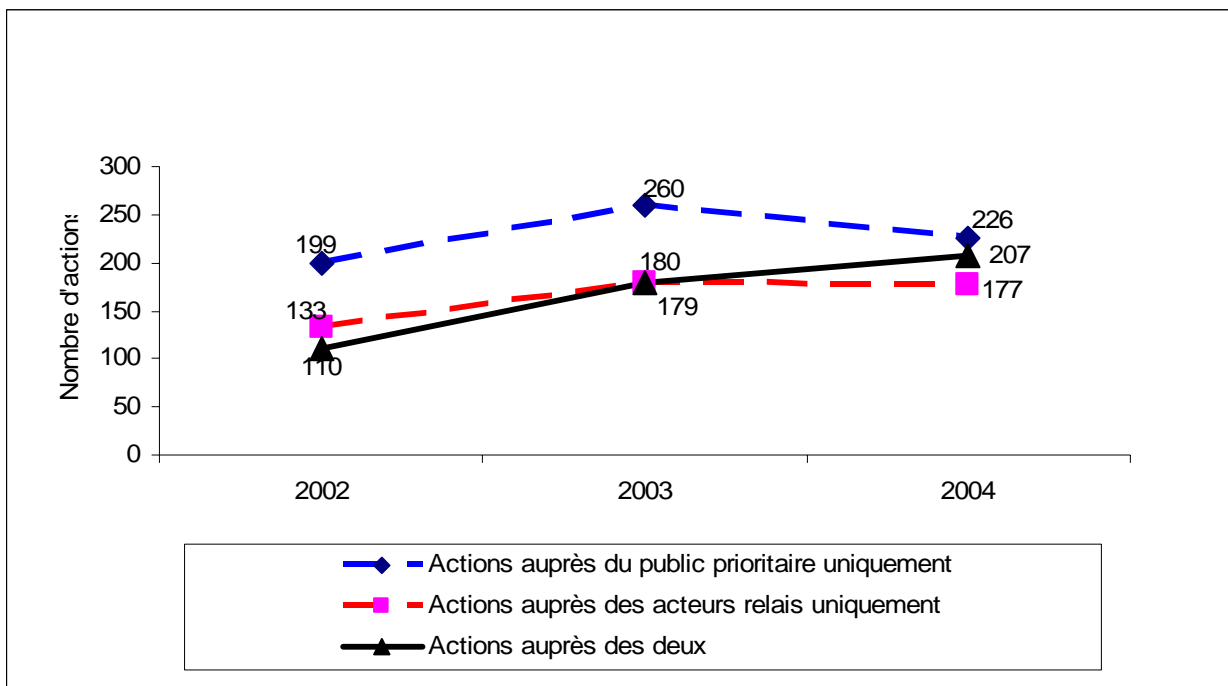
La montée en force progressive des actions à cible mixte apparaît dans le tableau et le graphe ci-dessous.

Tableau 5 : répartition des actions selon la cible, de 2002 à 2004

	2002	2003	2004
Actions auprès du public prioritaire	45%	42%	37%
Actions auprès des acteurs relais	30%	29%	29%
Les deux	24%	29%	34%
base = nombre total d'actions	442	619	610

³⁶ Une interrogation demeure cependant à l'égard des collectivités locales, non comptabilisées en tant que telles en 2001 et 2002.

Figure 14 : nombre d'actions s'adressant aux publics prioritaires et/ou acteurs relais, de 2002 à 2004

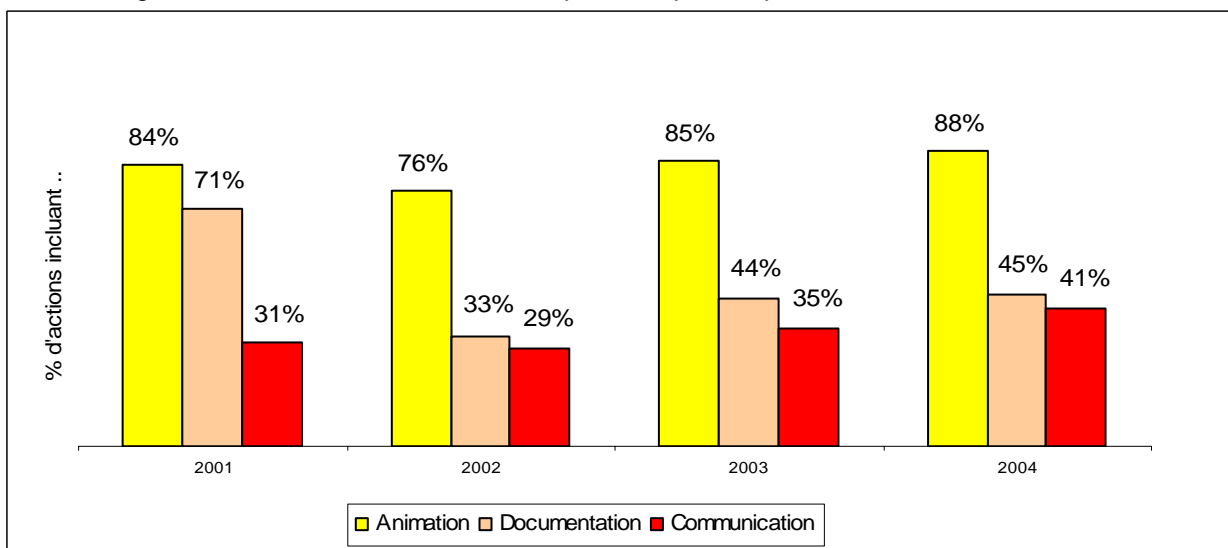


On relève une augmentation du nombre d'actions s'adressant à la fois à des publics prioritaires et à des acteurs relais, ce qui a priori suppose une plus grande congruence des actions. Disons d'emblée que cette hypothèse a été confirmée lors des entretiens en région.

4.3 Modalités d'intervention

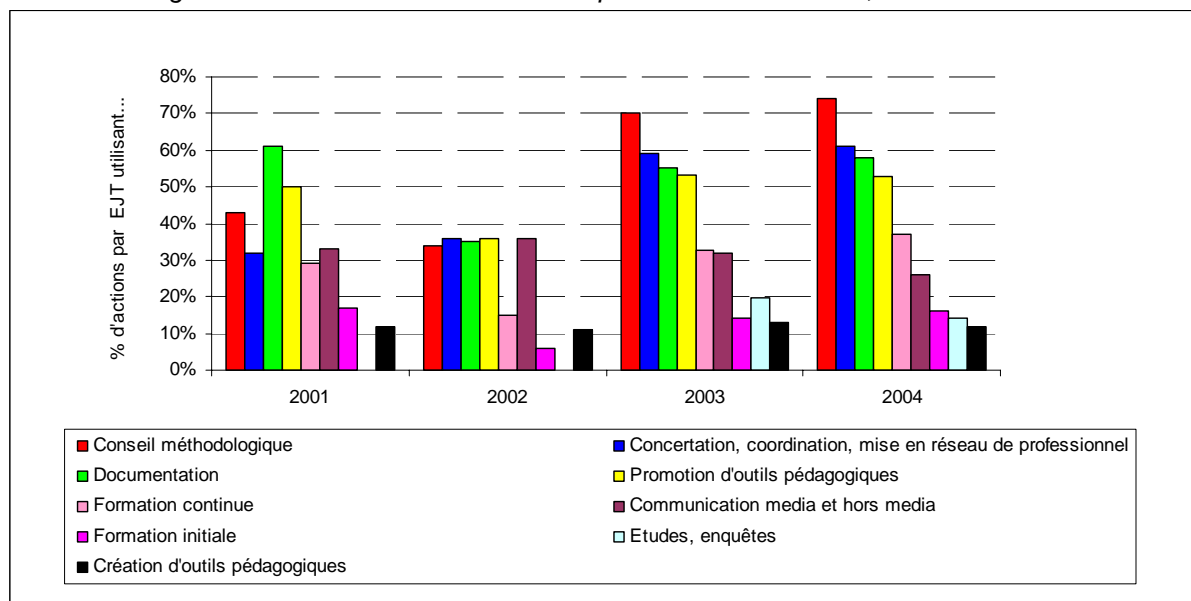
Auprès des publics prioritaires, l'animation a constitué la modalité d'intervention par excellence : 80% des actions utilisent cette modalité d'intervention.

Figure 15 : modalités d'intervention auprès des publics prioritaires, de 2001 à 2004



Les modalités d'intervention auprès des acteurs relais ne peuvent être comparées qu'entre 2001 et 2002 (base 100 % = nombre d'actions incluant les modalités) et qu'entre 2003 et 2004 (base 100 % = nombre de porteurs de projet utilisant les modalités).

Figure 16 : modalités d'intervention auprès des acteurs relais, de 2001 à 2004

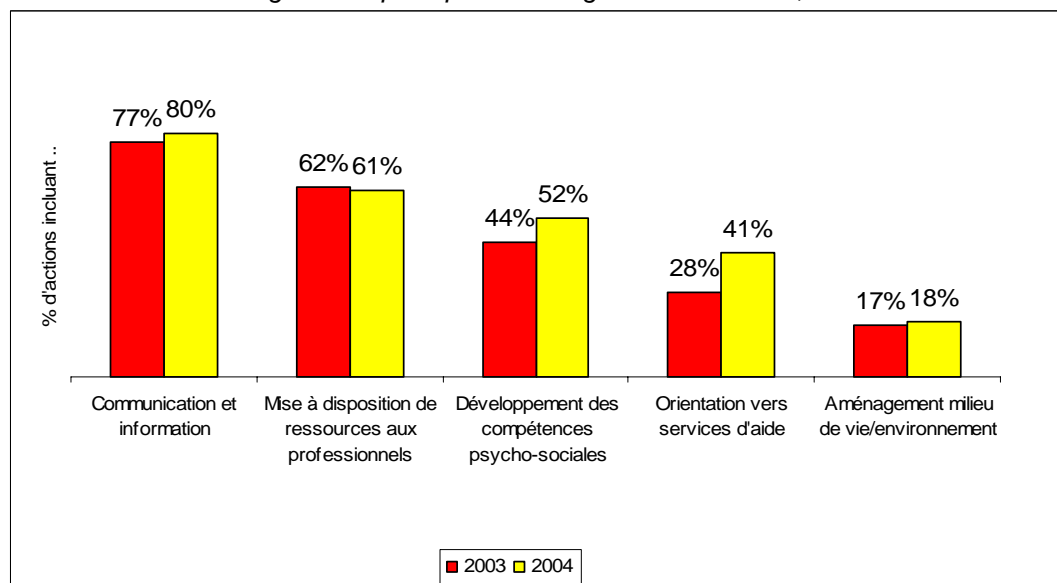


Bien que ce graphe ait été réalisé en fonction de deux bases différentes (actions en 2001 et 2002 ; porteurs de projet en 2003 et 2004), il illustre une augmentation progressive de la concertation et du conseil méthodologique, en sus de la documentation, dans les modalités d'intervention principales auprès des acteurs relais .

Pour les actions répertoriées comme telles dans les recueils de données 2003 et 2004, les stratégies d'intervention ont peu varié : elles privilégient la mise à disposition d'information (communication, diffusion d'information) et la mise à disposition de ressources aux professionnels. Ceci correspond, dans l'esprit, aux trois principales modalités d'intervention revues ci avant.

Le graphique suivant présente les principales stratégies d'intervention auprès des publics cible et des acteurs relais.

Figure 17 : principales stratégies d'intervention, 2003 et 2004

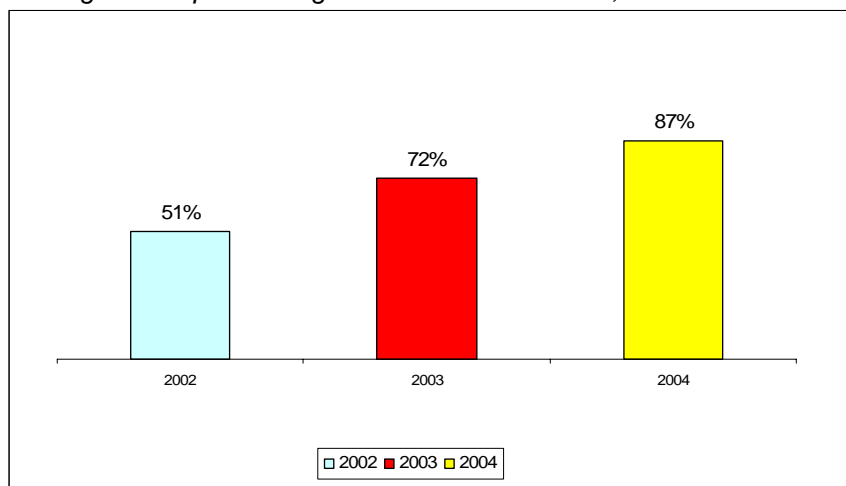


Concernant leur inscription dans la durée, la moitié des actions sont continues, un quart sont ponctuelles mais reconduites, et un quart n'ont lieu qu'une fois (sans variation entre 2003 et 2004).

4.4 Partenariats financiers et techniques

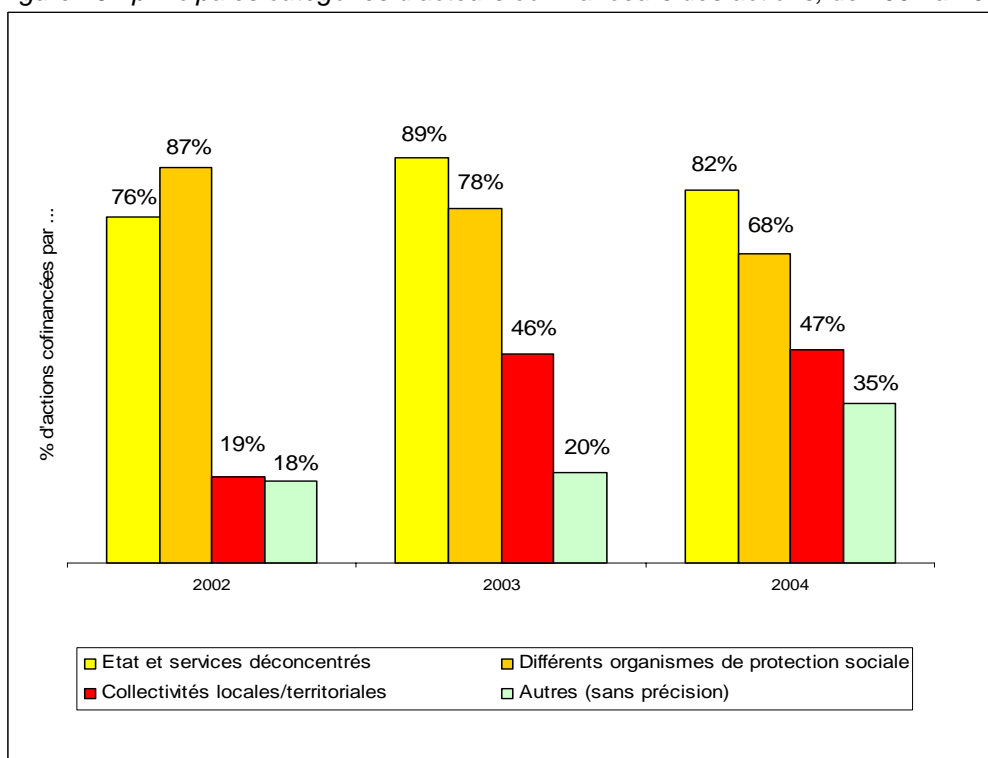
Un pourcentage de plus en plus grand d'actions ont été co-financées de 2002 à 2004 par des organismes extérieurs au dispositif.

Figure 18 : pourcentage d'actions co-financées, de 2002 à 2004



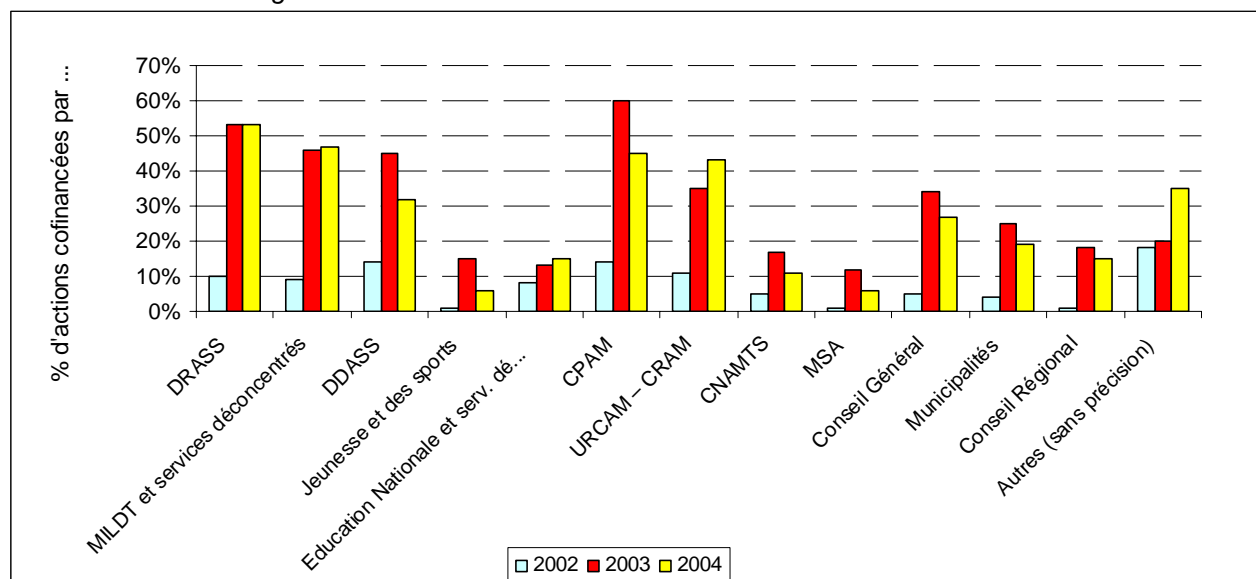
L'Etat et les services déconcentrés, ainsi que les différents organismes de protection sociale dont bien entendu la CNAMTS, ont été de loin les principaux co-financeurs: plus de 80% des actions ont ainsi pu bénéficier d'un co-financement par l'Etat et les services déconcentrés, un peu moins de 75% par des organismes de protection sociale, tandis que les collectivités locales/territoriales sont présentes à hauteur de 45% des actions en tant que co-financeurs depuis 2003.

Figure 19 : principales catégories d'acteurs co-financeurs des actions, de 2002 à 2004



Dès 2003, la DRASS, la MILDT et les services déconcentrés, mais aussi la CNAMTS, la CPAM et l'URCAM-CRAM sont fortement intervenus en tant qu'organes de co-financement.

Figure 20 : détails des acteurs co-financeurs de 2002 à 2004



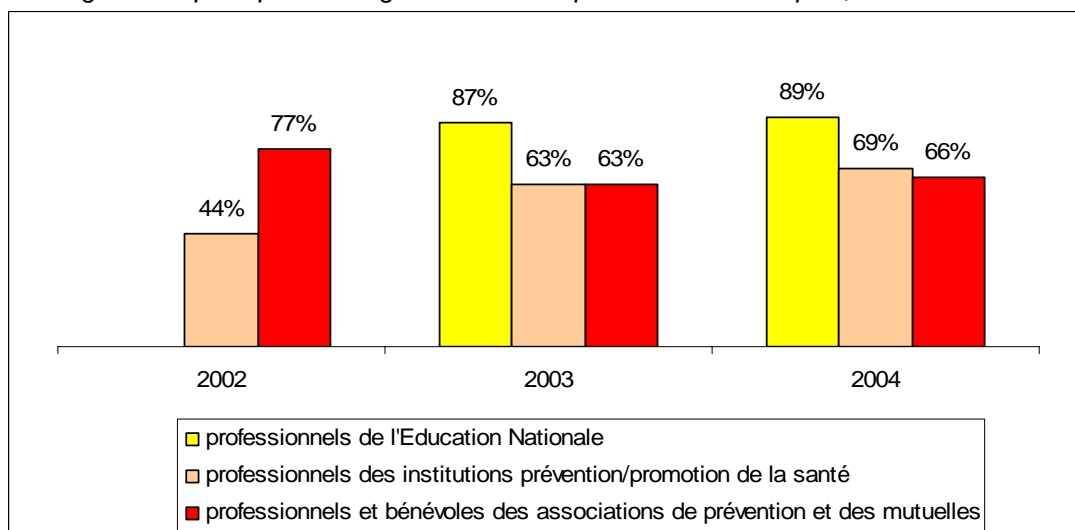
En général, la moitié des actions ont fait l'objet de **partenariats techniques**. Parmi celles-ci et dès 2003, plus de la moitié ont été coordonnées par les comités.

Tableau 6 : pourcentage d'action en partenariat technique et coordonnée par un comité, de 2002 à 2004

Les partenariats techniques	2002	2003	2004
Pourcentage du nombre total d'actions ayant fait l'objet de partenariats techniques	49%	48%	50%
Pourcentage du nombre total d'actions en partenariat qui ont été coordonnées par le comité	45%	62%	50%

Ces relations de partenariat ont été principalement établies en 2003 et 2004 avec les professionnels de l'Education Nationale. Parmi les professionnels d'institutions engagées dans la prévention/promotion de la santé, on compte majoritairement des professionnels du réseau de l'Assurance Maladie. Parallèlement, parmi les professionnels et bénévoles des associations de prévention et des mutuelles, nous trouvons principalement le réseau des comités, les CIRDD et/ou association de prévention des dépendances et l'ANPA.

Figure 21 : principales catégories d'acteurs partenaires techniques, de 2002 à 2004



On relève une tendance globale à l'augmentation du nombre de partenariats techniques sur les actions, avec une forte émergence – dès 2003 – des professionnels de l'Education Nationale.

4.5 Objectifs des actions

Si on regarde les chiffres 2003 et 2004, environ la moitié des actions ont été centrées sur le tabac (53% en 2003, 49% en 2004), l'autre moitié s'inscrivant dans le cadre plus large de la santé publique (47% en 2003 et 51% en 2004).

On peut s'interroger sur le degré de congruence de cette seconde moitié des actions par rapport au tabagisme. Les analyses de projet et les entretiens sur le terrain ont donné le sentiment que même si l'essentiel des activités a tourné autour des différentes composantes des plans de prévention du tabagisme, des considérations liées à l'insertion dans une équipe de travail à mandat plus large ainsi que l'utilité de se profiler sur une base plus large que le seul tabagisme pour augmenter les chances d'insertion professionnelle ultérieure ont joué un rôle compréhensible et somme toute tout à fait acceptable dans ces choix.

5 Regards sur la qualité des actions

L'évaluation de la qualité des actions s'est donc finalement appuyée sur l'analyse de sept projets, sur base documentaire souvent complétée par des entretiens, et choisis en fonction de :

- La disponibilité d'un matériau suffisamment riche, notamment parce que le projet a été pluriannuel
- La possibilité de valider les analyses par contact direct avec l'EJT en charge ou avec son superviseur
- La diversité des projets pour donner une image assez représentative de la richesse du dispositif en termes d'objectifs, de publics, de lieux de vie et de modalités d'intervention.

On a ainsi retenu :

- Deux projets de centre de documentation, ce qui correspond à une activité importante en éducation pour la santé et au CFES-INPES et dans le réseau : Côtes d'Armor et Rhône Alpes
- Deux « programmes » régionaux de prévention du tabagisme, ce qui était un des objectifs centraux du programme national : Ile de France et Rhône Alpes
- Deux projets de prévention du tabagisme en entreprise, ce qui correspondait à un groupe cible important et moins « naturel » que les jeunes en milieu scolaire
- Un projet d'incitation et d'accompagnement à l'arrêt du tabac pour les personnes en situation de précarité

La grille d'analyse que nous avons proposée a été utilisée en sachant que certains items seraient moins pertinents que d'autres dans les circonstances.

Pour rappel, elle se présente de la façon suivante.

Tableau 7: critères de qualité des projets, grille ADSAN

1. Analyse du contexte
1.1. Correspondance avec la Charte d'Ottawa
1.2. Cohérence externe (par ex. respect des principes de la Convention cadre pour la lutte anti-tabac)
1.3. Principes généraux d'éducation pour la santé (par ex. empowerment)
1.4. Cohérence externe avec les résultats d'efficacité des interventions en promotion de la santé
1.5. Cohérence externe avec les orientations des politiques nationales en la matière
2. Analyse du problème
2.1. Nature, gravité et étendue du problème
2.2 Répartition (Distribution) du problème
2.3. l'implication des intervenants directs et des destinataires de l'intervention doit être effective dans la phase d'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation.
3. Déterminants
3.1. Viser à la validation scientifique des méthodes et pratiques utilisées ; rechercher les données probantes concernant l'impact sur la santé
3.2. Identification des déterminants et Possibilités (Capacités) d'évolution des déterminants
3.3. Priorités et sélection Prise en compte des facteurs spécifiques au milieu scolaire, par ex. tabagisme des enseignants ; par ex. tabagisme passif en milieu de travail

4. Groupes cibles de l'action
Enfants scolarisés ; jeunes 16-25 en insertion ; populations défavorisées ; femmes enceintes ; entreprises ; hôpitaux.
5. Objectifs
5.1. Adéquation entre les objectifs et l'analyse du problème
5.2. Les objectifs sont spécifiques, définis dans le temps et mesurables
5.3. Les objectifs sont acceptables
5.4. Les objectifs sont réalisables
6. Conception de l'intervention
6.1. Logique de la stratégie de l'intervention : combiner des stratégies différentes ; interventions en setting
6.2. Durée, rythme et calendrier : Accorder autant d'importance au CT (1an) et MT (2 ans) qu'au LT (10 à 15 ans)
6.3. Participation des groupes cibles et Adaptation culturelle
6.4. Cohérence interne liée au contexte du milieu scolaire (par ex. acceptabilité et faisabilité)
6.5. Capacité de mise en oeuvre des interventions
6.6. Cohérence interne en gestion de projet (par ex. relations objectifs, stratégie d'intervention, moyens, publics cible, etc.)
6.7. Test préalable
7. Mise en oeuvre
7.1. Pertinence des partenaires impliqués. Facteurs explicatifs de l'absence de certains partenaires clés
7.2. Mise en réseau orientée vers les objectifs
7.3. Modalités formelles / réelles de suivi / auto-évaluation / évaluation externe ?
7.4. Ancrage (lancement) dans une structure existante
8. Évaluation
8.1. Transparence et accord sur les principes de l'évaluation
8.2. Pratiques d'auto-évaluation ?
8.3. Impact du projet sur les partenaires. Impact des partenaires sur le projet Y c. Effets non attendus
8.4. Un changement a-t-il été mesuré. Est-il plausible que le changement ait été provoqué par l'intervention
8.5. Retour d'information aux partenaires, intervenants et groupes cibles
8.6. documentation du projet, information et valorisation

L'ambiguïté annoncée quant à l'objet d'évaluation s'est pleinement confirmée, à savoir que dans quasi tous les cas, le projet est le produit d'un travail d'équipe au sein de laquelle un ou deux EJT sont insérés.

5.1 Centre de documentation cotes d'Armor

Personne de référence : Morgan CALVEZ documentaliste, documentation@codes22.fr, ex-emploi jeune consolidé

Contexte

1998 : Mise en place d'un fonds documentaire spécialisé en éducation pour la santé et d'un service de diffusion, par le CODES sur les Côtes d'Armor. Ce service n'existait pas auparavant sur le département.

2001-2005 : dispositif emploi-jeune tabac mis en place par l'INPES et la CNAMTS permet d'engager une personne à plein temps.

Le Codes 22 assure le fonctionnement du centre de doc qui est commun avec l'ANPAA

Objectifs

Améliorer dans le département des Côtes d'Armor, l'accès à l'information et à la documentation pour les professionnels sanitaires, sociaux et éducatifs sur les thèmes de la prévention du tabagisme, des dépendances et de la promotion de la santé.

La missions du centre sur la base du document « politique documentaire du réseau des comités d'éducation pour la santé » réalisé par le centre français de documentation en santé publique.

- Diffusion de documents édités par l'INPES
- Orientation vers des professionnels du comité
- Orientation vers d'autres organismes
- Organisation du fonds documentaire
- Mise à disposition du fonds documentaire
- Mise à disposition d'outils pédagogiques

Conception de l'intervention et activités

- Accueil et documentation des professionnels et des étudiants
- Développement et gestion du fonds documentaire
- Conception et réalisation de prestations documentaires (dossiers, synthèses, bibliographies, etc.) dont notamment réalisation et diffusion de la revue des acquisitions et de la revue de diffusion du CODES 22, veille documentaire sur les projets et thèmes prioritaires du CODES, réalisation de diverses prestations documentaires à la demande du type bibliographie, catalogue d'outils pédagogiques.
- Gestion et diffusion d'un stock de matériel de prévention (affiches, brochures, etc.)
- Réalisation et maintenance du site web du CODES 22 comportant une rubrique spécifique consacrée à la documentation et des bulletins bibliographiques téléchargeables en ligne. <http://www.codes22.fr>
- Formation des acteurs à la démarche documentaire en éducation pour la santé
- Accompagnement documentaire des chargés de projet
- Tenue de table de documentation
- Participation à l'organisation interne du CODES (réunion d'équipe,...)
- Participation aux réunions du réseau

- Organisation de réunion d'échanges autour de l'utilisation d'outils pédagogiques
- Formation : Licence professionnelle de documentaliste

Publics principaux

Documentation :

- Professionnels des associations et des mutuelles 26%
- Personnel des institutions et des collectivités territoriales 24%
- Collégiens, lycéens et étudiants 16%.

Diffusion :

- Le personnel d'institutions et de collectivités territoriales avec 25%
- Professionnels des associations et des mutuelles avec 20%
- Les professionnels de l'enseignement avec 18 %.

Résultats

Le fonds documentaire regroupe un ensemble de documents analysés (ouvrage, collection de revues, dossiers thématiques d'articles, rapports, cédérom, video jeux). Il est régulièrement développé et mis à jour pour garantir sa pertinence. Il est constitué :

- Rapports, thèses, mémoires (194 documents)
- Ouvrages (607 documents)
- Revues (20 abonnements)
- Outils pédagogiques (248 documents)

Envoie de revue des acquisitions par e-mail, présentation des nouveautés sur le site Internet du CODES, possibilités de télécharger les revues.

Emprunts

Grâce à la mise en place d'une politique de communication, le nombre des emprunts est passé pour la période (1998-2003) de 95 à plus de 600 et s'est stabilisé depuis lors.

Outils d'évaluation

Réalisation en 2005 d'une enquête de satisfaction auprès des usagers. 62 réponses sur 370 envois soit un taux de réponse de 17 %. La plupart des personnes qui ont répondu au questionnaire ont eu connaissance de l'existence du centre de documentation par le biais des partenaires (58 %). Globalement les usagers sont satisfaits des jours d'ouverture (74 %). Les usagers soulèvent l'importance de la présence de la documentaliste de sa disponibilité, son suivi, son accueil.

Un grande partie des problèmes identifiés par les répondants (durée des prêts, problème d'accès aux photocopies, lacune d'orientation vers le réseau, amélioration de l'accès de la revue des acquisitions etc) ont été pris en compte par l'équipe. Des aménagements ainsi que des solutions ont été apportés : changement du règlement de la durée des prêts, mise en évidence des plaquettes des partenaires, diffusion de la revue d'acquisition par e-mail à un nombre élargi de destinataires (190), mise à disposition d'un ordinateur connecté à Internet.

1. Analyse du contexte
La création du centre de documentation répond aux orientations nationales souhaitant le renforcement des actions de proximité dans le domaine de la prévention du tabagisme, des dépendances et de la promotion de la santé. Il s'intègre également dans le principe général d'éducation pour la santé car il vise une approche cognitive, responsabilisante et participative.
2. Analyse du problème
Les activités déployées couvrent les besoins reconnus dans le domaine
3. Déterminants
Le virage vers les technologies de l'information a été réalisé avec l'envoi de la liste des acquisitions par e-mail et la mise à disposition de revues et de dossiers téléchargeables sur le site du CODES.
4. Groupes cibles de l'action
Les groupes cible visés sont les professionnels et les étudiants du champ éducatif et social ainsi que le public.
5. Objectifs
Les objectifs sont en adéquation avec la vocation d'un centre de documentation. Ils comprennent, outre la création et le maintien du fond documentaire : <ul style="list-style-type: none"> • d'une part une dimension accueil, information et orientation générale au centre de doc ou via le site Web et • d'autre part des prestations de conception, de diffusion, de formation et d'accompagnement.
6. Conception de l'intervention
La logique d'intervention comme elle apparaît dans les objectifs combine des stratégies et des canaux différents visant notamment l'information, la formation et la mise en réseau.
7. Mise en œuvre
Le mode de mise en œuvre est réactif aux besoins des utilisateurs. Suite à l'enquête de satisfaction de nombreuses adaptations et améliorations ont été apportées.
8. Évaluation
Comme énoncé précédemment, le souci de connaître les profils des utilisateurs, leur satisfaction ainsi que leurs attentes a permis au centre de documentation d'affiner ses prestations et le cas échéant de les adapter pour répondre aux besoins. Nous observons ainsi la mise en place d'une logique de monitoring et d'amélioration continue.

5.2 Centre de documentation régional en EpS et tabagisme : Rhône Alpes

Anne Cécile Biboud , EJT 2002 – 2006

Permanents du centre de documentation : Isabelle Jacob et Christophe Herbster

Contexte

Pour accompagner le développement de l'éducation pour la santé en Rhône-Alpes, le CRAES-CRIPS propose une large palette de prestations documentaires au service des acteurs investis dans des programmes de santé (infirmiers, médecins, enseignants, animateurs, travailleurs sociaux, ...).

Inscrit dans le maillage régional et national des réseaux du secteur sanitaire et social (réseau des CRIPS, ERSP, INPES...), le service de documentation du CRAES-CRIPS constitue la principale offre documentaire spécialisée en éducation pour la santé de la région, il accueille les professionnels et répond à leurs besoins d'information.

Avec la croissance exponentielle des services de l'Internet (bases de données, articles et rapports disponibles en texte intégral, listes de diffusion, ...) les modes d'accès aux documents et à l'information évoluent très rapidement. Dans ce contexte, la fréquentation des centres de ressources (centres de documentation, bibliothèques) enregistre un tassement. Conscient de ce phénomène mais surtout, conscient de la chance et des potentialités que représentent l'Internet en matière de diffusion de l'information, le service de documentation du CRAES-CRIPS développe depuis 2002 une offre électronique de plus en plus importante: accès aux bases documentaires en ligne, diffusion sélective de l'information (lettres électroniques thématiques, dossiers), documents en texte intégral, veille documentaire sur l'actualité en santé publique.

Objectifs généraux

Objectif principal (sur 5 ans) :

- Constitution d'un fonds documentaire spécialisé « tabac » au service du développement : des actions d'éducation pour la santé ; des dispositifs de sevrage ; des dispositifs de formation
- Renforcement de la dynamique de travail « tabac » initiée dans la structure et bénéficiant au réseau régional des documentalistes et des chargés de projet tabac
- Promotion des consultations documentaires par Internet

Activités, conception de l'intervention

- Repérer, acquérir et analyser des documents sur : le tabac (dont les publications régionales), la méthodologie en éducation pour la santé, la formation
- Mettre à disposition du public d'une information actualisée sur le tabac
- Diffuser une lettre électronique d'informations sur la thématique « prévention du tabagisme »
- Appui documentaire pour les différents volets du projet régional « tabac cancer »
- Appui au développement de fonds documentaires minimum sur le tabac dans les Comités d'éducation pour la santé de la Région Rhône Alpes
- Mise à disposition de documents sur le tabac, disponibles en texte intégral sur internet par le biais du site www.craes-crips.org

Population(s) concernée(s)

- Acteurs du secteur éducatif, sanitaire et social de la région Rhône Alpes
- Professionnels du réseau d'éducation pour la santé de la région Rhône Alpes

Modalités d'intervention :

- Accompagnement dans la recherche documentaire et aide méthodologique
- Veille documentaire (sur les programmes en cours des chargés de projet tabac de la structure, les différentes campagnes, les politiques de lutte anti-tabac, les manifestations...)
- Collaboration à la mise à jour du site www.tabatek-ra.org porté par la structure (bibliographie, recensement des outils...)
- Envoi mensuel de la lettre d'information « prévention du tabagisme »
- Réalisation de bibliographies sélectives sur le tabac
- Promotion du fonds documentaire
- Création d'une liste des documents de référence.

Résultats

- Documents (articles, rapports, ouvrages,...) rentrés dans la base de données documentaire Education pour la santé entre 2002 et 2006 : 420 références sur le tabac et 150 références sur la méthodologie en éducation pour la santé
- 10 lettres envoyées annuellement de 2003 à 2006, à 700 abonnés en 2006
Les informations retenues sont organisées selon différentes rubriques que l'abonné retrouve dans chaque lettre : publications (ouvrages, rapports, études, outils...), agenda (manifestations, événements...), formations, sites Internet
Un système d'archivage des anciennes lettres est disponible sur le site www.craes-crips.org
- Réalisation de 2 outils disponibles sur le site www.craes-crips.org
 - une liste de suggestions pour la constitution d'un fonds documentaire de base en éducation pour la santé. Cet outil recense les documents de référence utiles à la compréhension du champ de l'éducation pour la santé et des différentes notions afférentes
 - une sélection d'outils électroniques utiles à l'organisation d'une veille documentaire
- Mise à disposition d'une bibliographie "dynamique" sur le site tabatek (mise à jour régulière)
Repérage d'outils tabac à faire figurer dans la base
- Plusieurs bibliographies sur le tabac ont été réalisées (Prévention du tabagisme chez les jeunes, Femmes et tabac...) ; Appui documentaire aux formations tabac pour l'éducation nationale
- 12 nouvelles publications sur le tabac mises à disposition en texte intégral sur le site www.craes-crips.org entre 2003 et 2006. En 2006 l'ensemble de ces publications ont été téléchargées 14'500 fois.
- Réalisation d'un « Dossier thématique : Education pour la santé : concepts et méthodes ». Ce dossier, disponible sur le site www.craes-crips.org, fournit des liens vers les sites proposant une information précise (documents cadres, dossiers de presse, supports et visuels de campagne, centre de ressources,...) et une sélection de références bibliographiques.
- Demandes du public (visite, téléphone, mail...) : 60 demandes tabac sur un total de 327 en 2004, 603 en 2005, 794 en 2006.

L'intégration dans une équipe compétente existante, un service attendu, un développement rationnel et soutenu par l'institution constituent comme toujours les ingrédients du succès.

L'arrivée de l'EJT dans ce cadre a permis la création d'un service spécialisé pour la prévention du tabagisme.

1. Analyse du contexte
<p>Les besoins de facilitation active de l'accès des acteurs de terrain à la documentation en éducation pour la santé et à la prévention du tabagisme sont établis en France et correspondent aux tendances internationales et notamment aux renforcement des capacités individuelles selon les principes de la charte d'Ottawa..</p> <p>L'insertion d'EJT dans une équipe existante constituait un élément favorable a priori pour un développement efficient.</p>
2. Analyse du problème
<p>La panoplie d'activités couvre les besoins reconnus dans le domaine et tient compte des dimensions de proximité (niveaux régional et départemental) et s'inscrit dans les politiques CFES-INPES.</p>
3. Déterminants
<p>Les évolutions récentes des services documentaires (proactivité et outils électroniques) ont été exploitées.</p>
4. Groupes cibles de l'action
<p>Professionnels et étudiants du social et du sanitaire et partenaires de la prévention du tabagisme</p>
5. Objectifs
<p>Les objectifs étaient bien définis, progressifs et ambitieux.</p>
6. Conception de l'intervention
<p>Les objectifs, les ressources et les moyens retenus ont été en totale cohérence</p>
7. Mise en œuvre
<p>Les étapes du plan ont été suivies régulièrement avec un développement d'activités à la fois planifiées et à la fois réactives aux demandes des partenaires</p>
8. Évaluation
<p>Plusieurs indicateurs quantitatifs et qualitatifs ont été suivis depuis le début. Les objectifs ont été atteints.</p>

5.3 Aujourd'hui je ne fume pas : un programme régional de prévention du tabagisme en Ile-de-France

Personne de référence : Stéphane Tessier – CRESIF - stephane.tessier@cresif.org

Programme conçu par le CRESIF et mis en œuvre par des EJT engagés explicitement pour ceci.

Contexte

Ce programme a été développé en fonction des données épidémiologiques relevant que la part d'adolescents consommateurs réguliers parmi les fumeurs augmente rapidement : 4,1 % des jeunes de 12-14 ans déclarent fumer régulièrement ; 33,2% des 15-19 ans et 40,4% des 20-25 ans. De plus, les données les plus récentes semblent indiquer, chez les jeunes, une diminution de l'âge de la première cigarette et une augmentation de la consommation régulière. On constate également que 59,5 % des fumeurs et anciens fumeurs de 15 ans et plus déclarent avoir déjà essayé de fumer au moins 1 semaine (Baromètre santé 2000, CFES).

Objectifs

Le programme "Aujourd'hui je ne fume pas" est un programme de prévention secondaire de 5 années visant les lycéens d'Ile de France, conceptualisé en 2001 et expérimenté depuis 2002.

Ses objectifs principaux sont de favoriser le sevrage tabagique chez les jeunes et d'empêcher la cristallisation du comportement de fumeur.

Pour ce faire, les actions du programme ont pour buts d'une part, de dissocier l'usage quotidien nocif de l'usage festif de fin de semaine et d'autre part, de dédramatiser le sevrage à l'adolescence, en mettant en œuvre des animations et en favorisant l'accès à des structures d'aide au sevrage de proximité.

Financement

Financée dans le cadre du FNPEIS-CRAMIF et dans le cadre national de prévention du tabagisme CNAMTS-INPES, le programme est mis en œuvre par le CRESIF et les CODES franciliens. Le financement des actions de terrain est départemental (DDASS et CPAM) et local.

Mise en œuvre

Dans la plupart des départements franciliens, un animateur est engagé spécifiquement sur ce programme et a un rôle d'animateur - coordinateur départemental du réseau CRESIF - CODES. Le dispositif est mobilisé à la demande du chef d'établissement ou sur proposition (ou imposition) par le rectorat concerné.

Au niveau opérationnel, le programme s'articule autour de 3 à 4 journées par an dans chaque lycée volontaire.

Une "boîte à outils" est à la disposition des équipes médico-éducatives et est composée :

- de fiches actions regroupant des thématiques et des animations
- d'une campagne de communication via un jeu d'affiches annonçant ces journées d'actions
- d'une carte de suivi individuel

Le chef d'établissement et l'équipe médico-pédagogique choisissent le thème des actions et décident de la tonalité de chaque journée selon les motivations et les centres d'intérêt des jeunes, ce qui favorise l'appropriation de la démarche par l'établissement et l'implication des acteurs.

Les personnes de l'équipe éducative et médicale s'investissent suivant leurs motivations, leurs centres d'intérêts et leurs disponibilités dans une ou plusieurs actions du programme. Cette

implication permet d'adapter le programme aux réalités et besoins de chaque établissement, de garantir un suivi dans la durée des actions et un accompagnement adéquat des jeunes.

Ce programme peut s'inscrire dans la perspective d'un accompagnement de la mise en œuvre de la Loi Evin au sein de l'établissement, dans le cadre du CESC et/ou du projet d'établissement.

L'infirmière et/ou le CPE ainsi que le proviseur de l'établissement jouent un rôle essentiel et constituent les personnes ressources pour la mise en œuvre du projet « aujourd'hui je ne fume pas » dans leur établissement. Leur participation à l'organisation et l'animation des journées d'action est indispensable afin que le projet s'inscrive dans une dynamique propre à l'établissement.

Chaque journée favorise successivement ou simultanément deux modes d'approches en prévention :

- un mode collectif d'intervention par le biais d'animations destinées à des groupes de lycéens sous forme de débats, d'ateliers, d'expositions...
- un mode d'intervention plus individualisé construit autour de l'utilisation d'un test CO dont le but est d'amorcer un dialogue entre l'animateur et le ou les jeunes (pas plus de 4 à 5 lycéens simultanément). Cette intervention est éventuellement complétée par la présence d'un tabacologue à disposition des lycéens volontaires.

L'animation de ces journées est assurée par l'animatrice référente du CRESIF et des CODES.

Les intervenants extérieurs - mobilisables au côté de l'Education Nationale et sous la coordination du CRESIF - sont des professionnels de terrain appartenant à des organismes de prévention reconnus.

Implication des EJT

Le programme a été conçu par le CRESIF, puis mis en œuvre par des EJT engagés spécifiquement dans ce but.

Résultats

En 2004-2005, ce sont 50 lycées qui ont bénéficié de 196 journées de prévention, avec plus de 4200 lycéens participants aux actions collectives pour 5055 lycéens participants aux actions individuelles. Les résultats de l'année 2004-2005 ont montré, outre des évolutions favorables dans les représentations du sevrage tabagique au fil des séances, qu'un lycéen fumeur sur 4 ou 5 selon les lycées s'était arrêté de fumer dans le cadre de ce programme. Ce résultat a motivé l'organisation d'une comparaison avec des lycées témoins, dont les résultats sont en cours de traitement. Par ailleurs, les réponses aux questions qualitatives sur les raisons du sevrage et les causes des rechutes donnent des éclairages intéressants sur l'évolutivité des représentations des lycéens.

Les demandes de soutien pour sa pérennisation reçoivent un accueil favorable, notamment du Conseil régional.

1. Analyse du contexte

En adéquation avec les principes de la charte d'Ottawa, ce programme s'inscrit clairement dans la création de milieux favorables (appui à l'évolution de la norme, dédramatisation), le renforcement de l'action communautaire (approche de la communauté éducative, toutefois sans les parents) et l'accent porté sur l'acquisition de compétences individuelles. Il est également en cohérence avec les principes généraux d'éducation pour la santé et les orientations nationales en prévention du tabagisme, notamment dans les lieux de formation.

Une interrogation demeure quant à son degré de cohérence par rapport aux données probantes existantes sur les interventions en milieu scolaire, qui soutiennent plutôt des approches impliquant l'ensemble de la communauté éducative, dont le personnel enseignant et autres, la famille, voire la communauté de quartier etc.

<p>2. Analyse du problème</p> <p>Les données de base sont connues (ESCAPAD) tant sur le plan quantitatif que qualitatif (identification des freins/barrières à l'arrêt chez les adolescents).</p> <p>L'environnement institutionnel des adolescents, rectorats notamment, est partie prenante de la conception du programme.</p>
<p>3. Déterminants</p> <p>La conception de l'intervention prend en compte les deux catégories de déterminants (environnementaux/structurels et individuels/comportementaux) considérés comme pertinents par la littérature. Un suivi de l'évolution de ces déterminants est également prévu dans l'intervention. La question du tabagisme des enseignants ne fait toutefois pas l'objet de cette intervention, malgré son impact potentiel.</p>
<p>4. Groupes cibles de l'action</p> <p>Le groupe cible est clairement les enfants scolarisés de 14 à 18 ans, groupe cible désigné comme prioritaire sur le plan national (PNC – INPES).</p> <p>On peut s'interroger sur le fait que les lycées ne sont pas considérés comme un groupe cible en soit, au titre d'entreprises !</p>
<p>5. Objectifs</p> <p>Les objectifs sont clairs et acceptables, malgré le fait que les objectifs spécifiques sont difficilement mesurables.</p>
<p>6. Conception de l'intervention</p> <p>L'approche institutionnelle retenue, l'orientation cognitive et responsabilisante, la démarche d'intervention tant collective qu'individuelle assurent une base conceptuelle adéquate.</p> <p>Etant donné que l'ensemble des interventions ont été élaborées en partenariat avec les acteurs centraux, que les outils et modalités d'intervention soient testées avant une implémentation plus large (démonstration de capacités de mise en œuvre), que ces interventions sont elles-mêmes répétées, ce programme offre une image de grande cohérence interne.</p>
<p>7. Mise en œuvre</p> <p>Les modalités de mise en œuvre sont partenariales, notamment avec les rectorats sur le plan de la légitimité et des CESC sur le plan de l'effectivité opérationnelle. Un des grands enseignements périphériques de l'évaluation de ce programme est justement le renforcement ou la relance des CESC, devenant de fait porteurs d'une plus grande légitimité de leur rôle à l'intérieur des établissements.</p> <p>Enfin, et au niveau de son propre positionnement, le réseau francilien (CRESIF et CODES) sort renforcé de ce programme.</p>
<p>8. Évaluation</p> <p>Ce programme dispose d'indicateurs transparents, pertinents et prédéfinis, qui sont régulièrement suivi par un mix de méthodes quantitatives et qualitatives. L'existence d'un groupe de contrôle (lycées non impliqués dans le programme) permet aujourd'hui de bénéficier de données probantes sur l'efficacité de la mise en œuvre du programme.</p> <p>Relevons également un suivi opérationnel constant (journal de bord, questionnaires ad hoc, grille d'appréciation, etc.) qui offre de très bonnes conditions pour des pratiques d'évaluation à la fois orientées sur les processus (notamment sur les conditions de mise en œuvre), mais aussi sur les résultats.</p>

5.4 Prévention régionale du tabagisme auprès des jeunes, CRAES-CRIPS Rhône-Alpes

Contacts : Gwenaëlle Le Ponner et Lucie Pelosse, EJT et Claude Bouchet, directeur

Contexte

Un CRAES-CRIPS fonctionnel, déjà bien établi régionalement, avec quelques expériences réussies de travail en réseau, mais jusque là peu engagé dans la prévention du tabagisme.

La décision de développer un programme de prévention du tabagisme s'appuiera pour l'essentiel sur les constatations du programme national CFES-CNAMTS.

Problèmes

Analyse des données épidémiologiques nationales et régionales le cas échéant et prise en compte des programmes nationaux et régionaux existants dans le domaine de la prévention du tabagisme.

Déterminants

Prise en compte rapide et permanente de nombre d'études réalisées au niveau national notamment pour dessiner la planification et les grands axes d'intervention.

Objectifs généraux (sur 5 ans)

- Favoriser des actions régionales de prévention du tabagisme auprès des jeunes
- Développer un site internet sur la prévention du tabagisme
- Appui au développement des comportements d'arrêt de consommation

Autour de ces objectifs généraux, une quantité d'objectifs spécifiques, certains annuels d'autres pluriannuels, ont été identifiés et adaptés chemin faisant :

- Développer dans les établissements scolaires de la région des actions de prévention du tabagisme qui impliquent les jeunes.
- Accompagner les démarches de prévention du tabagisme des acteurs de terrain (Education Nationale, centres sociaux, etc.)
- Favoriser l'implication des professionnels des établissements scolaires dans la prévention du tabagisme des jeunes.
- Faciliter la mise en relation, la coopération des professionnels et structures qui interviennent en prévention du tabagisme, notamment les médecins généralistes.
- Appuyer l'implication des différents médias dans la prévention du tabagisme.
- Etc.

Interventions et activités

Une panoplie d'activités très diverses mais toutes orientées pour l'atteinte des objectifs.

Ainsi la mise en place de plusieurs comités de pilotage associant nombre de partenaires, un par type d'actions correspondant à des objectifs spécifiques, des groupes de travail (inter-codes) sur des questions spécifiques, avec production impressionnante d'enquêtes, de guides, d'outils et de rapports ad hoc, à partir de 2003, disponibles sur le site internet www.craes-crips.org ainsi que

sur celui de l'espace régional de santé publique qui associe le centre régional de prévention des conduites à risques, l'ORS et le CRAES-CRIPS www.ersp.org.

Parmi ces rapports, mentionnons les états des lieux : le recensement régional des acteurs de la prévention et du soin en matière de tabagisme réalisé à partir de 2001 a donné lieu à des bases de données disponibles sur internet à l'adresse suivante www.tabatek-ra.org et régulièrement actualisées ; ou encore les évaluations des centres de tabacologie, un guide pour faciliter l'application de la loi Evin dans différents milieux, écoles (disponible), entreprises de restauration (mars 2007)

- RESEAU D'EDUCATION SANTE RHONE-ALPES. - **Tababox : Boîte à outil de prévention du tabagisme des jeunes.** - 2006
- CRAES-CRIPS. - **La prévention du tabagisme des jeunes en région Rhône-Alpes : qui fait quoi ?.** - Lyon : CRAES-CRIPS, janvier 2006. - 4p.
- CRAES-CRIPS. - **Evaluation régionale des consultations de tabacologie en Rhône-Alpes : Rapport final.** - Lyon : CRAES-CRIPS, 2005. - 32 p.
- CRAES-CRIPS. - **La prévention du tabagisme en milieu précaire : Quelle légitimité en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ?.** - Lyon : CRAES-CRIPS, 2005. - 28 p.
- ADES 26, ADESSI, CODES 42. - **Enquête exploratoire sur la position des adultes confrontés au tabagisme des jeunes : Synthèse et recommandations.** - 2005. - 28 p.
- Réseau régional d'éducation pour la santé, Institut Rhône-Alpes de Tabacologie. - **Etat des lieux de la prévention du tabagisme auprès des jeunes en Rhône-Alpes - Rapport final.** - Lyon : CRAES-CRIPS, mai 2005. - 31 p.
- CRAES-CRIPS. - **Congrès régional : Education pour la santé et tabacologie.** - Lyon : CRAES-CRIPS Rhône-Alpes, 2005. - 112 p.
- PELOSSE Lucie. - **Pratiques et représentations du tabagisme parmi des jeunes lycéens de la région Rhône-Alpes en 2001.** - Lyon : CRAES-CRIPS, 2004, 7p.
- CRAES-CRIPS, ADES 26, ADESSI 38, CODES 42, ADES 69. - **Loi Evin et prévention du tabagisme en milieu scolaire - outil d'aide à l'action.** - Lyon : CRAES-CRIPS Rhône-Alpes, Septembre 2004. - 51p
- CRAES-CRIPS. - **Les pratiques de l'aide à l'arrêt du tabagisme par les médecins généralistes en région Rhône-Alpes.** - Lyon : CRAES-CRIPS Rhône-Alpes, Octobre 2003. - 16p
- CRAES-CRIPS. - **Enquête sur les démarches d'aide à l'arrêt du tabagisme en région Rhône-Alpes.** - Lyon : CRAES-CRIPS Rhône-Alpes, Septembre 2003. - 33 p
- CRAES-CRIPS, ADES 74, CODES 42, ADESSA 07, ADES 26, ADESSA 01. - **Enquête sur les comportements et représentations de l'arrêt du tabagisme chez les jeunes de 16 à 19 ans dans cinq lycées de la région Rhône-Alpes.** - Lyon : CRAES-CRIPS Rhône-Alpes, Septembre 2003. - 56 p

Populations concernées (principalement mais non exclusivement)

- Jeunes scolarisés, en insertion ou en structure médico-sociale
- Professionnels de l'Education Nationale
- Professionnels du secteur médico-social
- Professionnels de la prévention du tabagisme
- Professionnels de santé
- animateurs et directeurs de centres de vacances
- Puis monde du travail (restauration), populations en situation de précarité, etc.

Mise en œuvre

- Une action d'équipe, menée par les deux EJT au sein de CRAES-CRIPS, en collaboration avec les EJT et les CODES des autres départements de la région.
- La constitution d'un comité de pilotage actif réunissant la plupart des partenaires de la région,
- La révision et l'ajustement des objectifs annuels sur base des effets observés l'année précédente,
- L'élargissement du champ d'activités à d'autres publics professionnels ou usagers en fonction des besoins identifiés,

Mais surtout un processus en boucle : étude servant de base à la planification de produits et/ou d'interventions : ainsi :

- une enquête sur les représentations du tabagisme des jeunes lycéens de Rhône-Alpes a été réalisée en 2001-2002 à l'occasion d'un programme régional de prévention du tabagisme ;
- une enquête sur les représentations de l'arrêt du tabagisme des jeunes a été réalisée pour 5 lycées en 2003 à l'occasion de la mise en place de modules d'aide à la décision d'arrêt pour les jeunes ;

- un premier recensement des démarches d'aide à l'arrêt du tabagisme en région RA a été réalisé en 2002-2003 et a donné lieu à une évaluation régionale des consultations de tabacologie en 2004-2005 ;
- une enquête régionale sur les pratiques d'aide à l'arrêt du tabagisme des médecins généralistes a été réalisée en 2003 et a alimenté la réalisation en partenariat avec l'ANPAA d'un Cd-Rom de sensibilisation et d'information des médecins sur les interventions brèves pour l'alcool, le cannabis et le tabac ;
- un état des lieux régional des pratiques de prévention du tabagisme et des besoins des acteurs en matière d'outils, de formation et d'informations a été réalisé en 2004 et a donné lieu à un certain nombre d'actions (réalisation d'un guide d'action, d'un outil de prévention, d'une plaquette d'information sur les ressources, de formations etc...) ;
- une enquête sur la prévention du tabagisme en milieu précaire dans les centres d'hébergement a été réalisée en 2005 et a donné lieu à la mise en place d'une formation régionale pour les professionnels de ce secteur.

Evaluation

Une série d'évaluations internes, continues le plus souvent.

1. Analyse du contexte
Appui sur les constatations du programme national CFES-CNAMTS
2. Analyse du problème
Appui sur les données épidémiologiques nationales et régionales
3. Déterminants
Appui sur les orientations du programme national CFES-CNAMTS ; en contraste avec la richesse de l'information nationale, on peut regretter la faiblesse des références étrangères et internationales.
4. Groupes cibles de l'action
Ceux du noyau « dur » du programme national avec extension progressive en réponse à des besoins identifiés.
5. Objectifs
Des objectifs généraux d'apparence banale sous lesquels on trouve année après année, une série d'objectifs spécifiques adaptés et complémentaires, en lien avec les résultats des années précédentes et avec les attentes du terrain et les possibilités d'intervention, témoignant ainsi de la réactivité du programme et du dynamisme de l'équipe.
6. Conception de l'intervention
Un ensemble rationnel d'interventions par étapes successives, complémentaires et cohérentes, donnant de plus en plus de solidité au programme au fil des années. Ainsi, la plupart des études précitées ont été à la base de programmes d'interventions exécutés dans les deux années suivantes.
7. Mise en œuvre
Des partenariats à différents niveaux, bâtis sur de l'existant mais développés avec persévérance, conviction et ténacité.
8. Évaluation
Des processus de monitoring, des études de besoins et d'impact, mais l'évaluation est sans doute un aspect qui pourrait être renforcé sur un plan du programme global, notamment pour contribuer à la reconnaissance de l'ampleur du programme.
9. Appréciation globale et leçons
Une structure déjà assez bien établie profite au maximum de la disponibilité de ressources nouvelles – le dispositif EJT -, du recrutement de plusieurs personnes, de sa capacité à bien recruter et ensuite à donner un cadre facilitateur – équipe, ressources internes et externes- pour obtenir un résultat optimal.

5.5 *École du Souffle : Promouvoir la prévention du tabagisme en entreprise*

Christine Servanton, christineservanton-cres.cha@wanadoo.fr, CRES Champagne Ardenne

Contexte

Le réseau d'éducation pour la santé de Champagne-Ardenne initie depuis 2004 le programme régional de prévention du tabagisme, « École du Souffle », dans le cadre de l'appel à projet « Plan Cancer » de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Ce programme a également bénéficié du dispositif « emploi-jeune tabac » à partir de 2000.

Objectifs généraux

Basé sur une approche positive et globale, l'École du Souffle a pour ambition de mobiliser les professionnels « relais », en développant 3 axes **selon les milieux de vie** (scolaire, du travail et de la santé) avec la progression suivante :

- 2004 : Propositions de formations-actions
- 2005 : Poursuite des formations et accompagnement méthodologique d'actions
- 2006 : Création et diffusion de la « boîte à outils »

Les 5 comités de la région en tant que réseau d'éducation pour la santé souhaitent mailler davantage le territoire, jouer leur rôle de proximité, impliquer les partenaires.

Objectif spécifique

La prévention du tabagisme en entreprises : Impliquer les entreprises dans la prévention du tabagisme, c'est sensibiliser ce lieu de travail et de vie à son rôle d'acteur de santé. Tous les membres de l'entreprise, de la direction aux salariés, en passant par les syndicats, patronats doivent être mobilisés.

Activités, conception de l'intervention

Deux types de formation sont proposées afin d'initier des relais au sein des entreprises. Elles visent à apporter les connaissances et les outils nécessaires tout en valorisant la démarche d'éducation pour la santé :

1. Formation « Prévention du tabagisme en milieu du travail » relative à la mise en place d'une action de prévention du tabagisme, à l'application de la Loi Evin. Elle s'adresse aux membres des Conseil d'Hygiène et de Sécurité au Travail, aux équipes de santé, aux équipes de sécurité.
2. Formation « Aide à l'arrêt du tabac en entreprise » qui consiste à former le personnel médical à la prise en charge et au suivi des salariés fumeurs qui souhaitent arrêter.

Il a été fait appel à des tabacologues, psychologues, médecins du travail dans le cadre des formations pour les apports spécifiques à la législation, la prise en charge du fumeur, le sevrage tabagique, les dépendances. Les apports relatifs à la méthodologie de projet, l'éducation pour la santé ont été assurés par les formateurs internes à notre réseau.

Pour diffuser les offres de formation, le réseau s'est appuyé sur la Chambre du Commerce et de l'Industrie pour récupérer une base de données des adresses des entreprises de plus de cinquante salariés sur la région Champagne Ardenne.

Une illustration de mise en œuvre : l'entreprise Sarreguemines Bâtiment - Marne

Spécialisée dans la production de pièces sanitaires en céramique, l'entreprise utilise des matériaux riches en silice dont l'exposition ajoutée à la consommation de tabac multiplie le risque de cancer du poumon. L'infirmière a donc souhaité lancer une campagne de sensibilisation à la prévention du tabagisme.

Soutenu par la direction et le Conseil d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail, l'infirmière a suivi la formation et a été accompagnée pendant toute l'action par le réseau des comités : méthodologie de projets, travail en partenariat, suivi des salariés dans le temps, implication de l'entreprise.

La première étape de la campagne a été la diffusion d'un questionnaire sur la consommation de tabac auprès des salariés. Il s'agissait de faire un état des lieux du nombre de fumeurs, de leur consommation et de leur motivation à l'arrêt. Le taux de retour des questionnaires fut de 70%. Sur 193 personnes, 34 ont déclaré fumer.

L'enquête a permis à l'infirmière d'identifier que 29 salariés étaient intéressés par un accompagnement pour arrêter de fumer. Afin de pouvoir accompagner les salariés de son entreprise, l'infirmière a suivi la formation « Aide à l'arrêt du tabac en entreprise » proposée par le réseau des comités d'éducation pour la santé, qui lui a permis d'avoir les connaissances et les outils nécessaires pour identifier la dépendance de chacun, prescrire les substituts nicotiques, être à l'écoute et apporter des réponses aux questions posées par les fumeurs. De plus, la mise en place de radiographies pulmonaires pour chaque salarié, remplaçant les clichés photos, a été un facteur de prise de consciences des risques encourus.

La direction a donné son accord pour la prise en charge des substituts pendant un mois des salariés engagés dans une démarche d'arrêt. Le budget s'élevait à 1 300 euros.

Le médecin du travail et l'infirmière ont initié la mise en place de séances de sensibilisation auprès des 29 salariés motivés en petit groupe. Pour chaque groupe, un tabacologue et une psychologue sont intervenus pour parler des risques liés au tabac, de la dépendance et des méthodes d'arrêt. Ils ont présenté la prise en charge d'un fumeur dans son parcours d'arrêt.

Suite à cela, le médecin ou l'infirmière ont reçu les salariés en entretien individuel pour identifier aux moyens de tests : le niveau de dépendance à la nicotine, la motivation à l'arrêt, l'anxiété. Une mesure du CO a été proposée à chaque salarié grâce au prêt du testeur par la médecine du travail.

Les résultats des tests ont permis de prescrire à chacun le substitut le plus approprié. Un partenariat avec une pharmacie a été mis en place pour l'achat des substituts. Sachant, que c'était aux salariés de faire la démarche d'aller chercher les substituts dans cette pharmacie.

Un suivi individuel des salariés en sevrage était proposé par l'infirmière et le médecin qui se tenaient à leur disposition. L'infirmière s'était munie de boîtes de nicorettes pour « dépanner » les salariés en manque.

28 personnes ont fait la démarche d'aller chercher les substituts. A 6 mois, 9 ont diminué et 12 ont arrêté. 7 personnes n'ont pas encore fixé leur date d'arrêt. Une personne a eu besoin de plus de temps pour se manifester auprès de l'infirmerie et a reporté son arrêt.

Dans la continuité du projet, l'entreprise est devenue sans tabac au 28/04/2006, le règlement intérieur a été modifié, des pancartes ont été installées aux différentes entrées du site.

Résultats

Deux sessions «Prévention » et cinq sessions «Aide à l'arrêt du tabac » ont été réalisées.

Les infirmières étant les professionnels les plus en demande de formation et les plus disponibles pour y participer.

Ce sont environ soixante entreprises qui ont bénéficié de notre programme. Certaines ont mis en place un projet de prévention du tabagisme (communication sur la Loi Evin, sur les risques liés au tabac...), d'autres des projets d'aide au sevrage tabagique.

Nombreuses sont celles qui nous ont sollicité pour un appui méthodologique dans la mise en place de leur projet.

9 mois après le début de la campagne, 96 % des personnes intéressées ont fait la démarche d'aller chercher leur substitut, 65 % ont arrêté de fumer, 31 % ont ralenti leur consommation.

Dans la continuité du projet, l'entreprise va bientôt devenir sans tabac.

1. Analyse du contexte
<p>Ce projet est en adéquation avec les principes de la charte d'Ottawa au sens qu'il s'inscrit parfaitement dans les cinq axes d'actions : élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles et réorienter les services de santé.</p> <p>Il s'intègre également dans le principe général d'éducation pour la santé car il vise une approche cognitive, responsabilisante et participative. Enfin il est en cohérence avec les orientations nationales dans le domaine.</p>
2. Analyse du problème
<p>L'analyse du problème a donné lieu à un constat initial basé sur une enquête auprès des salariés. Par la suite, l'infirmière de l'entreprise ainsi que les bénéficiaires ont été impliqués dans la démarche.</p>
3. Déterminants
<p>La prise en compte et la mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'entreprise est une nécessité dans le chemin menant à une « entreprise sans tabac ».</p> <p>La combinaison d'objectifs de sensibilisation générale à la problématique et d'aide pragmatique à la cessation est l'approche la plus recommandée.</p>
4. Groupes cibles de l'action
<p>Les différents acteurs semblent avoir été pris en compte ; peut-être aurait-on pu faire plus d'efforts organisés en direction du patronat et des syndicats, avec une visée d'effet boule de neige pour les autres entreprises de la région.</p>
5. Objectifs
<p>Les objectifs qui vont de la formation des relais à l'accompagnement de l'action passant par la création de boîtes à outils sont en parfaite adéquation avec l'analyse du problème.</p>
6. Conception de l'intervention
<p>La stratégie d'intervention en phase : état des lieux, sensibilisation, conscience des risques, et accompagnement au changement de comportement est logique et adaptée à la problématique. De plus elle a été adaptée aux contextes spécifiques de chaque entreprise ; il est difficile de savoir si cette adaptation a été purement une compliance aux demandes de chaque entreprise ou si ces demandes ont été négociées au cas par cas pour maintenir l'essentiel de la visée du programme.</p> <p>Une part importante des énergies a été accordée à la participation de l'ensemble des acteurs de l'entreprise, ce qui est considéré comme une condition préalable de chances de succès.</p> <p>Les principes utilisés pour l'aide à la cessation correspondent aux recommandations en la matière.</p>
7. Mise en œuvre
<p>Le mode de mise en œuvre est ascendant et implique l'ensemble de l'entreprise. Notons par ailleurs qu'un nécessaire climat de confiance a vu le jour entre les salariés et le personnel médical. Par ailleurs, il y a eu une réelle reconnaissance de l'investissement en ce qui concerne l'amélioration des conditions de travail.</p>
8. Évaluation
<p>Les données disponibles pour un suivi du processus sont limitées, ce qui semble indiquer qu'un processus formel de monitoring de la mise en œuvre n'avait pas été prévu dans la planification du projet. Les quelques données accessibles quant aux résultats ne permettent pas d'émettre une opinion sur la validité d'une évaluation interne du projet.</p> <p>Il ne semble pas y avoir eu d'évaluation des outils proposés ; de même il n'est pas fait état d'un plan pour une évaluation externe.</p>

5.6 25 collèges d'aquitaine se mobilisent pour la prévention du tabagisme

Contact : ALVAREZ Aurélie, coordinatrice régionale du projet, CRAES-CRIPS, aurelie.alvarez@craes.u-bordeaux2.fr , emploi jeune stabilisée

Contexte

Dans le cadre du Plan Cancer, en partenariat avec l'Education Nationale et avec le soutien de INPES, le réseau aquitain des comités d'éducation pour la santé met en œuvre depuis 2002 le projet "25 collèges d'Aquitaine se mobilisent pour la prévention du tabagisme".

Ce projet se décline dans 5 collèges de chaque département de l'Académie. Il a pour objectif de promouvoir la santé des jeunes aquitains des 25 collèges par la mise en œuvre des actions de prévention du tabagisme pendant 3 ans selon une démarche participative.

La coordination régionale a été exercée par un emploi-jeune tabac et dans chaque département un emploi jeune a également été particulièrement impliqué dans la mise en œuvre de terrain.

Publics

- Les élèves des 25 établissements participants soit environ 10 000 jeunes collégiens ;
- Les équipes porteuses de projet dans chaque établissement soit environ 125 adultes des communautés éducatives.

Objectifs

Il a pour objectif de promouvoir la santé des jeunes aquitains des 25 collèges par la mise en œuvre des actions de prévention du tabagisme pendant 3 ans selon une démarche participative.

- Sensibiliser, mobiliser et former un noyau pluri professionnel d'adultes porteurs de l'élaboration et de la réalisation d'un programme de prévention du tabagisme dans l'établissement;
- Mettre en œuvre ce programme avec les élèves par des actions de prévention du tabagisme;
- Assurer une large communication interne et externe du programme en sorte que l'action puisse être attractive pour d'autres établissements et reproductible.

Activités, conception de l'intervention

Dans les 5 départements de l'Académie de Bordeaux afin de soutenir les non-fumeurs dans leurs comportements et faire réfléchir les fumeurs, des équipes éducatives pluridisciplinaires (enseignants, personnels de santé, personnels, administratifs, ouvriers...) ont suivi en 2004 et 2005 une formation pour être en mesure d'élaborer et de réaliser au sein de leur établissement un programme de prévention du tabagisme. Ce programme est ensuite mis en œuvre avec les élèves.

Mise en œuvre³⁷

Les équipes éducatives et les collégiens ont choisi de mener des actions pour la prévention du tabagisme ; ces actions permettent :

- la valorisation de l'image du non fumeur ;
- la mesure des risques de la consommation du tabac ;
- l'organisation de manifestations éducatives dans leurs collèges et notamment lors de la journée mondiale de lutte contre le tabac du 31 mai (exposition, forum, ...)

³⁷ Présentation des exemples de réalisations faite sur la base des documents du projet « 25 collèges »

Exemple de réalisations en Dordogne :

L'équipe chargée du projet d'un collège met en place des ateliers santé entre midi et 2 et intègre la prévention du tabagisme dans les enseignements afin de développer l'esprit critique pour favoriser la prise de décision lors de la confrontation au tabac. Enfin, une « conversation » avec des professionnels de santé (médecins, pneumologue...) vient éclairer les élèves sur les aspects médicaux et le tabac comme un risque majeur pour la santé.

Exemple de réalisations en Gironde :

Un petit groupe d'adultes et de sixièmes très dynamiques a investi le projet « 25 collèges » en créant un club santé. Celui-ci a été l'occasion de multiples actions dont la réalisation d'un questionnaire par les élèves à destination de leurs pairs afin de mieux connaître leur rapport au tabac et leur intérêt pour la santé. Ce club a aussi été à l'initiative d'un stand de prévention lors de la fête de l'UNSS. Les retrouvailles de chaque lundi sont l'occasion d'échanges sur sa santé dans la joie et la bonne humeur.

Exemple de réalisations dans les Landes :

Les adultes référents, avec les élèves internes, ont construit le projet en fédérant petit à petit l'ensemble de l'établissement. Le travail de l'année (création d'affiches, de badges, de jeux et travail de mise en scène de clips vidéos de prévention du tabagisme) s'est concrétisé par l'organisation d'une kermesse / forum avec tenue de stands thématiques, expositions, à l'occasion de la journée banalisée du 31 mai.

Exemple de réalisations en Lot-et-Garonne

Le questionnaire est diffusé à l'ensemble des élèves du collège le jour du 31 mai 2005 afin de rappeler la journée mondiale sans tabac. Ce même jour, une exposition d'affiches de prévention du tabac datant de 1976 à aujourd'hui, est mise en place dans le réfectoire pour les jeunes et les adultes de l'établissement afin de sensibiliser le plus grand nombre...

Exemple de réalisations dans les Pyrénées Atlantiques :

Autour d'une enquête sur les comportements tabagiques, les élèves ont pu réfléchir aux conséquences de l'acte de fumer. Le 31 mai, le CDI s'est transformé en un point santé consacré à la prévention du tabagisme, mobilisant plusieurs membres de l'équipe éducative ayant tous le même mot d'ordre : prendre soin de sa santé.

1. Analyse du contexte
<p>Globalement ce projet est en adéquation avec les principes de la charte d'Ottawa sur les cinq axes d'actions : la collaboration intersectorielle, l'acquisition des aptitudes individuelles, l'approche communautaire par milieux de vie, et l'empowerment des personnes. Un certain nombre d'actions ont par ailleurs traité du tabac dans un contexte de santé globale.</p> <p>Il s'intègre également dans le principe général d'éducation pour la santé car il vise une approche cognitive, responsabilisante et participative.</p> <p>Il est en parfaite cohérence avec les orientations nationales dans le domaine de la lutte contre le cancer</p>
2. Analyse du problème
<p>La méta-analyse du problème « tabagisme en milieu scolaire » est établie, par contre les approches dans les collèges ont varié, certains se sont basés sur des enquêtes initiales ou des ateliers pour identifier les représentations et les habitudes des élèves, alors que d'autres ont mis en place des activités sans passer par la phase d'analyse.</p>
3. Déterminants
<p>Les méthodes et les pratiques utilisées sont différentes selon les établissements mais de manière générale elles ont fait l'objet de validations scientifiques et sont adaptées au milieu spécifique scolaire.</p>
4. Groupes cibles de l'action
<p>Les caractéristiques spécifiques du groupe cible ont été prises en compte et intégrées dans la conception de l'intervention.</p>
5. Objectifs
<p>Les objectifs sont en adéquation avec l'analyse du problème au sens qu'ils reposent sur la création d'un « noyau promoteur » pluri-professionnel chargé de la mise en place d'un programme dans l'établissement, à laquelle les élèves sont associés.</p>
6. Conception de l'intervention
<p>La stratégie d'intervention en phase : sensibilisation, formation, réalisation d'activités et d'actions de prévention est adapté au contexte.</p>
7. Mise en œuvre
<p>Le mode de mise en œuvre est descendant dans sa phase d'initialisation, puis il fait place à une phase d'appropriation par les élèves qui donne toute sa dimension.</p>
8. Évaluation
<p>La dimension relative à l'évaluation des actions ne semble malheureusement pas avoir été intégrée au programme.</p>

5.7 Bien-être, liberté de choix et santé

Contact : Marie PERSIANI : codes57@wanadoo.fr, Codes 57

Contexte

Le Centre d'Examen de Santé de Metz, en Moselle, a proposé en 2001 un projet d'incitation et d'accompagnement à l'arrêt du tabac pour les personnes en situation de précarité, avec mise en place de la gratuité des substituts nicotiques, au niveau du bilan de santé.

Il a réuni une équipe pluridisciplinaire de professionnels du social, de la santé et de l'éducation pour la santé.

Le CODES 57 y a participé dès 2001 grâce au dispositif "Emplois Jeunes Tabac" et reprend depuis 2005 l'animation du réseau et les actions éducatives réalisées dans 3 foyers de Metz accueillant des jeunes filles et des jeunes mères.

Objectifs

- Aider les femmes hébergées en foyer particulièrement les femmes enceintes ou avec de jeunes enfants, en situation de précarité, à diminuer ou à arrêter leur tabagisme en leur permettant d'être acteurs dans leur démarche de santé et de bien-être.
- Renforcer le comité de pilotage existant et l'implication des divers professionnels mobilisés, organisés en réseau
- Créer un outil pédagogique de prévention du tabagisme dans chaque foyer. A travers les actions réalisées le besoin s'est fait sentir de construire un projet de promotion de la santé, situant le tabac dans un contexte de santé globale et permettant de donner la parole aux femmes sur leur santé.

Activités

La démarche est globale et se déroule en 6 étapes (soit 10 séances de 2 heures):

- Faire émerger les représentations des personnes sur la santé
- Situer le tabac dans un contexte de santé globale. Il s'agit d'identifier les bénéfices, les motivations à fumer
- Situer le degré de motivation des personnes par rapport à l'arrêt du tabac, selon les stades de changement du modèle de Prochaska et Di Clemente. Pour les personnes qui se préparent à arrêter, le médecin les informe des aides à l'arrêt, de leur gratuité et leur explique le déroulement d'une consultation de sevrage. Enfin, il accompagne individuellement les personnes qui décident d'arrêter, en valorisant leurs changements. La gratuité des aides à l'arrêt favorise la motivation à l'arrêt, en facilitant le passage de l'intention et de la préparation à l'action.
- Permettre aux femmes de mettre en évidence leurs compétences, leurs ressources sociales et individuelles. Ce sont ces éléments positifs qui vont servir de levier pour donner envie aux personnes d'arrêter de fumer.
- Créer des supports pédagogiques interactifs pour donner envie aux personnes de s'impliquer et les animer auprès des autres résidentes et des professionnels sur les sites. L'approche par les pairs facilite la transmission de savoirs, savoirs-être et savoirs-faire. Chaque année les supports changent, ce sont les personnes qui les proposent, les créent, les illustrent, toujours soutenues par des intervenants extérieurs, pour que les réalisations soient bien finalisées, esthétiques, donc valorisantes.
- Évaluer l'action avec les femmes, les professionnels impliqués dans les structures et les partenaires.

Résultats :

Des changements d'attitudes et de comportements ont été constatés et des environnements favorables à la santé ont été créés par les femmes. Chaque année en moyenne, 10% des femmes qui participent au programme arrêtent de fumer.

L'observation des jeunes femmes et jeunes mères a permis de constater une réelle évolution dans les attitudes par rapport à la cigarette : diminution du nombre de lieux fumeurs; autosuppression des pauses cigarette lors des séances éducatives, égard particuliers pour ne pas exposer les enfants à la fumée. Il a également été observé une plus grande affirmation et une estime de soi renforcée.

Par ailleurs, l'existence du réseau de professionnels a permis l'inscription des actions dans la durée. Il a apporté du temps nécessaire à l'adoption d'un langage commun et à la définition d'objectifs nés de la rencontre et du cheminement avec ces femmes.

1. Analyse du contexte
<p>Ce projet est en adéquation avec les principes de la charte d'Ottawa principalement sur l'axe relatif à l'acquisition des aptitudes individuelles, de l'approche communautaire par milieux de vie, et de l'empowerment des personnes. Relevons à ce propos que ces actions ont débouché sur un projet de promotion de la santé, situant le tabac dans un contexte de santé globale.</p> <p>Il s'intègre également dans le principe général d'éducation pour la santé car il vise une approche cognitive, responsabilisante et réellement participative. Il est en cohérence avec les orientations nationales dans le domaine de la lutte contre le cancer</p>
2. Analyse du problème
<p>L'analyse du problème a donné lieu à un constat initial basé sur des ateliers permettant de faire émerger les représentations de résidants sur la santé et le tabac.</p>
3. Déterminants
<p>Les méthodes et les pratiques utilisées ont fait l'objet de validations scientifiques. La combinaison d'objectifs de sensibilisation générale à la problématique et d'aide pragmatique à la cessation est l'approche la plus recommandée.</p>
4. Groupes cibles de l'action
<p>Les caractéristiques spécifiques du groupe cible ont été prises en compte et intégrées dans la conception de l'intervention.</p>
5. Objectifs
<p>Les objectifs sont en adéquation avec l'analyse du problème au sens qu'ils reposent sur la création d'un réseau pour garantir le soutien et la pérennité du projet, le développement d'outils pédagogiques ainsi que le soutien et l'aide concrète à l'arrêt.</p>
6. Conception de l'intervention
<p>La stratégie d'intervention en phase : émergence des représentations, mise en situation du tabac dans un contexte de santé globale, identification du degré de motivation, création de supports pédagogiques et interactifs par les résidants eux-mêmes est adaptée à la problématique.</p> <p>Les principes utilisés pour l'aide à la cessation correspondent aux recommandations en la matière.</p>
7. Mise en œuvre
<p>Le mode de mise en œuvre est descendant dans sa phase d'initialisation, puis il fait place à une phase d'appropriation qui donne toute sa dimension. Rappelons que le projet s'appuie sur un comité de pilotage composé de professionnels organisés en réseau.</p>
8. Évaluation
<p>Relevons un élément appréciable : un processus formel de monitoring de la mise en œuvre a été prévu dans la planification du projet.</p>

5.8 Les leçons de l'évaluation des actions

- La nécessité de planifier le temps pour le développement véritable d'un projet, temps qui est toujours supérieur à une année.
- L'importance de prendre le temps nécessaire à une phase d'élaboration construite autant sur les données probantes que sur des partenariats progressivement solides et des études préalables le cas échéant.
- L'importance de construire un projet qui réponde à un besoin et à une attente et donc l'importance de procéder à un état des lieux le plus large possible.
- L'avantage que constituent des expériences antérieures réussies par une équipe qui a un minimum de stabilité.
- L'importance d'un système suffisamment flexible qui permette une réactivité, initiale et continue, aux clients, aux partenaires et aux circonstances.
- Un souci permanent d'amélioration de la qualité.
- La relative faiblesse des éléments d'évaluation externe formelle, mais l'utilisation fréquente d'un bon spectre d'indicateurs pour le monitoring.

6 Regards sur les articulations

6.1 Effets du dispositif sur le partenariat local (départemental et régional)

Entre les comités d'une même région ?

Les jugements sont absolument unanimes pour dire que le dispositif a largement contribué à augmenter les échanges entre les comités d'une même région ainsi qu'entre les CODES et leur CRES.

Le dispositif EJT a été un facteur d'accélération des collaborations entre les CODES. L'échange de pratique entre les CODES a souvent permis d'aller vers un projet régional concerté et cohérent. Notamment parce que les EJT ont parfois été les instigateurs de rencontres régulières entre eux, ce qui a motivé les directions à faire de même. « *Les EJT se sont rencontrés une fois par mois ce qui a permis d'imprimer une vraie dynamique d'échange d'expériences, de développement d'outils et de projets communs* »

Pour plusieurs régions, les EJT ont été l'occasion d'une véritable entrée dans le développement d'une pratique régionale et la structuration des échanges entre départements lors des rencontres régionales. « *Conscience de groupe naissante, même si freins au sein des structures... on est passé outre pour faire avancer la machine. Travail en réseau entre nous, mais uniquement au début entre nous, donc tensions avec les autres professionnels... mais il a fallu le programme régional tabac pour faire naître une idée du travail en commun trans-structures.* »

La seule réserve apportée concerne les cas où il y avait au départ des relations de conflit ou d'opposition entre comités. Ainsi « *Moins de contact « programme » avec les codes qui ont déposé des projets différents* », ou encore « *on ne pouvait pas attendre des EJT qu'ils puissent transformer radicalement les relations existantes entre directions... Ici la guerre, là une coopération réelle avec un niveau régional « au service » des niveaux départementaux !* » (par exemple l'état des lieux est réalisé ensemble, finalisé au niveau régional et distribué par les départements).

Entre les comités et leurs partenaires habituels ?

Il y a unanimité sur l'intensification des contacts que les EJT ont permis avec les partenaires existants ; en revanche, les avis sont plus nuancés sur la création de nouveaux partenariats avec d'autres acteurs de la prévention du tabagisme. 60% des partenariats dans une région ont eu lieu avec l'Education Nationale, parce que c'était « *naturel, facile et efficace* » (les infirmières scolaires surtout qui participent aux formations financées par l'EN, parfois les médecins et les travailleurs sociaux, moins avec les enseignants). Une représentante de l'EN précisera que les EJT ont été extrêmement précieux pour développer des actions de prévention et d'éducation en milieu scolaire qui manquaient cruellement précédemment (application loi Evin).

Les EJT affirment pour leur part être en partenariat étroit avec trois niveaux : lycées (direction et infirmières), comités de pilotage départementaux et régional.

- ⇒ Cependant, on n'a pas noté le développement d'approches plus institutionnelles des établissements d'enseignement, comme s'il n'y avait pas eu de perception claire que c'était là l'approche la plus recommandée dans la littérature internationale.

Une collaboration a été initiée dans une région avec les services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, et s'est révélée assez réussie : ainsi dans un département, ils financent maintenant le poste de l'ex-EJT, pour pouvoir continuer les actions entreprises. On a observé surtout la création de réseaux de partenaires actifs déjà présents dans les milieux fréquentés par les jeunes.

- ⇒ Quand on fait la liste de tous les partenaires qui nous ont été mentionnés au cours des entretiens, on arrive alors à une liste impressionnante par sa diversité et son ampleur : le réseau de partenaires aura impliqué DRASS et DDASS, académies, l'ANPPA, la ligue contre le cancer, l'URCAM, la CRAM et les CPAM, les CHU et CHR, l'ARH, le CDMR, les missions locales (pour l'emploi) la MSA, etc.

- ⇒ Enfin, une difficulté résulte du fait que certains partenaires ne sont présents qu'au niveau national et départemental et pas au niveau régional ; ou encore que le statut et les relations des unités régionales et/ou départementales avec leur niveau national varient parfois assez fortement d'une institution à l'autre, notamment les relations hiérarchiques.

En termes de création ou de renforcement de groupes et/ou réseaux de coordination départementaux ou régionaux ?

Il y a eu aussi unanimité pour dire que les EJT ont donné plus de moyens aux CODES et que cela a eu pour effet de renforcer leur position dans les réseaux. Un signe positif est que plusieurs partenaires sollicitent maintenant le réseau sur d'autres problématiques.

- ⇒ Il est clair nous semble-t-il que le dispositif a apporté un renforcement massif des ressources du réseau et ceci davantage dans les cas où celui-ci avait au départ une grande capacité d'absorption, observation bien connue dans les politiques de développement.

Il y avait souvent au départ, une absence de diagnostic préalable, qui a été plus ou moins comblée par les états des lieux souvent initiés en 2001/2002, mais qui parfois n'ont été réalisés qu'en 2004 ! Quelquefois aussi une mise à jour et un complément ont été prévus ce qui en a fait un outil d'autant plus utile.

- ⇒ Ceci était incontestablement un objectif stratégique très valable, sans doute inspiré par la connaissance expérientielle du réseau au sein du CFES.

Mais on a aussi entendu dans une même région des avis contrastés : à l'un affirmant « *Nous avons toujours privilégié le partenariat et les rencontres d'acteurs dans le dispositif EJT* » un autre participant opposait : « *le point de vue énoncé ci-dessus est idéal. Il y a surtout eu des cloisonnements difficiles à faire sauter. Le partenariat a commencé à fonctionner à la fin du dispositif.* »

Ce qui est souvent relevé, c'est que même si le partenariat a été peu présent en amont, du fait notamment que le temps de l'appel à projet a été beaucoup trop court, il s'est quand même développé grâce aux EJT. Quelqu'un a conclu : « *La collaboration demande du temps et des moyens, le dispositif EJT nous a offert les deux. Nous avons pu de ce fait intensifier les relations avec nos partenaires.* »

« *On a pu également développer notre journal d'information, qui fait état des actions de terrain et qui milite à notre reconnaissance sur le terrain par les partenaires. Nous souhaitons développer ce journal depuis plus de 15 ans, les EJT nous ont donné les moyens de le faire.* »

- ⇒ L'acquisition de compétences, d'un panier d'outils disponibles, et des expériences ont amené un changement de pratiques : au début beaucoup d'intervention ponctuelles, brèves puis de plus en plus de partenaires, de temps pris pour avoir une vision globale, une stratégie partagée et actuellement une logique de co-construction.

Que s'est-il passé dans les régions où un comité de pilotage local a été mis en place comparativement aux régions où il n'existait pas

Peu de commentaires sur cette question, sinon qu'il ne semble pas y avoir de différences notables.

Cependant il sera dit que ces comités de pilotage permettent une bonne circulation des informations et offrent une visibilité au programme : « Ce sont également des caisses de résonance et les membres y viennent sur une base régulière ». Souvent, au niveau régional le comité de pilotage a permis un travail entre les institutions concernées : l'URCAM, la DRASS, la ligue, les inspections académiques et le CRES. Dans une région, il a été expliqué comment l'existence de cette instance ou les différents partenaires étaient amenés à exposer, discuter, défendre, justifier leurs actions, facilitaient un abord sinon rendu difficile par des questions d'antériorité, de prestige, de territoire, etc.

- ⇒ Il reste qu'il y avait au départ une difficulté entre la fonction d'un copil et le cadre déjà fixé par le dispositif EJT et le contrat 5 ans ! De plus la question a aussi été celle d'un comité de pilotage « généraliste » souvent pré-existant par rapport au dispositif et celle de créer des comités de pilotage pour chaque priorité régionale amenant une multiplication des réunions d'une majorité des partenaires. Il est clair qu'il n'y a très probablement pas de bonne solution unique à ce dilemme et que l'organisation doit être adaptée à chaque région et à chaque période et ne devrait pas être « imposée » par des programmes nationaux.

6.2 Effets du dispositif sur l'articulation et la concertation entre les niveaux d'intervention local et national

Les actions menées sont-elles définies et réalisées en cohérence avec les objectifs et priorités des politiques nationales, régionales et locales (Plan cancer, PRS,...)?

On a observé, sans surprise, des situations assez contrastées. Il en ressort notamment que là où les choses ont vraiment bien marché, c'est là où existait déjà préalablement une base de collaboration. Alors le dispositif a pu maximiser les effets : « *le choix des activités avait été réfléchi avant dans le cadre de la définition des projets.* »

Et à l'opposé : « *Le contexte [...] est particulier... très empreint de logiques plus politiques que de santé publique... Le copil régional comprend 20 membres et 80 destinataires des comptes-rendus... mais le programme [que je mène avec quelques uns] est le seul qui présente une transparence totale, y compris sur ses évaluations. Aucune participation de la majorité des autres, aucune observation possible sur les programmes menés par eux...* »

« *Il est vraiment dommage de faire le constat qu'il existe beaucoup de compétences... prises dans une logique de concurrence forte qui ne favorise pas les synergies. Il y a absence de logique coopérative : les partenariats sont difficiles, voire impossibles (les relations sont tendues même entre les rectorats !)* »

Il y a très souvent une cohérence avec les politiques et programmes régionaux sur le fond ; sur le plan national, on recherche plus des financements que de la substance et on stigmatise aisément les contradictions ou les lacunes nationales... « *exemple : on demande aux jeunes d'arrêter de fumer dans des lycées où les profs fument...* »

Quel est le niveau d'intégration des actions de prévention du tabagisme développées dans le cadre du dispositif (intégration totale, juxtaposition,...) ? Comment avez-vous traité l'aide à la cessation du tabagisme ? et le tabagisme en entreprises ?

La focalisation des activités autour du tabagisme a varié considérablement entre les divers CRES/CODES et entre EJT. Plusieurs EJT ont ainsi souligné d'une part les attentes d'actions dans des domaines connexes (exemple les addictions) ou dans des actions généralistes au service de l'institution d'accueil en éducation pour la santé.

- ⇒ Les actions le plus intégrées ont définitivement été celles en partenariat avec l'éducation nationale : familiarité avec le monde de l'éducation pour des jeunes et en miroir ouverture de ce monde à l'éducation pour la santé depuis de nombreuses années. Dans le monde de l'entreprise, ni la familiarité ni l'ouverture n'existait au départ. De plus le soutien national est resté fort limité.

On a entendu des remarques exprimant une panoplie de difficultés : « *Nous offrons un service, qui répond à un besoin ou pas.* » ou « *Le problème est que très souvent les entreprises pensent qu'en deux heures on va régler le problème.* » ou encore « *Dans les entreprises nous avons travaillé en partenariat avec la médecine du travail mais le tabac n'est pas leur priorité.* »

Dans une région, on dira en revanche que l'EJT a permis une diversification des actions, la plus importante étant celle du monde de l'entreprise qui a pu être formalisée et aboutir à la publication d'un guide d'intervention en entreprise.

Y a-t-il une différence en terme de « qualité » entre des actions inscrites dans le cadre des politiques de santé et d'autres qui ne le sont pas ?

Pratiquement aucun commentaire sur cette question : Seule une affirmation « plate », simplement répétée que les actions ont été inscrites dans les politiques régionales et nationales.

Affirmation « neutre » qui n'a stimulé aucun des trois interviewers, sans s'être concertés, à pousser la question plus avant.

Le pilotage national de ce dispositif a-t-il permis une meilleure « intégration » des actions au niveau local ? quelle est la plus value d'un dispositif national ?

Il n'y a par contre pas de plus-value admise du fait que ce soit un dispositif piloté au niveau national. Un directeur dira même n'avoir aucun souvenir de soutien ou de documents particuliers relatifs aux EJT ! « *Quel pilotage national ?* » dira un autre, ou encore « *il n'y a pas vraiment de plus value « nationale » du dispositif, puisque pas ou peu de regards sur ce que font les autres !* »

Une des personnes-clés du dispositif initial dira pourtant : « *La plus value d'un dispositif national se situe dans sa capacité à encourager et accompagner une meilleure intégration entre acteurs du niveau local d'une part et entre niveaux local et national d'autre part* »...

Mais dans les entretiens il est rapidement apparu que les interlocuteurs nationaux avaient principalement comme intérêt le programme dans son ensemble, sa mise sur pied et sa réalisation globale ; à l'opposé, les entretiens en région ont témoigné dans leur ensemble de préoccupations régionales et de peu d'intérêt pour le plan national. Les articulations entre ces deux niveaux restent manifestement peu prégnantes et ceci ne semble pas être le cas de l'INPES plus particulièrement mais se devine également dans les différentes institutions questionnées.

Les formations nationales ont souvent été la seule possibilité pour les EJT de « regarder » ce qui se fait ailleurs en France. Sinon, « *aucun contact avec les autres régions, chacun travaille dans son coin !* »

6.3 La perception du dispositif par les acteurs

Quels sont les points forts et les points faibles du dispositif ?

POINTS FORTS

Les EJT ont permis, par exemple, de monter des centres de documentations qui étaient auparavant inexistantes et de même d'intervenir sur le terrain là où on y avait pensé mais on n'avait pas eu les ressources pour le faire. « *On a pu avec les EJT ouvrir un centre de doc à destination des professionnels et développer une véritable stratégie des actions à déployer.* » « *On a ouvert physiquement une antenne régionale* » ou encore « *Dans certains CODES ont fait, avant les EJT, un peu de doc un peu de terrain mais dans son coin.* »

Les rencontres, souvent mensuelles, organisées avec les autres EJT de la région sont considérées comme très importantes pour les échanges.

Dans une région, les directeurs diront : « *Il s'est créé une sorte de club des jeunes qu'on a encouragé notamment parce que cela contribuait à créer une culture commune.* »

Les rencontres nationales ont été considérées comme très utiles pour confronter les expériences et, plus rarement, tisser des liens hors région. « *Ceci a même débouché sur une collaboration avec une autre région voisine ou encore l'accueil d'EJT d'autres régions chez nous.* »

Les formations CFES/INPES sont plus ou moins bien vécues, avec des différences « *mais c'était la seule possibilité pour les EJT de « regarder » ce qui se fait ailleurs en France. Sinon, aucun contact avec les autres régions, chacun travaille dans son coin !* »

⇒ Il nous est apparu très important de confirmer que l'enveloppe « équipement » qui accompagnait les EJT a été très appréciée, « *c'est suffisamment rare et intelligent pour*

qu'on le souligne » dira un directeur et un autre : « elle a permis à notre CODES de sortir du moyen âge en termes d'équipement informatique ! ».

POINTS FAIBLES

⇒ L'appellation « emploi jeunes tabac » n'était pas une bonne carte de visite ; car cette appellation desservait la collaboration avec les partenaires qui ne s'impliquaient pas à cause de ce nom « emploi jeune ». Il a fallu *« deux ans pour se débarrasser de l'étiquette...le temps de prendre de l'assurance face aux partenaires ».*

Plusieurs ont pris l'initiative de les désigner très vite autrement, ainsi *« Ils n'ont jamais porté le titre d'EJT mais d'agent de formation, agent de développement, agent de développement en santé, chargé de projet, éducateur ».*

Un autre aspect, qui aurait peut-être pu être anticipé fut celui des effets générations : *« Logique directive avec discours participatif de la part des directeurs...au final ! Question de génération... »*

Et encore le fait qu'à l'intérieur des CODES, on s'est trouvé parfois dans la nécessité de procéder à des réglages dans les situations où l'animateur responsable d'une action régionale se trouvait être un EJT. Certains collègues « permanents » des CODES ont pu mal le vivre.

Dans une région, un directeur a soulevé la question de savoir si c'était bien la mission des associations de répondre aux commandes publiques du type dispositif EJT ?.... *« L'Etat est paradoxal car il nous encourage à la collaboration mais il nous met en concurrence dans le cadre des appels à projet, on doit donc faire attention à nos partenariats. »*

Dans une autre région on a souligné que les procédures de suivi avec les rapports annuels ont été jugées trop lourdes.

7 Pérennité des structures et devenir des EJT

7.1 Le devenir des structures

- ⇒ Le dispositif a permis de garantir le financement stable d'1/5ème des postes du réseau pendant 5 à 8 ans, ce qui n'est pas négligeable. Il a donné une marge de manœuvre importante avec des ressources financières pour les formations et un peu d'équipement. Le doublement d'effectif pour certains codes a clairement augmenté les capacités et permis de structurer les actions.

Une grande difficulté réside dans le passage à d'autres modalités de financement, dans un contexte marqué par une réduction générale des subsides publics et surtout ceux de fonctionnement, avec un déplacement vers des financements de projets et les incertitudes inévitables de ceux-ci : *« localement on est parfois moins doté qu'auparavant à cause des coupures de budget état et régions ». « Ce déplacement handicape moins les structures importantes mais constitue évidemment pour les petites un élément d'instabilité considérable qui est exactement opposé aux éléments clés du succès de la période précédente. »*

- ⇒ Les CODES réagissent isolément avec peu de partage sur les solutions trouvées pour pérenniser les postes : il y a certains grands perdants et plusieurs dépôts de bilan sont à craindre dans les mois à venir. Les directeurs n'étaient pas tous au même niveau de capacité comme gestionnaire ou directeurs d'associations.

Le cas de l'appel à projets INPES / PNC a été désigné comme un exemple type du manque de compétence gestionnaire de certains directeurs : *« les directeurs ont fait ceci dans l'urgence.... Ils ont laissé le temps passer... et ne se sont bougés que quand ils ont compris le poids financier potentiel ! Sans nous [EJT] prendre en compte, alors que nous étions fortement engagés dessus ! »*

Mais plusieurs EJT considèrent que l'enjeu financier fut dominant, avant les enjeux thématiques ou de compétences : besoin d'argent pour les structures ! *« On ne l'avait pas vraiment compris ainsi... mais il y a une perte de qualité quand même : en premier lieu, aucune perception des besoins du terrain par exemple. »*

Quand vous êtes-vous préoccupé de la pérennisation ? Avec quels résultats ?

De façon assez évidente la question a largement dépendu des aptitudes et attitudes des directions face à la gestion. *« on suscite la demande grâce aux EJT et puis d'un jour à l'autre, à la fin du dispositif, on ne peut plus l'honorer. »* ou encore : *« Construire pour arrêter c'est du gâchis »* entend-on volontiers du côté de certaines directions.

Au cours des entretiens, les 3 évaluateurs ont été frappés par la diversité des attitudes et sans doute des compétences des directions quant à la gestion de leur organisation. C'est par l'INPES qu'ils ont appris que l'Institut avait organisé une journée de formation en septembre 2003 suite à l'enquête lancée fin 2002 sur le financement des actions et la pérennisation des postes. Une rencontre nationale s'est tenue autour des deux thèmes suivants :

- les stratégies de financement des postes durant les cinq années,
- les stratégies de pérennisation de ces postes au-delà des cinq années de financement.

Lors de cette journée de rencontre, ¾ des comités concernés par le dispositif « emploi-jeune tabac », soit 60 personnes représentant 54 comités étaient présentes. Les directeurs étaient les plus nombreux...

Parfois, le son de cloche est différent : il y a eu peu de turn over et les EJT disent avoir très peu senti la précarité. Dans une autre encore, il n'y a eu que des pérennisations de poste, la question du « après » ne se pose donc pas avec la même acuité que dans d'autres régions. *« Les EJT ont prouvé que nous (comités) avons besoin d'eux c'est la raison pour laquelle les EJT sont restés. Mais les financements qui s'effritent maintenant les inquiètent. »*

« Les postes qui ont été pérennisés l'ont été car l'EJT en question a montré des compétences particulièrement bonnes » disent souvent les directeurs alors que chez les EJT, on a plutôt vécu

une impression de flou. Ainsi certains EJT diront : « *Les EJT doivent être polyvalents : documentation, repérage des outils, test. Il est illusoire de penser qu'un EJT ne peut faire que du tabac. Il est appelé à intervenir dans d'autres thématiques et heureusement car dans la perspective d'une pérennisation c'est important* ». Mais ceci semble surtout avoir été très individuel.

Les directeurs ont aussi un discours variable : « *L'EJT c'est un marche pied. Ils se sont bien souvent appuyés sur le réseau pour se recaser quand ils sont partis* ». Il y a toutefois un paradoxe dans ces contrats de 5 ans : le langage est double : « *donnez-vous de la peine et on vous gardera* » et « *n'oubliez pas que c'est un contrat déterminé alors restez vigilant pour trouver un emploi.* »

- ⇒ Question essentielle sans réponse univoque : le turn over des EJT dans le dispositif. Certains sont partis pour trouver un emploi « plus stable » ou mieux rémunéré : ceci est-il un critère de succès ou d'échec du dispositif ? Mais alors quid de l'investissement dans les formations ?

Quels sont les effets du dispositif sur la reconnaissance des comités dans le champ de la prévention du tabagisme ?

- ⇒ Le dispositif a été une occasion pour le réseau de s'affirmer dans le domaine et d'asseoir une légitimité reconnue. Les ingrédients majeurs de ceci ont été la durée, l'intensité (le nombre de postes), la compétence des EJT (initiale et soutenue par les formations), la qualité générale du programme prévention du tabagisme. Le partenaire qui semble définitivement avoir été le plus important et le plus favorable aura été l'éducation nationale.

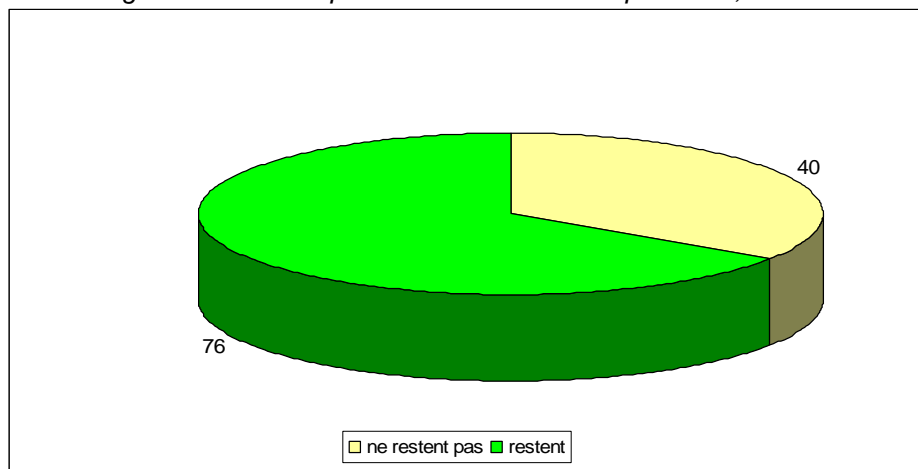
Un directeur dira, mais cela nous semble correspondre à une opinion assez large, « *la durée du programme et de son financement a permis au réseau de remplir une mission de service public* » (plutôt que de cabinet de conseil).

« *On a pu lier des partenariats sans arriver avec une facture comme c'était le cas auparavant. Ceci a permis de changer notre image auprès des partenaires. Les EJT ont donné plus de moyens aux CODES ce qui a eu pour effet de renforcer leur position dans le réseau.* »

7.2 Le devenir des porteurs de projets

Les données qui suivent sont issues du questionnaire complémentaire de l'INPES de 2006. 116 EJT y ont répondu, pour 219 EJT passés par le dispositif depuis son origine, soit 53% de répondants.

Figure 22 : devenir professionnel des EJT répondants, en 2006



On constate que la plupart des porteurs de projets répondants restent dans le domaine de l'éducation pour la santé. Le taux de réponse de 53% à ce questionnaire oblige toutefois à une certaine prudence sur l'interprétation de cet élément.

Ceux qui sont restés dans le domaine de l'éducation pour la santé ont trouvé de l'emploi dans les structures précisées ci-après.

Tableau 8 : structures employant des anciens EJT

Région	Emploi trouvé dans les structures suivantes:							
Aquitaine	CODES 40	CODES 47	CRAES/CRIPS Aquitaine (3x)	CODES 24				
Basse-Normandie	Association de lutte contre le sida	CORES						
Bretagne	CODES 22	CRES Bretagne						
Centre	CODES 18 (2x)	CODES 36	Mutualité 13- service promotion santé	CODES 45				
Champagne-Ardenne	CODES 52	CRES CA (3x)						
Franche-Comté	REPOP de Franche Comté	CODES 25	CODES 39 (2x)	CODES 90	CRES Franche- Comté			
Haute-Normandie	CRES de Haute- Normandie	Espace santé de Fécamp						
Ile-de-France	CODES 78 - (CDI)	Mairie d'Achères (78): Ateliers santé ville	Directrice d'un centre social (64)	CPS 91 (2x)	SMEREF	Institut Renaudot	CODES 93	CRESIF
Languedoc-Roussillon	CODES 11 (2x)	CODES 30 (2x)						
Limousin	CODES 23							
Lorraine	CODES 54	CRES Lorraine(2x)	CODES 55	CODES 57	CODES 88			
Midi-Pyrénées	CODES 12	CODES 32						
Nord-pas-de-Calais	CODES 62 (2x)	CRES Nord-Pas- de-Calais (3x)						
Pays de la Loire	CODES 49	Ligue contre le cancer	Credeps					
Picardie	CRES de Picardie - Etablissement de l'Aisne	CIRM à Lille	Coordination PTS à Calais					
Provence-Alpes-Côte D'Azur	ANPAA 04	CIRDD PACA (2x)	ASV CODES 04 à Digue et Manargue	CRES Picardie	CODES 05	CODES 13		
Rhône-Alpes	CODES 01	CODES 42 (2x)	DDASS de la Loire	CRAES Rhône Alpes (4x)	CODES 49			

8 Conclusions et enseignements

8.1 Conclusions

Les principales conclusions que l'on peut tirer sont les suivantes :

1. On peut considérer que les EJT ont été professionnalisés (formations CFES-INPES et autres formations rendues accessibles), qu'ils ont eu l'occasion du développement de la confiance professionnelle en soi et qu'un grand nombre ont finalement été pérennisés dans ou en dehors du système éducation pour la santé.
2. Il semble clair que les EJT avaient deux missions au mieux interpénétrées : une mission de contribution à la prévention du tabagisme et une autre mission de renforcement du réseau en éducation pour la santé, notamment dans sa mission de créer des partenariats locaux et régionaux.
3. Les EJT ont très largement travaillé dans la prévention du tabagisme, surtout dans les écoles, en collaboration avec l'Education Nationale, dans la documentation, puis dans l'aide à la cessation, en collaboration avec les centres de tabacologie, et moins dans le milieu du travail. Puis sont apparues progressivement, des ouvertures vers d'autres settings (notamment les entreprises) perçus initialement comme moins évidents, et ce qui est encore plus significatif du succès, on a vu l'émergence d'attentes nouvelles des partenaires sur d'autres thématiques en EpS.
4. Il y a eu indiscutablement une contribution du dispositif aux politiques de prévention du tabagisme.
5. La liste des partenaires est dans l'ensemble impressionnante par sa diversité et son ampleur : le réseau de partenaires aura impliqué DRASS et DDASS, académies, l'ANPPA, la ligue contre le cancer, des URCAM, CRAM et CPAM, des CHU et CHR, des ARH, des CDMR, des missions locales (pour l'emploi), la MSA, etc.
6. L'hypothèse d'impact est vérifiée : des ressources nouvelles, suffisamment durables et orientées ont permis l'atteinte de deux objectifs :
 - i. Un développement évident des synergies régionales entre les structures EpS locales et régionales, particulièrement entre les CODES et CRES d'une même région.
 - ii. Une nouvelle légitimité externe envers les partenaires, initiée bien souvent par les EJT et leur perception du modèle de fonctionnement optimal intersectoriel.

Ils ont grandement contribué au renforcement du réseau et des collaborations entre comités d'une même région ainsi qu'au développement de partenariats, surtout avec l'éducation nationale, mais moins au développement de nouveaux partenariats. Ils ont rendus ces partenariats mieux légitimés par les compétences qu'ils apportaient.

7. "Vu l'urgence", il y a eu des lacunes explicables dans la préparation du programme mais également une faiblesse persistante du soutien national sur au moins deux points :
 - i. L'utilisation recommandée de l'établissement initial d'un état des lieux des actions existantes n'a pas été exploitée autant qu'elle le méritait, ni au niveau national, ni au niveau local.
 - ii. Le soutien aux directeurs des CODES et des CRES en termes de gestion aurait sans doute pu être plus développé.

Le soutien national a été moins reconnu qu'il n'aurait du, ceci sans doute en raison de la période de flottement et d'incertitudes qui a accompagné le passage du CFES à l'INPES et notamment le caractère établissement public de ce dernier. L'expression « on est devenus orphelins » a été répétée dans presque tous les entretiens (malgré la continuité du staff). Il reste quand même étonnant qu'il y ait peu de sentiment d'appartenance à une politique nationale.

8. Il manque toujours une plateforme d'échanges entre les régions : un regret général est relevé concernant l'absence d'un tel lieu d'échanges, qui contribue à rendre la plus value d'un dispositif national moins perceptible.

En conclusion, on peut dire que le dispositif a globalement atteint les objectifs de professionnalisation des EJT et de renforcement du réseau en éducation pour la santé. Ce dispositif aura également été une source d'expériences réussies pour les jeunes, une contribution aux politiques de prévention du tabagisme, un renforcement des partenariats au niveau régional, dans et hors du réseau et une mine d'enseignements transférables.

8.2 Enseignements

Ces enseignements sont destinés à favoriser la mise en place de conditions cadre permettant de maximiser les potentiels de dispositif ou programme similaires. Ils sont construits en fonction de nos observations.

1. Rendre les partenaires fondateurs publiquement responsables des raisons de délais indus dans les décisions de création du programme.
2. Associer des partenaires opérateurs potentiels à la phase d'élaboration dans un processus transparent, phase qui doit également comporter une analyse stratégique du positionnement des acteurs.
3. Consacrer le temps nécessaire à la phase de préparation entre l'approbation de la décision et le lancement. Cette phase doit être construite sur les données probantes, y compris des états des lieux et des études préalables le cas échéant, et répondre aux besoins identifiés sur le plan régional.
4. Donner à l'institution ou l'organisme responsable les moyens humains et financiers de gérer effectivement le dispositif ou le programme.
5. Construire un système suffisamment flexible qui permette une réactivité, initiale et continue, aux clients, aux partenaires et aux circonstances.
6. Inscire le monitoring et les évaluations (de processus et de résultats) dès le début de l'élaboration du programme, développer des outils et référentiels communs.
7. Prévoir un programme de formation continue accompagnante tant sur les contenus techniques que sur le management de programme et sa durabilité.
8. Disposer d'une communication incomplète mais précoce plutôt que d'une communication (multi)approuvée qui arrive trop tard... Cette communication doit autant porter sur les processus internes au programme/dispositif que sur les informations pertinentes nationales et internationales.
9. Prévoir la constitution et l'animation d'une plateforme d'échanges inter-régionale.
10. S'appuyer sur un minimum d'opérateurs existants, ce qui implique de faire coexister à côté des financements sur dépôts de projets des pratiques de financements structurels qui permettent une survie institutionnelle minimale aux organismes d'accueil le jour où on en a besoin.

9 Tables des illustrations

<i>Figure 1 : évolution du nombre d'EJT répondants et d'EJT en poste de 2000 à 2004</i>	28
<i>Figure 2 : par région : évolution du nombre d'EJT de 2001 à 2004</i>	28
<i>Figure 3 : par région : nombre d'EJT par million d'habitants</i>	29
<i>Figure 4 : évolution du nombre moyen d'EJT par type de structure</i>	31
<i>Figure 5 : organismes formateurs, de 2002 à 2004</i>	32
<i>Figure 6 : thèmes des études scientifiques présentées</i>	34
<i>Figure 7 : régions concernées par les articles (études scientifiques exclues, tous thèmes confondus, n=367)</i>	35
<i>Figure 8 : thèmes abordés par les articles journalistiques de TA concernant le contexte français (n=237)</i>	35
<i>Figure 9 : par région : évolution du nombre déclaré d'actions, de 2002 à 2004</i>	38
<i>Figure 10 : par région : évolution normalisée du nombre déclaré d'actions, de 2002 à 2004</i> ...38	
<i>Figure 11 : publics prioritaires concernés, de 2001 à 2004</i>	39
<i>Figure 12 : répartition des actions en milieu scolaire, par type d'établissement, de 2001 à 2004</i>	40
<i>Figure 13 : acteurs relais concernés, de 2001 à 2004</i>	41
<i>Figure 14 : nombre d'actions s'adressant aux publics prioritaires et/ou acteurs relais, de 2002 à 2004</i>	42
<i>Figure 15 : modalités d'intervention auprès des publics prioritaires, de 2001 à 2004</i>	42
<i>Figure 16 : modalités d'intervention auprès des acteurs relais, de 2001 à 2004</i>	43
<i>Figure 17 : principales stratégies d'intervention, 2003 et 2004</i>	43
<i>Figure 18 : pourcentage d'actions co-financées, de 2002 à 2004</i>	44
<i>Figure 19 : principales catégories d'acteurs co-financeurs des actions, de 2002 à 2004</i>	44
<i>Figure 20 : détails des acteurs co-financeurs de 2002 à 2004</i>	45
<i>Figure 21 : principales catégories d'acteurs partenaires techniques, de 2002 à 2004</i>	46
<i>Figure 22 : devenir professionnel des EJT répondants, en 2006</i>	78
<i>Tableau 1 : données descriptives sur les EJT et comités, par région en métropole en 2004</i>	30
<i>Tableau 2 : répartition de la totalité des personnes passées par le dispositif, par type de structure</i>	31
<i>Tableau 3 : suivi de formation par les EJT, de 2002 à 2004</i>	32
<i>Tableau 4 : inscription des actions dans les programmes départementaux et régionaux, de 2002 à 2004</i>	39
<i>Tableau 5 : répartition des actions selon la cible, de 2002 à 2004</i>	41
<i>Tableau 6 : pourcentage d'action en partenariat technique et coordonnée par un comité, de 2002 à 2004</i>	45
<i>Tableau 7 : critères de qualité des projets, grille ADSAN</i>	47
<i>Tableau 8 : structures employant des anciens EJT</i>	79

10 Annexe A : liste des personnes rencontrées

Entretiens nationaux (12)

CFES - INPES : René Demeulemeester
Bernadette Roussille
Michelle Perrot
Fabien Tulieu
B. Sandrin-Berthon

FNES : Marie-Josèphe Logez

CNAMTS : Martine Guionet
Fr. Baudier

DGS : Dominique Martin

Éducation nationale : Christine Kerneur

CNMR : Dominique Bacrie

Cabinet du ministre : Frédéric Tissot

Entretiens régionaux (60)

Aquitaine :

M. Abignon, éducateur pour la santé, codes 40
M. Dra Airaud, directeur centre examens santé CPAM 47
M. Alvarez, agent de formation, CRAES
M. Berdinelle, éducateur pour la santé, codes 47
Mme Blazy, directrice, ANPAA 33
M. Dagut, éducateur pour la santé, codes 24
M. Goudet, tuteur emploi-jeunes CRAES
M. Labeyrie, éducateur pour la santé CRAES, CRIPS, CODES 33
Mme Mellot, Conseillère technique, inspection académique 40
Mme Ramis, directrice codes 40
Mme Richard, directrice codes 47
Mme Sibert, directrice codes 24
M. Valadie-Jeannel, médecin inspecteur DRASS Aquitaine

Franche Comté

FILAQUIER Catherine , Directrice , CODES du Doubs (25)
BERTON Valérie, Directrice , CODES de Belfort (90)
JASSEY Michel, Directeur , CODES de Haute-Saône (70)
BORGIA Agnès, Directrice (2004*), CODES et ANPAA du Jura (39)
MAGNIN-FEYSOT Christian, Président , CRES Franche-Comté
ANGIOLINI Pascale, Directrice , CRES Franche-Comté
CASAGRANDE Christine, Chargée de projet , URCAM Franche-Comté
MICHAUD Claude, Chargé de projet, ex directeur du CODES 25, URCAM Franche-Comté
JEANNOT Agnès, Médecin Inspecteur, DRASS Franche-Comté
PREUD'HOMME Yan, Délégué régional, ex directeur du CODES 39, ANPAA Franche-Comté
SŒUR Marie-Odile, Infirmière conseillère technique/académie, Education nationale 70/Vesoul
DIENNE Martine, Infirmière conseillère technique/recteur, Education nationale

Basse Normandie

Dr Jean Luc VERET (directeur),
Dr Nathalie LESPLINGARD (Directrice adjointe),
Delphine THIERY : responsable antenne CODES Calvados
Jean Marc SOULARD : responsable antenne CODES Manche
Stéphanie Derobert : Chargée de projet en éducation pour la santé,
Laurent VIGUERARD : conseiller méthodologique régional, coordinateur de Plan régional de prévention des cancers
Cindy QUINQUENEL : agent de développement en santé

Ile de France

Stéphane Tessier (dir CRESIF)
Margaret Sarfati (dir CODES 91)
Sebastien (dir CODES 94)
Laurent Boyer (EJT CODES 93)
Florence (EJT CODES 91)
Delphine Montani (EJT CRESIF)
Emilie Bissette (EJT CRESIF / niveau 2 en nov 03, puis niveau 3 dès nov 04)

Limousin

Madame BLANQUET, secrétaire générale CODES 23
Madame LAVEDRINE, Ligue contre le cancer
Madame BALLARIN, infirmière coordinatrice, Inspection Académique
Céline FOUCHET, chargée de projet CODES 23
Philippe PASCAUD, chef de service prévention CPAM
Madame BUSSET, coordinatrice centre d'aide au sevrage tabagique, Centre Médical National

Rhône Alpes

Lydiane Artaud (ADESSA 07),
Nicolas Bazin (ADES Drôme),
Magali Berger-By (ADESSA 01),
Anne-Cécile Biboud (CRAES-CRIPS),
Claude Bouchet (CRAES-CRIPS),
Hayette Bouha (Educa Santé Loire),
Mohamed Boussouar (Educa Santé Loire),
Sylvain Jerabek (ADES Rhône),
Gwenalle Le Ponner (CRAES-CRIPS),
Jean-Philippe Lejard (ADESSI),
Laurent Lizé (ADES Drôme),
Lucie Pelosse (CRAES-CRIPS),
Charlotte Péron (ADESSA 01),
Pascal Pourtau (Animateur Réseau Régional EPS),
Joëlle Rambaud (ADESS Savoie).

11 Annexe B : Grille d'animation

Evaluation de la qualité des actions menées dans le cadre du dispositif de renforcement des actions de proximité en prévention du tabagisme

Genève, le 1 juillet 2006

RAPPEL DES DIMENSIONS DE L'ÉVALUATION

Le cahier des charges de l'INPES stipule cinq points d'ancrage au processus évaluatif, décliné sous forme de questions :

Cohérence et qualité des actions

1. La qualité des actions d'éducation pour la santé menées dans le champ de la prévention du tabagisme

- a. les actions mises en œuvre appliquent-elles les principes définis par la charte d'Ottawa et ceux de la démarche d'éducation pour la santé, ou encore d'autres critères spécifiques à la méthodologie de projet en général et à la prévention du tabagisme (principes de la Convention cadre de lutte contre le tabagisme) ?
- b. De quelles manières sont-elles évaluées ?
- c. Quels sont les effets du partenariat sur la qualité de l'action ?

Effets sur la cohérence locale (« horizontale »)

2. Les effets du dispositif sur le partenariat local (départemental et régional)

- a. Quels sont les effets du dispositif sur les partenariats¹ locaux, départementaux et régionaux :
 - i. entre les comités d'une même région ?
 - ii. entre les comités et leurs partenaires habituels ?
 - iii. en termes de création ou de renforcement de groupes et/ou réseaux de coordination départementaux ou régionaux ?
- b. Quelle a été la structuration du dispositif en région :
 - i. que s'est-il passé dans les régions où un comité de pilotage local a été mis en place comparativement aux régions où il n'existait pas : (organisation, articulation avec les politiques, acteurs qui le compose, impact de ce comité sur le dispositif,...) ?

¹ Soit les autres réseaux et acteurs régionaux et départementaux cités dans le cahier des charges, tels que les comités de la Ligue contre le cancer, les Comités départementaux de lutte contre les maladies respiratoires, les services déconcentrés de l'Etat (santé, éducation, jeunesse et sport) et le réseau de l'assurance maladie, etc..

Effets sur la cohérence « verticale »

3. Les effets du dispositif sur l'articulation et la concertation entre les niveaux d'intervention local (personne en poste, comité, politiques et acteurs locaux) et national

- a. Les actions menées sont-elles définies et réalisées en cohérence avec les objectifs et priorités des politiques nationales, régionales et locales (Plan cancer, PRS,...²) :
 - i. Quel est le niveau d'intégration des actions de prévention du tabagisme développées dans le cadre du dispositif (intégration totale, juxtaposition,...) ?
 - ii. Y a-t-il une différence en terme de « qualité » entre des actions inscrites dans le cadre des politiques de santé et d'autres qui ne le sont pas ?
 - iii. Le pilotage national de ce dispositif a-t-il permis une meilleure « intégration » des actions au niveau local ?
 - iv. quelle est la plus value d'un dispositif national ?

Effets en termes de professionnalisation

4. Les effets de la professionnalisation sur la qualité des actions

- a. Quels sont les effets de la professionnalisation (notamment les formations organisées par le CFES, puis l'INPES) sur :
 - i. la qualité des actions développées par les personnes recrutées dans le cadre du dispositif ?
 - ii. l'homogénéisation des pratiques ?

Perceptions

5. La perception du dispositif par les acteurs nationaux et locaux (la personne en poste, le comité et les politiques locales)

- a. Quels sont les points forts et les points faibles du dispositif relevés par les acteurs nationaux et locaux ?
- b. Quels sont, d'après les principaux acteurs nationaux et locaux, les effets du dispositif sur :
 - i. la stabilité financière des comités ?
 - ii. la reconnaissance des comités dans le champ de la prévention du tabagisme ?

Modalités requises par l'INPES

A noter que la retranscription intégrale du corpus des entretiens et/ou des réunions de groupe est requise par l'INPES, sous format informatique avec repérage « anonyme » des émetteurs.

² Soit principalement dans les PRS et les programmes départementaux de prévention du tabagisme et des dépendances, tels que ceux de la MILDT, dans le cadre de son plan triennal. A noter qu'un certain nombre de comités sont déjà impliqués dans les Cirdd (centres d'information et de ressource sur les drogues et les dépendances).

Qui sommes-nous ?

Adsan, Agence pour le développement et l'évaluation des politiques de santé, est un cabinet conseil créé en 2002 par Jacques Bury, Yann Boggio et Marc Maugué. Ses bureaux sont à Genève et ses références sont disponibles sous www.adsan.ch.

Jacques Bury, originellement médecin psychiatre et psychanalyste, a créé et dirigé l'enseignement des sciences du comportement en santé à l'université Laval de Québec dans les années 70, puis a créé une maîtrise en éducation pour la santé et dirigé l'unité de promotion de la santé à l'école de santé publique à l'université de Louvain en Belgique dans les années 80.

Après cinq ans au bureau régional de l'OMS (de 1991 à 1995) où il est responsable de la politique de coopération avec les pays d'Europe Centrale puis responsable des politiques de recherche et de formation en santé publique, il est devenu directeur de l'association européenne des écoles de santé publique en Europe (ASPHER - de 1995 à 1999). Il a dirigé l'évaluation de 12 programmes de formation en santé publique des universités en Europe, l'évaluation de plusieurs programmes de santé de l'Union Européenne ainsi que celles des programmes régionaux de santé publique en France.

De 2000 à 2002, il a été coordinateur de la planification sanitaire qualitative du canton de Genève (un ensemble de 25 projets de promotion de la santé), avant de co-fonder ADSAN en partenariat avec Evaluanda. Dans ce cadre, ils ont effectué l'évaluation du programme Suisse Balance, programme de trois ans, organisé conjointement par Promotion santé Suisse et l'Office Fédéral de la santé publique.

Il poursuit une activité d'expert en accréditation des enseignements supérieurs pour l'Office suisse d'accréditation des universités et pour les formations CAFDES en France (ENSP).

Depuis 2004, il co-anime avec l'INPES la formation en gestion de projets en éducation pour la santé à l'université d'été francophone en santé publique de Besançon et en particulier le rôle de l'évaluation en promotion de la santé.

Marc Maugué et **Yann Boggio** sont tous deux politologues et titulaires de Masters en analyse et évaluation de politiques publiques. Ils sont associés fondateurs d'Evaluanda (www.evaluada.ch) en 1996 et d'ADSAN (www.adsan.ch) en 2002.

Ils pratiquent l'évaluation de programmes d'action depuis plus de dix ans, dans des contextes allant du local à l'international. Les domaines couverts traitent notamment des politiques sociales et d'insertion, de la santé publique et du cadre de vie, et des questions liées à la gouvernance, la citoyenneté et la réforme des administrations, ou encore la coopération au développement. Ils assument à eux deux la responsabilité d'environ dix évaluations ou études par année.

L'équipe a de grandes compétences dans les méthodologies quantitatives et qualitatives nécessaires en évaluation de politiques publiques et de programme.

A titre d'exemple de mandats récents, **Marc Maugué** pilote actuellement l'évaluation du projet pilote Budget d'assistance pour le compte de l'Office fédéral suisse des assurances sociales, et **Yann Boggio** conduit actuellement avec Jacques Bury l'évaluation de la stratégie nationale de la Confédération helvétique en prévention du tabagisme, ainsi que la présente évaluation du dispositif emploi-jeunes en prévention du tabagisme conduit par l'INPES en partenariat avec la CNAMTS et la DGS.

12 Annexe C : Aperçu sur l'international

INPES - LE CONTEXTE INTERNATIONAL

Politiques supranationales	91
Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	91
Organisation Mondiale de la Santé (OMS) – EUROPE	92
Organisation Internationale du Travail (OIT).....	93
Union Européenne	93
Banque Mondiale	93
Politiques nationales	94
Allemagne.....	94
Espagne	95
Irlande	95
Italie.....	96
Royaume-Uni	97
Suisse.....	98
Australie	99
Canada	100
Etats-Unis	101
Autres	101
European Network on Young People and Tobacco.....	101
European Network on Smoking Prevention	102
Globalink.....	102
Références	102

Politiques supranationales

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Convention – cadre de l’OMS pour la lutte antitabac (CCLAT)

www.who.int

Les Etats Membres de l’Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont négocié et adopté en 2003 un traité visant à combattre le tabagisme. La Convention - cadre de l’OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) contient un projet d’action internationale coordonnée.

La signature de la CCLAT démontre l’intérêt, de la part du pays signataire, pour la question de la lutte contre le tabagisme. Sa ratification est un acte international par lequel les pays acceptent d’y être formellement liés.

Il est toutefois également indispensable d’agir au niveau national pour mettre en œuvre le projet contenu dans la CCLAT de l’OMS. Définir en termes légaux la distinction entre signature de la CCLAT et ratification nationale.

Le renforcement des capacités nationales est une priorité urgente pour exécuter des programmes nationaux de lutte antitabac qui soient efficaces et durables. ^{(Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2005)}

Obligations de la CCLAT en matière de prix et de taxation

Article 6 de la CCLAT : Mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac ^{(Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2003)}

Chaque Partie (...) adopte ou maintient, selon le cas, des mesures pouvant comprendre :

- a) l’application de politiques fiscales et, le cas échéant, de politiques des prix concernant les produits du tabac afin de contribuer aux objectifs de santé visant à réduire la consommation de tabac ; et
- b) l’interdiction ou la restriction, selon le cas, de la vente aux voyageurs internationaux, et/ou de l’importation par eux, de produits du tabac en franchise de droits et de taxes.

Article 15 de la CCLAT : Commerce illicite des produits du tabac (Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2003)

En vue d'éliminer le commerce illicite des produits du tabac, chaque Partie :

- a) surveille le commerce transfrontières des produits du tabac, y compris le commerce illicite, recueille des données à ce sujet et assure l'échange d'informations entre les administrations douanières et fiscales et les autres administrations, selon qu'il conviendra et conformément à la législation nationale et aux accords bilatéraux ou multilatéraux applicables ;
- b) adopte ou renforce des mesures législatives, assorties des sanctions et des recours appropriés, contre le commerce illicite des produits du tabac, y compris des cigarettes de contrefaçon et de contrebande ;
- c) prend des mesures appropriées pour assurer la destruction de tout le matériel de fabrication et des cigarettes et autres produits du tabac de contrefaçon et de contrebande confisqués, au moyen si possible de méthodes respectueuses de l'environnement, ou leur élimination conformément à la législation nationale ;
- d) adopte et applique des mesures pour surveiller, vérifier et contrôler l'entreposage et la distribution des produits du tabac gardés ou circulant en franchise de droits ou de taxes dans le cadre de sa juridiction ; et
- e) adopte les mesures voulues pour permettre la confiscation des profits dérivés du commerce illicite des produits du tabac.

Mise en œuvre des politiques et programmes de prévention et de traitement du tabagisme : l'expérience des pays

Au cours d'une rencontre organisée sous l'égide de l'OMS à Moscou en 2002, diverses expériences ont conduit les pays à mettre en évidence les principaux problèmes rencontrés et leurs recommandations dans la mise en œuvre des politiques et programmes de prévention et de traitement du tabagisme (World Health Organization (WHO) 2003).

- Intégrer les interventions d'arrêt du tabagisme dans les programmes de soins de base et assurer une formation adéquate aux soignants ;
- Coordonner les différents secteurs impliqués dans la mise en œuvre d'interventions visant à l'arrêt du tabac et au traitement de cette dépendance et renforcer les activités au moyen de stratégies globales de lutte contre le tabac ;
- Augmenter l'investissement politique et les ressources financières ;
- Introduire des lois pour la lutte contre le tabac et/ou les renforcer, notamment dans le domaine de la protection contre la fumée passive.

Initiative pour un Monde sans Tabac (IMT)

(World Health Organization (WHO) 1999) (Tobacco Free Initiative (TFI) 2006)

L'IMT vise à réduire l'impact du tabac en termes de morbidité et de mortalité, en assurant notamment la promotion de la Convention - cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) – EUROPE

www.euro.who.int

La Stratégie européenne pour la lutte antitabac (2002) repose sur les enseignements tirés de l'évaluation des trois plans d'action consécutifs (1987–2001), sur les principes directeurs énoncés dans la Déclaration de Varsovie pour une Europe sans tabac (2002) et sur les données qui soutiennent la politique de lutte antitabac aux niveaux national, régional et mondial. La Stratégie énonce des orientations stratégiques pour l'action dans la Région ; ces orientations doivent être mises en œuvre par le biais de politiques, d'une législation et de plans d'action adoptés au niveau national. (Organisation Mondiale de la Santé (OMS-Europe) 2002)

Recommandations générales: Législation en faveur des lieux de travail sans fumée

(World Health Organization (WHO-Europe) 2006)

Les actions volontaires dans ce domaine tendent à être graduellement remplacées par des législations nationales. Il se pourrait que les actions volontaires puissent favoriser l'introduction d'une législation, mais elles ne sauraient la remplacer.

Dans la plupart des pays, l'opinion publique est de plus en plus en faveur de l'interdiction du tabac sur le lieu de travail.

La Convention - cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT), de même que les Directives européennes et les conventions de l'Organisation Internationale du Travail créent un contexte légal favorable à l'action et à l'« empowerment » des législations nationales.

Des études récentes démontrent que l'interdiction de fumer n'a pas d'effets économiques défavorables dans le secteur de la restauration / accueil. Il importe de faire connaître ces études afin de mettre en avant les intérêts économiques comme les intérêts de santé publique de cette interdiction.

Organisation Internationale du Travail (OIT)

www.oit.org

Sous les auspices de l'OIT, plusieurs conventions internationales et recommandations ont été adoptées afin de promouvoir un environnement de travail sain. Les pays qui ont ratifié ces conventions sont tenus légalement de s'y conformer et de prendre les mesures nécessaires au niveau national.

La Convention 139 sur le cancer professionnel ^(OIT 1974) et la Convention 148 sur le milieu de travail ^(OIT 1977) sont en lien avec la protection des travailleurs contre le tabac, quoique les termes « tabac / tabagisme » ne soient mentionnés explicitement dans aucun des deux documents.

La France a ratifié ces deux conventions (C139 en 1994, C 148 en 1985).

Union Européenne

Politique de santé générale : Programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique

2003 - 2008

L'un des objectifs du Programme 2003-2008 est de « Promouvoir la santé et prévenir les maladies en agissant à la fois sur les facteurs déterminants pour la santé et au niveau de toutes les politiques et activités communautaires » en « élaborant et en mettant en œuvre des stratégies et des mesures, y compris celles relatives à des campagnes de sensibilisation aux facteurs déterminants pour la santé liés au mode de vie, tels que l'alimentation, l'activité physique, le **tabac**, l'alcool, les drogues et d'autres substances(...) ». ^(Parlement Européen 2002)

Directives légales existant au niveau européen

www.europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/legal_smoking_prevention_tobacco_en.htm, <http://eur-lex.europa.eu>

La législation européenne de lutte contre le tabac est composée de directives contraignantes, de résolutions et de recommandations, parmi celles-ci :

- *Décision du Conseil 2004/513/EC* concernant la conclusion de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac.
- *Décision de la Commission du 5 septembre 2003, 2003/641/CE* sur l'utilisation de photographies en couleurs ou d'autres illustrations comme avertissements relatifs à la santé à faire figurer sur les conditionnements des produits du tabac.
- *Directive 2003/33/CE du Parlement européen et du Conseil*, du 26 mai 2003, concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de publicité et de parrainage en faveur des produits du tabac.
- *Recommandation du Conseil du 2 décembre 2002* relative à la prévention du tabagisme et à des initiatives visant à renforcer la lutte antitabac.
- *Directive 97/36/CE du Parlement Européen et du Conseil du 30 juin 1997* modifiant la directive 89/552/CEE du Conseil visant à la coordination de certaines dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres relatives à l'exercice d'activités de radiodiffusion télévisuelle.
- *Résolution du Conseil du 26 novembre 1996* concernant la réduction du tabagisme dans la Communauté européenne.
- *Directive 92/85/CEE du Conseil, du 19 octobre 1992*, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail.

Campagne Help - pour une vie sans tabac

<http://en.help-eu.com>

La Commission Européenne - le Directeur général de la santé et de la protection des consommateurs - a lancé une campagne médiatique « Help - Pour une vie sans tabac » (**Health European Leading Program** (Programme Européen de lutte contre le tabagisme). La campagne vise à promouvoir des styles de vie sans tabac, à mettre en évidence les dangers de la fumée passive, à soutenir la tendance actuelle qui consiste à augmenter le nombre de lieux publics sans fumée et à contribuer à « dénormaliser » le tabac.

Help est une campagne multimédia, d'un montant de 72 millions d'euros et visant prioritairement une population âgée de 15 à 30 ans. Lancée en mai 2005, elle se déroulera jusqu'en 2008.

Banque Mondiale

www.banquemondiale.org

Depuis une dizaine d'années, la Banque Mondiale s'est associée aux efforts internationaux dans la lutte contre le tabagisme et met à disposition des rapports qui couvrent le spectre complet des actions recommandées, depuis les mesures législatives et économiques jusqu'aux programmes scolaires.

Politiques nationales

Allemagne

Structure de la prévention du tabagisme

Le « Bundesministerium für Gesundheit » www.bmg.bund.de ne semble pas avoir de stratégie spécifique visant la prévention du tabagisme. Il dispose cependant d'un plan national de prévention de l'addiction dans lequel la prévention du tabagisme occupe une place importante.

Plan de prévention de l'addiction

(Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003);(Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2006)

L'acteur principal de ce plan est la Centrale Fédérale pour l'Information concernant la Santé (« Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung »), une structure qui dépend du Ministère fédéral de la Santé. Cette Centrale développe et mène avant tout des campagnes de prévention.

Dans ce plan général de prévention de l'addiction, la lutte contre le tabac est considérée comme une priorité.

La prévention du tabagisme actuellement en cours au niveau fédéral en Allemagne cible particulièrement les jeunes. Elle est avant tout composée d'actions d'éducation et d'information. Une seule intervention ciblant l'environnement est envisagée dans ce plan national : elle vise à réduire la contrebande de tabac.

La Centrale Fédérale pour l'Information concernant la Santé et le Ministère fédéral de la Santé et de la Sécurité sociale semblent assez isolés. La notion de partenariat avec les Länder et l'insertion du plan d'action dans un réseau d'acteurs n'apparaissent pas dans le plan d'action.

La législation sur le tabagisme dans les lieux publics

données tirées de (HELP 2006b)

La loi ne prévoit aucune interdiction de fumer dans les transports publics, les centres de soin de santé et les administrations, mais les restrictions volontaires sont fréquentes. Certains Etats fédérés (Länder) ont interdit la cigarette dans les écoles.

En ce qui concerne les lieux de travail, depuis le 25 août 2004, la loi oblige les employeurs à protéger les non-fumeurs de la fumée de tabac ambiante (bars et restaurants exceptés).

Fig. 1. Allemagne : Taxation du tabac et Dépenses pour la lutte anti-tabac ^(HELP 2006b)

Part de la taxation sur le prix de vente d'un paquet de cigarettes, en janvier 2006	Total des taxes (TVA comprise) : 76.08%
Évolution du prix de vente des produits de tabac entre 1996 et 2003	+22.4%
Dépenses pour la lutte anti-tabac par habitant en 2004	0.04 €

Interdiction de la publicité sur le tabac

La Commission consommation du Parlement allemand a donné son approbation pour appliquer l'interdiction européenne de publicité en faveur du tabac. Les publicités pour les cigarettes et autres produits du tabac dans les revues, magazines, sur Internet, à la radio ainsi que lors de manifestations sportives diffusées à la télévision seront par conséquent interdites. Nouvelles sur le tabagisme de Stop-tabac.ch, 21 Novembre 2006

Législation concernant les autres produits du tabac

(HELP 2006c)

L'industrie du tabac allemande distribue du tabac prêt à l'emploi moins taxé que les cigarettes traditionnelles. En 2005, la Cour de justice européenne a ordonné que ces produits soient assimilés à des cigarettes, et qu'ils se voient appliquer les mêmes règles fiscales.

Interdiction de la vente aux mineurs

<http://www.globalink.org/107486.shtml>

Le Ministère en charge des questions de consommation prévoit d'amender la législation relative à la protection de la jeunesse et d'accroître l'âge légal de vente de tabac à 18 ans et plus. Des contraventions pourraient être dressées avec paiement d'amendes.

Interdiction des distributeurs automatiques de cigarettes

<http://www.globalink.org/88835.shtml>

L'Allemagne est le pays leader au monde en termes de couverture du territoire par des distributeurs automatiques de cigarettes. L'association d'aide contre le cancer (« Deutsche Krebshilfe ») exige la suppression des distributeurs de cigarettes, alors que la loi prévoit que, à partir de janvier 2007, tous les distributeurs de cigarettes devront être équipés d'un système de cartes à puce afin de contrôler l'âge de l'acheteur.

Espagne

Plan national de prévention du tabagisme 2003-2007

(Ministerio de Sanidad y Consumo 2002)

Le plan national espagnol a été construit dans le but de réunir les compétences et les ressources des différents gouvernements autonomes espagnols en matière de prévention du tabagisme. voir aussi (Saiz Martínez-Acitores et al. 2003)

Ce plan national cherche en particulier à promouvoir la coordination et la participation de tous les acteurs ayant un rôle à jouer en Espagne dans la lutte contre le tabagisme.

Structure

Le Plan dépend du Ministère de la Santé et de la Consommation. Il est assorti d'une Commission de Direction Intersectorielle et d'un Comité Exécutif (composé notamment d'un Coordinateur Général, d'un secrétariat permanent, et de coordinateurs des régions et villes autonomes). (Ministerio de Sanidad y Consumo 2002)

La législation sur le tabagisme dans les lieux publics

données tirées de (HELP 2006b)

Le 1^{er} janvier 2006, une nouvelle législation sur la cigarette dans les lieux publics a été introduite :

Lieux dans lesquels la cigarette est totalement interdite (pas de possibilité de mettre en place des fumeurs) :

- établissements de santé et d'éducation
- lieux de travail (publics et privés)
- centres sportifs (sauf s'ils sont en plein air)
- centres commerciaux
- lieux de loisirs (s'ils sont destinés aux jeunes de moins de 18 ans)
- dans les transports ferroviaires, maritimes et aériens
- dans les véhicules et lieux liés au transport urbain

Lieux où des zones fumeurs spécifiques sont admises :

- Fumer est interdit dans les bars, restaurants et lieux de loisir de plus de 100 m², excepté dans des zones spécifiques. Ces zones fumeurs ne peuvent pas excéder 30% de la surface totale. Les jeunes de moins de 18 ans n'ont pas accès aux zones fumeurs. Les zones fumeurs ne peuvent excéder 300 m².
- Fumer est interdit dans les aéroports, aux arrêts de bus, dans les gares ferroviaires et maritimes. Les zones fumeurs doivent être signalées.
- Les bars, restaurants et lieux de loisirs dont la superficie est inférieure à 100 m² doivent indiquer clairement s'ils sont des lieux fumeurs ou non-fumeurs.

Fig. 2. Espagne : Taxation du tabac et Dépenses pour la lutte anti-tabac^(HELP 2006b)

Part de la taxation sur le prix de vente d'un paquet de cigarettes, en janvier 2006	Total des taxes (TVA comprise) : 75.25%
Évolution du prix de vente des produits de tabac entre 1996 et 2003	+31.2%

Irlande

Vers une société sans tabac

En 2000, le rapport « Towards a Tobacco Free Society »^(Tobacco Policy Review Group 2000) est adopté comme politique par le Gouvernement, avec :

Quatre objectifs stratégiques principaux :

- Changer les attitudes
- Aider les individus à arrêter de fumer

- Protéger les individus de la fumée passive
- Cibler les enfants

Différentes activités :

- Meilleure communication et meilleure éducation
- Aide spécifique pour les fumeurs souhaitant arrêter
- Régulation plus dure envers l'industrie du tabac
- Améliorer le respect de la loi
- Coopération internationale

Bureau de la lutte contre le tabac

www.otc.ie. (Office of the Tobacco Control 2000);(Office of the Tobacco Control 2006);(Tobacco Policy Review Group 2000)

La création de l' « Office of Tobacco Control » est préconisée par le rapport. Dépendant du Département de la Santé et des Enfants, il est notamment créé en 2002 pour conseiller le Ministre, communiquer à propos du tabac, organiser un programme d'inspection du respect des lois concernant le tabac, et pour renforcer celles-ci.

Ce Bureau travaille en très étroite collaboration avec d'autres agences du gouvernement ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales telles que ASH Ireland, l'Irish Cancer Society, l'Irish Heart Foundation et l' Environmental Health Officers' Association.

La législation sur le tabagisme dans les lieux publics

Un accord concernant la fumée passive avait été négocié entre le Gouvernement Irlandais et les partenaires sociaux. Il était en place depuis 1994. ^{(World Health Organization (WHO-Europe) 2004)}

En vertu de la loi sur la Santé Publique qui est entrée en vigueur le 29 mars 2004, fumer est désormais totalement interdit sur les lieux de travail, y compris dans les bars et restaurants, sans possibilité de désigner des zones fumeurs ou des fumeurs. L'Irlande a été le premier pays européen à mettre en place une loi aussi restrictive. ^(HELP 2006b)

La loi ne s'applique pas aux chambres d'hôtel, aux établissements pénitenciers ni aux hôpitaux psychiatriques. Des sanctions sont possibles en cas de non-respect de la loi. ^(HELP 2006b)

Fumer est également interdit dans les transports publics. ^(HELP 2006b) Une amende maximale de €3000 s'applique. ^{(World Health Organization (WHO-Europe) 2004)}

Fig. 3. Irlande : Taxation du tabac et Dépenses pour la lutte anti-tabac ^(HELP 2006b)

Part de la taxation sur le prix de vente d'un paquet de cigarettes, en janvier 2006	Total des taxes (TVA comprise) : 77.69%
Évolution du prix de vente des produits de tabac entre 1996 et 2003	+28.5%
Dépenses pour la lutte anti-tabac par habitant en 2004	0.5 €

Italie

Le Ministère de la santé www.ministerosalute.it est composé de trois départements, dont le Département de la Prévention. De ce département dépend notamment le Centre national pour la prévention et le contrôle de la maladie (CCM), un centre créé en 2004 sur le modèle des Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, USA) ^{www.cdc.gov}.

Centre national pour la prévention et le contrôle de la maladie (CCM)

Le CCM est un réseau de compétences financé à hauteur d'environ 30 Millions d'Euro annuels.

Stratégie Nationale pour la réduction des dommages causés par le tabac

(Galeone 2006)

Le CCM pilote notamment la "Stratégie Nationale pour la réduction des dommages causés par le tabac". Contrairement à son titre, il ne semble pas s'agir d'une stratégie nationale, mais plutôt d'un projet. L'action du CCM L'action du CCM semble centrée sur le suivi de l'effet de la loi adoptée en 2003: « Protection de la santé des non fumeurs » qui interdit de fumer dans tous les lieux fermés, à l'exception des lieux privés qui ne sont pas ouverts au public ou spécifiquement destinés au fumeurs.

Plan National de Prévention 2005-2007

(Presidenza del Consiglio dei Ministri 2005)

Le CCM coordonne également un Plan National de Prévention qui vise notamment la prévention des maladies cardiovasculaires et le dépistage des tumeurs, mais, semble-t-il, sans aborder le tabagisme en tant que tel.

Observatoire du tabac

Cet observatoire dépend de l' "Istituto Superiore di Sanità" www.iss.it. Il pilote notamment certaines interventions (ligne téléphonique contre le tabagisme, communication, etc.) et coordonne aussi certaines actions de lutte contre le tabagisme. Son lien avec le CCM n'a pas pu être identifié.

La législation sur le tabagisme dans les lieux publics

données tirées de (HELP 2006b)

La législation italienne édictée en janvier 2005 interdit la cigarette sur les lieux de travail, y compris dans les bars et les restaurants, mais autorise la présence de fumeurs clos, isolés et ventilés (avec extracteurs de fumée). Les établissements dans lesquels la loi n'est pas respectée sont passibles d'une amende de 2000 euros. Les fumeurs contrevenant de façon répétitive à la loi sont quant à eux passibles d'une amende de 275 euros.

Fig. 4. Italie : Taxation du tabac et Dépenses pour la lutte anti-tabac^(HELP 2006b)

Part de la taxation sur le prix de vente d'un paquet de cigarettes, en janvier 2006	Total des taxes (TVA comprise) : 75.16%
Évolution du prix de vente des produits de tabac entre 1996 et 2003	+9.6%
Dépenses pour la lutte anti-tabac par habitant en 2004	0.2 €

Royaume-Uni

L'exemple du Royaume-Uni illustre la cascade de rôles et d'appropriation de la prévention du tabagisme à tous les échelons de l'Etat (National – régional – local) ainsi que l'importance des partenariats.

Niveau national : Département de la santé

www.dh.gov.uk

Delivering Choosing Health: making healthier choices easier

(UK Department of Health 2005a)

Ce plan d'action reconnaît la nécessité de fournir au niveau local le soutien nécessaire à l'adoption de choix sains. Il reconnaît également l'importance vitale d'un partenariat entre le gouvernement local et le National Health Service, les communautés, les secteurs privé et communautaire et les organisations bénévoles.

Une des six priorités est de « réduire le nombre de fumeurs ».

Elle recommande de :

- Soutenir l'arrêt du tabac,
- Réduire l'exposition à la fumée passive,
- Réduire la publicité et la promotion du tabac,
- Effectuer des campagnes nationales de communication et d'éducation,
- Réduire la disponibilité de tabac de contrebande et la vente aux mineurs.

Des actions transversales sont prévues telles que :

- Aider les enfants et les jeunes à mener une vie saine,
- Promouvoir une vie saine et active auprès des personnes âgées.

Des actions doivent être menées au sein de tout le gouvernement pour lutter contre le tabac.

Niveau Régional

Chacune des neuf Régions dispose d'un Directeur régional de la politique du tabac. Ces directeurs sont chargés de piloter et de coordonner la mise en œuvre des buts du programme national, et de mettre en réseau les partenaires locaux.

La Région du Sud - Est a ainsi - sur la base du plan d'action national ^(UK Department of Health 2005b) - publié son propre cadre d'action régional pour la prévention du tabagisme. ^(South East Public Health Group 2005) avec notamment la création d'alliances pour la lutte contre le tabagisme regroupant les acteurs locaux et menant des actions locales en adéquation avec le programme national.

La législation sur le tabagisme dans les lieux publics au Royaume-Uni : l'exemple de l'Angleterre et de l'Écosse

données tirées de (HELP 2006b)

Angleterre

Une interdiction totale de fumer sur les lieux de travail, dans les bars et restaurants et dans tous les lieux publics clos en Angleterre a été adoptée par le parlement le 14 février 2006, et prendra effet à l'été 2007. Les fumeurs ne seront pas autorisés. Les domiciles particuliers, les résidences de soins, les établissements hospitaliers, les établissements pénitenciers, et les chambres d'hôtel sont exemptés de cette interdiction.

Les fumeurs entravant l'interdiction encourront une amende de £50. Les établissements n'affichant pas le signe de l'interdiction de fumer sont passibles d'une amende de £200, qui pourra s'élever jusqu'à £1000 si l'affaire est jugée par un tribunal. Les responsables des établissements concernés par l'interdiction sont passibles d'une sanction de £2500 s'ils n'interviennent pas pour empêcher un fumeur de fumer illégalement.

Une large consultation a été lancée le 17 juillet 2006 : elle étudie les détails concernant les modalités d'instauration et d'application de cette mesure législative.

Écosse

Une interdiction totale de fumer sur les lieux publics en Écosse est entrée en vigueur le 26 mars 2006. Il s'agit d'une interdiction totale sur les lieux de travail, y compris dans les bars et les restaurants, sans possibilité d'instaurer des fumeurs. Les établissements dérogeant à la loi sont passibles d'une amende de £2500, et les clients surpris en train de fumer peuvent être amenés à payer une amende de £1000.

Un important effort budgétaire a été réalisé avant l'adoption de l'interdiction de fumer en Écosse. Un budget global de 11 millions de £ (16 millions €) a été alloué aux autorités de santé pour l'année 2006/2007. <http://www.globalink.org/87903.shtml>

Depuis l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer en Écosse le 26 mars dernier, on enregistre une envolée de la fréquentation dans les pubs et les bars, ce qui met à mal les craintes que l'interdiction de fumer aurait une incidence défavorable sur l'activité commerciale. <http://www.globalink.org/87903.shtml>

Fig. 5. Royaume-Uni : Taxation du tabac et Dépenses pour la lutte anti-tabac^(HELP 2006b)

Part de la taxation sur le prix de vente d'un paquet de cigarettes, en janvier 2006	Total des taxes (TVA comprise) : 77.44%
Évolution du prix de vente des produits de tabac entre 1996 et 2003	+46.8%
Dépenses pour la lutte anti-tabac par habitant en 2004	1.8 €

Réduction de la contrebande

(Excise Social Policy Group - HM Customs and Excise 2003)

En 2000, le Gouvernement a annoncé une stratégie visant à réduire le problème de la contrebande du tabagisme, investissant au passage £209 millions sur trois ans : la stratégie Tackling Tobacco Smuggling^(HM Customs and Excise & HM Treasury 2000) a notamment fourni des moyens techniques aux douanes, introduit des nouveaux moyens de traçabilité sur les différents produits du tabac, etc.

Traitement de la dépendance au tabac

Des investissements importants ont été également consentis par le gouvernement depuis des années pour promouvoir le traitement de cette dépendance dans le cadre du système de santé, et ce parallèlement à des actions de prévention du tabagisme. ^(Raw & McNeill 2003)

Suisse

La Suisse ne dispose pas à ce jour d'une politique nationale globale de santé publique. Au vu de l'impact reconnu du tabagisme sur l'état de santé des populations, le tabagisme fait cependant – depuis 1996 – l'objet de programmes fédéraux de prévention en Suisse.

Le Programme de prévention du tabagisme (PNPT) 2001 – 2005 (prolongé jusqu'en 2007)

www.baq.admin.ch

Le Programme National pour la Prévention du Tabagisme 01-05 fait suite au Programme Global Tabac 96-99 (PGT), accepté par le Conseil fédéral en 1995.

Elaboré au sein de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) et ayant fait l'objet d'une procédure de consultation auprès des partenaires de l'OFSP en la matière, le PNPT définit la stratégie fédérale de prévention du tabagisme. Le Conseil fédéral l'a accepté le 5 juin 2001 et il a mandaté le Département fédéral de l'intérieur pour le mettre en œuvre.

Objectifs du PNPT 2001-2007

Le PNPT a pour double objectif de :

1. prévenir la consommation de tabac
2. limiter les problèmes de santé qui lui sont liés

Par trois axes d'action :

1. éviter le début du tabagisme
2. conduire à l'arrêt du tabagisme
3. protéger contre la fumée passive

Compétences, rôles et ressources

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

En tant qu'instance de direction stratégique de la prévention du tabagisme en Suisse, l'OFSP :

- est responsable de l'élaboration de la stratégie nationale et de sa conduite
- coordonne la prévention du tabagisme dans son ensemble et mobilise les forces nécessaires à une promotion de la prévention (organisations, décideurs, etc.)
- délègue les tâches opérationnelles aux partenaires de la prévention adéquats au moyen de mandats de prestations

Les Cantons

Les Cantons jouent un rôle important puisqu'ils jouissent de prérogatives étendues:

- réglementation des établissements publics
- organisation du système de santé
- système d'éducation
- exécution de certaines lois

Ils sont donc prédestinés pour agir sur les trois axes principaux du PNPT et une coopération entre les départements cantonaux concernés doit permettre la mise sur pied d'une politique coordonnée, également sur le plan cantonal.

D'autres acteurs clés –associations, fondations, ligues, instituts, etc. – jouent un rôle important et mènent des projets de prévention du tabagisme, de promotion de la santé, de désaccoutumance au tabac, de recherche, etc.

Législation

Selon toute vraisemblance, il devrait bientôt être interdit de fumer au travail en Suisse.

La proposition de la commission compétente du Conseil national dans ce sens a suscité un écho favorable en consultation, au grand dam de l'économie. Cette procédure de consultation a fait suite à une initiative parlementaire déposée en 2004. Intitulée «Protection de la population et de l'économie contre le tabagisme passif», elle propose de compléter l'article 6 de la loi sur le travail en précisant que les lieux de travail sont sans fumée.

L'interdiction générale de fumer s'appliquerait dans les centres commerciaux, les cinémas, les restaurants et les bars. Le projet autoriserait l'aménagement de fumeurs séparés et ventilés. Seules les entreprises sans employés, comme les exploitations familiales, ne seraient pas concernées.

Ressources

On peut sommairement estimer que les ressources actuelles fédérales sont globalement de l'ordre de 13 millions d'€, infrastructures publiques comprises, soit environ 45% des ressources minimales selon les CDC.^(OFSP 2001)

Australie

Gouvernement australien : Department of Health and Ageing

www.health.gov.au

Depuis le 1er mars 2006, des messages de mise en garde ainsi que des images illustrant l'impact du tabagisme sur la santé doivent figurer sur les emballages de tous les produits du tabac vendus en Australie. Ces messages doivent occuper 30% de la face antérieure et 90% de la face postérieure des emballages.

Gouvernement de l'Etat de Victoria : Department of Human Services

www.health.vic.gov.au

Depuis le 1^{er} mars 2006, il est interdit de fumer :

- dans la plupart des lieux de travail (intérieurs) ;
- dans les manifestations destinées aux jeunes ; la promotion et la vente de produits du tabac y sont également interdites ;
- sur les quais et autres abris de transports publics.

La législation entourant l'interdiction de vente du tabac aux jeunes va être renforcée.

En outre, dès le 1^{er} juillet 2007, il sera interdit de fumer dans les lieux publics (intérieurs), de même que dans certains lieux publics extérieurs.

Fondation de promotion de la santé de l'Etat de Victoria : VicHealth

www.vichealth.vic.gov.au

La priorité principale de cette fondation est la réduction du tabagisme. A ce titre, VicHealth finance des programmes de cessation tabagique, est impliquée dans les réformes législatives et finance de la recherche dans le domaine de la prévention du tabagisme.

Financement de VicHealth

(Victorian Health Promotion Foundation 2006b) (Victorian Health Promotion Foundation 2006a)

VicHealth a été créée en 1987 grâce aux fonds issus de la taxation du tabac, tel que l'avait prévu le *Victorian Tobacco Act (1987)* ^(State Government of Victoria 2005). Son financement a été assuré par ces taxes jusqu'en 1997, date à laquelle la Cour Suprême australienne a exigé la suppression de ce mode de financement. Le budget annuel de VicHealth est depuis assuré par le gouvernement de l'Etat de Victoria.

« Quit » Victoria

www.quit.org.au

« Quit » est un vaste programme d'aide à la cessation tabagique. Il a été créé en 1985 par le Ministère de la santé et par le « Cancer Council » de l'Etat de Victoria.

Financé en grande partie depuis 1987 par VicHealth et par le « Cancer Council Victoria », il est piloté par ces deux institutions ainsi que par le « National Heart Foundation of Australia (Victorian Division) » et par le « Victorian Department of Human Services ».

Canada

À tous les niveaux – fédéral, provincial, territorial et municipal – on a adopté et mis en œuvre des lois qui ont permis de lutter efficacement contre le tabagisme. Chaque année, on ajoute ou modifie des lois dans ce domaine. L'élaboration de politiques et de stratégies joue également un rôle critique dans la lutte antitabac. ^{(Santé Canada 2005), (Tilson 2003)}

Le Programme de lutte contre le tabagisme

www.hc-sc.gc.ca

Le Programme de lutte contre le tabagisme (Santé Canada) est responsable de la mise en œuvre et du renforcement de la Loi sur le tabac (1997) ^(Ministère de la Justice 1997) et du développement des politiques et programmes nécessaires à la mise en œuvre de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme ^(Santé Canada 2002).

Ce Programme est composé de plusieurs bureaux fédéraux (communication, régulation, recherche, évaluation, surveillance, etc.) et de six bureaux régionaux.

La 5^e Stratégie Fédérale de Lutte contre le Tabagisme

Cette Stratégie 2001-2011 ^(Santé Canada 2002) dispose de 480 millions de \$ sur les cinq premières années. Elle a comme objectifs de :

- Réduire le nombre de fumeurs,
- Réduire le nombre de cigarettes vendues,
- Augmenter le respect des lois concernant la vente aux mineurs,
- Réduire le nombre de personnes exposées involontairement à la fumée passive dans des espaces publics clos,
- Explorer les moyens de faire modifier le tabac de manière à en réduire les dangers pour la santé.

Evolution et suivi de la Stratégie Fédérale de Lutte contre le Tabagisme

On constate la même évolution : chaque fois qu'une instance a réussi à introduire une stratégie, une politique, une loi ou un règlement, ou un projet pour favoriser la lutte contre le tabagisme, il est devenu plus facile pour d'autres instances de songer à des gestes semblables.

Cependant plus la diminution du taux de prévalence ralentit, plus les fumeurs canadiens sont difficiles à influencer. ^(Santé Canada 2005)

La législation sur le tabagisme dans les lieux publics

La Loi sur le tabac proscrit la fumée dans les lieux de travail fédéraux sauf dans des fumeurs fermés. Dans les transports publics, le tabagisme est également interdit, sauf dans des zones spécifiques. ^(Tilson 2003)

Traitement de la dépendance au tabac

Plusieurs provinces canadiennes financent les thérapies de remplacement de la nicotine. Les taxes sur ces produits sont même de plus en plus réduites voire supprimées. ^{(World Health Organization (WHO) 2003)}

Interdiction de la publicité sur le tabac

La *Loi sur le tabac* de 1997 impose des restrictions globales sur toute la promotion des produits du tabac. Il est interdit d'offrir gratuitement des produits du tabac. Plusieurs provinces ont des lois qui prévoient des restrictions sur différents types de publicité, d'étalage ou de promotion des produits du tabac. ^(Santé Canada 2005)

La protection des jeunes fait l'objet de restrictions spécifiques. ^{(WHO Study Group on Tobacco Product Regulation (TobReg) 2005)}

Etats-Unis

U.S. Department of Health and Human Services

www.hhs.gov

Le Département de la santé fait paraître de nombreux rapports :

- Une publication présente les données probantes en matière de prévention et de contrôle du tabagisme. ^(Ranney et al. 2006 June)
- Le rapport publié en juin 2006 établit les risques liés à la fumée passive. ^(U.S.Department of Health and Human Services 2006)
- En 2004, un document préconise de mettre l'accent sur la prévention du tabagisme auprès des femmes. ^(National Cancer Institute 2004 July)

Steps to a healthier US - « Vers des Etat-Unis en meilleure santé »

www.healthierus.gov, www.cdc.gov/steps/about_us/index.htm

Ce programme de prévention et de promotion de la santé est coordonné par le Département de la Santé et par les « Centers for Disease Control and Prevention » (CDC).

Il vise la prévention des maladies chroniques (obésité, diabète et asthme) et la promotion des comportements sains (activité physique, alimentation saine, cessation tabagique). Il cherche à atteindre prioritairement les minorités, les jeunes, les seniors.

Le programme cherche à coordonner les initiatives déjà en cours, à promouvoir le partenariat avec les organisations locales et nationales déjà actives, ainsi qu'à travailler avec les secteurs public et privé (écoles, monde du travail, entreprises, système de santé).

Il s'efforce de recourir à des approches basées sur les données probantes et de mesurer les effets des interventions.

Autres

European Network on Young People and Tobacco

L'« European Network on Young People and Tobacco » (ENYPAT) est un réseau de spécialistes de la prévention du tabagisme chez les jeunes, financé par l'UE, qui promeut une collaboration européenne dans les domaines de l'échange d'informations et de construction de programmes. Il a environ 2000 membres.

ENYPAT coordonne des programmes de prévention et d'aide à l'arrêt du tabac chez les jeunes ; chaque année plus d'un demi-million de jeunes participent à ses programmes.

En plus de production d'outils et de méthodes, ENYPAT publie une lettre d'information bilingue, des feuillets de synthèse, etc.

Même si ce programme de 1996 à 2005 est terminé, il a été actif pendant la durée du dispositif « emploi jeunes tabac ».

European Network on Smoking Prevention

www.ensp.org

Ce réseau fournit des informations régulières sur les évolutions et les progrès de la lutte anti-tabac dans les différents pays de l'UE¹.

Globalink

<http://globalink.org>

Le site web de l'UICC (Union Internationale Contre le Cancer) offre l'information sans doute la plus complète sur tout ce qui concerne la prévention du tabagisme.

On y propose notamment une série de bulletins d'information spécifiques par pays, qui existent pour une trentaine sur les 50 pays de la région européenne de l'OMS. Des informations issues du Comité National Contre le Tabagisme, de l'Association pour les Droits de non-fumeurs, ainsi que de la MILDT, sont reprises sur ce site.

Références

-
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003. *Drogen und Sucht : Ein Plan in Aktion*. 32p.
<http://www.bmg.bund.de> -- Consulté le 11-10-2006.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2006. *Drogen- und Suchtbericht*. 148p.
<http://www.bmg.bund.de> -- Consulté le 11-10-2006.
- Excise Social Policy Group - HM Customs and Excise 2003. *Report on tobacco taxation in the United Kingdom*, World Health Organization (WHO). 12p.
http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/taxation/en/index.html -- Consulté le 29-9-2006.
- Galeone, D. 2006. *Impegno Nazionale ed Internazionale del Ministero della Salute*, ISS - OSSFAD, Roma. Giornata Mondiale senza Tabacco - VIII Convegno nazionale tabagisme e servizio sanitario nazionale. 25p.
<http://www.iss.it> -- Consulté le 11-10-2006.
- HELP 2006b. *Le tabagisme dans l'Union Européenne : Données par pays*, A European Union Initiative. 54p.
<http://fr.help-eu.com> -- Consulté le 26-9-2006.
- HELP 2006c. *Pour une vie sans tabac : La taxation des produits du tabac dans l'Union européenne*. 2p.
<http://fr.help-eu.com> -- Consulté le 28-9-2006.
- HM Customs and Excise & HM Treasury 2000. *Tackling Tobacco Smuggling*. 22p.
<http://www.hm-treasury.gov.uk/media/6A1/17/433.pdf> -- Consulté le 3-10-2006.
- Ministère de la Justice 1997. *Loi sur le tabac*, <http://laws.justice.gc.ca/en/T-11.5/index.html> -- Consulté le 14-10-2006.
- Ministerio de Sanidad y Consumo 2002. *Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007*. 53p.
www.msc.es -- Consulté le 9-10-2006.
- National Cancer Institute 2004 July. *Women, Tobacco, and Cancer: An Agenda for the 21st Century*, U.S. Department of Health and Human Services. 102p.
www.cancer.gov -- Consulté le 21-1-2007.
- Office of the Tobacco Control 2000. *Towards a Tobacco Free Society - Summary of the Report of the Tobacco Free Policy Review Group*. 20p.
<http://www.otc.ie> -- Consulté le 10-10-2006.
- Office of the Tobacco Control 2006. *Annual report 2005*. 46p.
<http://www.otc.ie> -- Consulté le 10-10-2006.
- OFSP 2001. *Programme national de prévention du tabagisme 2001-2005*, Berne. 49p.
<http://www.bag.admin.ch> -- Consulté le 5-10-2006.
- OIT. 1974. *Convention sur le cancer professionnel (C139)*.
<http://www.ilo.org/ilolex/french/convdisp1.htm> -- Consulté le : 14-10-2006
- OIT. 1977. *Convention sur le milieu de travail (pollution de l'air, bruit et vibrations) (C148)*.
<http://www.ilo.org/ilolex/french/convdisp1.htm> -- Consulté le : 14-10-2006
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2003. *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*, WHA56.1. 27p.
<http://www.who.int/tobacco> -- Consulté le 29-9-2006.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2005. *Guide pour la mise en place de l'action antitabac : résumé exécutif*. 18p.
<http://www.who.int/tobacco> -- Consulté le 29-9-2006.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS-Europe) 2002. *La Stratégie européenne pour la lutte antitabac*, Copenhagen. 48p.
<http://www.euro.who.int/document/e78125.pdf> -- Consulté le 29-9-2006.
- Parlement Européen 2002. *DÉCISION No 1786/2002/CE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008)*. 11p.
http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/oj/2002/l_271/l_27120021009fr00010011.pdf -- Consulté le 29-6-2006.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri 2005. *Allegato 2 - Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007*. 8p.
<http://www.ccm.ministerosalute.it> -- Consulté le 11-10-2006.

¹ L Joossens and M Raw, The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity, Tobacco Control. 2006 Jun;15(3):247-53.

<http://tc.bmjournals.com/cgi/content/full/15/3/247?ijkey=ChA3HDK8oqYx.&keytype=ref&siteid=bmjournals>

- Ranney, L., Melvin, C., Lux, L., McClain, E., Morgan, L., & Lohr, K. 2006 June. *Tobacco Use: Prevention, Cessation, and Control*, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville. Evidence Report/Technology Assessment Number 140 www.ahrq.gov
- Raw, M. & McNeill, A. 2003. *Tobacco Dependence Treatment in England*, World Health Organization (WHO). 12p. http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/treatment/en/index.html -- Consulté le 29-9-2006.
- Saiz Martínez-Acitores, I., Rubio, C. J., Espiga, L., I, Alonso, d. I., I, Blanco, A. J., Cortes, M. M., Cabrera Ortega, J. D., Pont, M. P., Saavedra Rodríguez, J. M., & Toledo, P. J. 2003, "Plan nacional de prevención y control del tabaquismo", *Rev.Esp.Salud Publica*, vol. 77, no. 4, pp. 441-473.
- Santé Canada 2002. *La Stratégie Fédérale de Lutte contre le Tabagisme (SFLT) : un cadre d'action*. 13p. http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/ffa-ca/index_f.html -- Consulté le 5-10-2006.
- Santé Canada 2005. *La stratégie nationale : Aller vers l'avant - Rapport d'étape 2005 sur la lutte contre le tabagisme*. 43p. http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/foward-avant/index_f.html -- Consulté le 5-10-2006.
- South East Public Health Group 2005. *A framework for action on tobacco control in the South East*. 28p. <http://www.go-se.gov.uk/gose/docs/289820/310409> -- Consulté le 11-10-2006.
- State Government of Victoria 2005. *Victorian Tobacco Act 1987*. 94p. <http://www.dms.dpc.vic.gov.au> -- Consulté le 28-10-2006.
- Tilson, M. 2003 Country Reports on Smoke-free Policies in Canada. World Health Organization (WHO). Success stories and lessons learnt. Tobacco Free Initiative (TFI). 9p. http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/smokefree_policies/en/index.html -- Consulté le : 29-9-2006
- Tobacco Free Initiative (TFI). 2006. *Tobacco Free Initiative : About us*. <http://www.who.int/tobacco/about/en/index.html> -- Consulté le : 30-9-0006
- Tobacco Policy Review Group 2000. *Towards a tobacco free society - Report of the Tobacco Policy Review Group*. 90p. <http://www.otc.ie> -- Consulté le 10-10-2006.
- U.S.Department of Health and Human Services 2006. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 670p. www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2006/index.htm -- Consulté le 6-12-2006.
- UK Department of Health 2005b. *Choosing health : Making healthy choices easier - Executive Summary*, London. 20p. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/47/51/04094751.pdf> -- Consulté le 9-3-2005.
- UK Department of Health 2005a. *Delivering Choosing Health : making healthier choices easier*, London. 128p. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/57/13/04105713.pdf> -- Consulté le 9-3-2005.
- Victorian Health Promotion Foundation 2006a. *Strategic Directions 2003-2006*, Victorian Health Promotion Foundation. 16p. <http://www.vichealth.vic.gov.au> -- Consulté le 27-10-2006.
- Victorian Health Promotion Foundation 2006b. *VicHealth Funding Model*. 3p. <http://www.vichealth.vic.gov.au> -- Consulté le 27-10-2006.
- WHO Study Group on Tobacco Product Regulation (TobReg). 2005 Regulation of Tobacco Products - Canada Report. in World Health Organization (WHO). *TobReg : Best Practice in Tobacco Control*. 20p. http://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/canadian_bp/en/index.html -- Consulté le : 29-9-2006
- World Health Organization (WHO) 1999. *Initiative pour un monde sans tabac - Rapport du Directeur général*. 3p. <http://ftp.who.int> -- Consulté le 29-9-2006.
- World Health Organization (WHO) 2003. *Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence*, World Health Organization - Tobacco Free Initiative - Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. 71p. http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_dependence/en/index.html -- Consulté le 29-9-2006.
- World Health Organization (WHO-Europe) 2004. *Taxation of tobacco products in the WHO European Region: practices and challenges*, Copenhagen. 40p. <http://www.euro.who.int/document/e84813.pdf> -- Consulté le 29-9-2006.
- World Health Organization (WHO-Europe) 2006. *Legislating for smoke-free workplaces*, Copenhagen. 56p. <http://www.euro.who.int/Document/E88864.pdf> -- Consulté le 29-9-2006.

13 Annexe D : Éléments constitutifs de la grille d'évaluation de la qualité des projets

	PREFFI	Blum-Boisgard et al.	Quint Essenz	ADSAN
				1. Analyse du contexte
				Correspondance avec la Charte d'Ottawa
				Cohérence externe (par ex. respect des principes de la Convention cadre pour la lutte anti-tabac)
			1.2. renforcement des ressources et empowerment	Principes généraux d'éducation pour la santé (par ex. empowerment)
				Cohérence externe avec les résultats d'efficacité des interventions en promotion de la santé
			2.4. contexte et environnement du projet	Cohérence externe avec les orientations des politiques nationales en la matière
	2. Analyse du problème			2. Analyse du problème
	2.1. Nature, gravité et étendue du problème		2.1. le projet répond à un besoin	2.1. Nature, gravité et étendue du problème
	2.2 Répartition (Distribution) du problème			2.2 Répartition (Distribution) du problème
	2.3. Perception du problème par les acteurs (tous les individus ou groupes concernés directement par le problème et sa résolution)	5. l'implication des intervenants directs et des destinataires de l'intervention doit être effective dans la phase d'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation.	2.2 besoin ressenti par les groupes cibles et autres	5. l'implication des intervenants directs et des destinataires de l'intervention doit être effective dans la phase d'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation.

3. Déterminants			3. Déterminants
3.1. Fondements théoriques	3. viser à la validation scientifique des méthodes et pratiques utilisées ; rechercher les données probantes concernant l'impact sur la santé		3. 1. viser à la validation scientifique des méthodes et pratiques utilisées ; rechercher les données probantes concernant l'impact sur la santé
3.2. Identification des déterminants			3.2. Identification des déterminants et Possibilités (Capacités) d'évolution des déterminants
3.3. Possibilités (Capacités) d'évolution des déterminants			
3.4. Priorités et sélection			3.4. Priorités et sélection Prise en compte des facteurs spécifiques au milieu scolaire, par ex. tabagisme des enseignants ; par ex. tabagisme passif en milieu de travail
4. Groupes cibles de l'action			4. Groupes cibles de l'action
4.1. Caractéristiques générales et démographiques des groupes cibles			
4.2. Motivations et aptitudes au changement des groupes cibles			
4.3. Accessibilité des groupes cibles			
5. Objectifs			5. Objectifs
5.1. Adéquation entre les objectifs et l'analyse du problème			5.1. Adéquation entre les objectifs et l'analyse du problème
5.2. Les objectifs sont spécifiques, définis dans le temps et mesurables			5.2. Les objectifs sont spécifiques, définis dans le temps et mesurables
5.3. Les objectifs sont acceptables			5.3. Les objectifs sont acceptables
5.4. Les objectifs sont réalisables			5.4. Les objectifs sont réalisables

6. Conception de l'intervention		6. Conception de l'intervention	
6.1. Logique de la stratégie de l'intervention	9. A tous les niveaux, combiner des stratégies différentes	1.3. interventions en setting 2.3. insertion dans une stratégie	6.1. Logique de la stratégie de l'intervention : combiner des stratégies différentes ; interventions en setting
6.1.a. Adaptation des stratégies et des méthodes aux objectifs et aux groupes cibles	6. adapter les interventions aux situations économiques, sociales et culturelles régionales et locales.	3.2. justification de la méthodologie	
6.1.b. Capitalisation des expériences	3. viser à la validation scientifique des méthodes et pratiques utilisées ; rechercher les données probantes concernant l'impact sur la santé	2.5. apprendre à partir d'autres projets	
6.2. Durée, rythme et calendrier	1. Accorder autant d'importance au CT (1an) et MT (2 ans) qu'au LT (10 à 15 ans)	5.1. étapes du projet	6.2. Durée, rythme et calendrier : Accorder autant d'importance au CT (1an) et MT (2 ans) qu'au LT (10 à 15 ans)
6.3. Adapter les interventions aux groupes cibles			
6.3.a. Participation des groupes cibles		1.4. participation des acteurs	6.3.a. Participation des groupes cibles et Adaptation culturelle
6.3.b. Adaptation culturelle			
6.4. Méthodes et techniques efficaces		3.2. justification de la méthodologie	
6.5. Faisabilité			6.4.Cohérence interne liée au contexte du milieu scolaire (par ex. acceptabilité et faisabilité)
6.5.a. Adaptation aux intermédiaires (intervenants, animateurs directement en contact avec le groupe cible final)			
6.5.b. Capacité de mise en oeuvre des interventions		3.3 assurer les ressources	6.5.b. Capacité de mise en oeuvre des interventions
6.6. Cohérence des interventions/actions			6.6. Cohérence interne en gestion de projet (par ex. relations objectifs, stratégie d'intervention, moyens,

			publics cible, etc.)
6.7. Test préalable			6.7. Test préalable
7. Mise en oeuvre			7. Mise en oeuvre
7.1. Mise en oeuvre adaptée aux intermédiaires ou acteurs-relais	5. l'implication des intervenants directs et des destinataires de l'intervention doit être effective dans la phase d'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation.	4.1. structure du projet adéquate	7.1. Pertinence des partenaires impliqués Facteurs explicatifs de l'absence de certains partenaires clés
7.1.a. Mode de mise en oeuvre : descendant et/ou ascendant		4.3. mise en réseau orientée vers les objectifs	7.2. Mise en réseau orientée vers les objectifs
7.1.b. Adaptation de la mise en oeuvre aux intermédiaires			
7.1.c. Crédibilité du promoteur du programme			
7.2. (Surveillance du processus et) mise en place d'un retour d'information			7.3. Modalités formelles / réelles de suivi / auto-évaluation / évaluation externe ?
7.3. Ancrage (lancement) dans une structure existante	2. Créer un environnement favorable à la réorientation des services vers de nouveaux objectifs		7.4. Ancrage (lancement) dans une structure existante
8. Évaluation			8. Évaluation
8.1. Transparence et accord sur les principes de l'évaluation			8.1. Transparence et accord sur les principes de l'évaluation
8.2. Évaluation de processus	1. Autant d'attention aux processus	5.2. Évaluation formative	8.2. Pratiques d'auto-évaluation ?
8.3. Évaluation des effets	... qu'aux résultats	6.1. évaluation sommative de l'atteinte des objectifs	8.3. Impact du projet sur les partenaires Impact des partenaires sur le projet Y c. Effets non attendus
8.3.a. Un changement a-t-il été mesuré			8.4. Un changement a-t-il été mesuré et .Est-il plausible que le changement ait été provoqué par l'intervention

8.3.b. Est-il plausible que le changement ait été provoqué par l'intervention			
		6.2. durabilité des changements	
8.4. Retour d'information aux partenaires, intervenants et groupes cibles	5. L'implication des intervenants directs et des destinataires de l'intervention doit être effective dans la phase d'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation.	5.3. communication dans l'organisation du projet	8.5. Retour d'information aux partenaires, intervenants et groupes cibles
	8. A tous les niveaux soigner la communication interne et la communication vis-à-vis de l'extérieur.	6.3. documentation du projet 6.4. information et valorisation	8.6. documentation du projet, information et valorisation
1. Ressources et faisabilité			
1.1. Soutien et engagement des acteurs	4. soutenir les interventions par un engagement politique fort	5.4. motivation et satisfaction des acteurs du projet	
1.2. Moyens			
1.3. Leadership du responsable du projet			
1.3.a. Expertise et compétences du responsable du projet		4.2. qualifications et exigences	
1.3.b. Aspects importants du leadership			
	7. faire appel à différentes disciplines et proposer des interventions par des équipes interdisciplinaires dans un cadre associant différentes institutions.		
	10. A tous les niveaux, prendre en compte des valeurs telles que la dignité humaine, l'équité, la justice, le partage du pouvoir, la recherche de gains de productivité.	1.1 Égalité des chances en matière de santé	

14 Liste des acronymes

ADES	Association Départementale d'Education pour la Santé
AFP	Association nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANPA	Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CEC	Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté
CFES	Comité Français d'Education pour la Santé
CIRDD	Centres d'Information Régionaux sur les Drogues et les Dépendances
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNMR	Comité National des Maladies Respiratoires
CNR	Coordination Nationale des Réseaux
CODES	Comité Départementale d'Education pour la Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRES	Comité Régional d'Education pour la Santé
CRESIF	Comité Régional d'Education pour la Santé d'Ile-de-France
DDASS	Direction départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDTEFP	Directions Départementales du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DGEFP	Délégation Générale à l'Emploi et à la Formation Professionnelle
DGS	Direction Générale de la Santé
DRASS	Direction régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRTEFP	Directions Régionales du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
FNES	Fédération Nationale des comités d'Education pour la Santé
FNMF	Fédération Nationale de la Mutualité Française
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)
MEN	Ministère de l'Education Nationale
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre les Dépendances et la Toxicomanie
MSA	Mutualité Sociale Agricole
NSEJ	Nouveaux Services, Emploi Jeunes
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
PRS	programme régional de santé
PRSP	programme régional de santé publique
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

15 Références

Références

MILDT 1999, *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances*

Ref ID: 1

Keywords: MILDT/plan/tabac

Reprint: In File

Cnamts et CFES & MILDT 1999, *Dossier de presse - Plan de lutte contre le tabagisme*

Ref ID: 2

Keywords: plan/tabac/national

Reprint: In File

INPES. Action tabac "emploi-jeunes" 2001. 2001.

Ref Type: Data File

Ref ID: 3

Keywords: tabac

Reprint: In File

Ministère de l'éducation nationale. Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).
Internet . 23-1-2006.

Ref Type: Electronic Citation

Ref ID: 4

Reprint: In File

MILDT. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. 2003.

Ref Type: Data File

Ref ID: 6

Keywords: gouvernemental/national/plan/tabac

Reprint: In File

INPES 2002, *Programme de prévention du tabagisme 2003-2004*

Ref ID: 7

Keywords: MILDT/tabac/national

Reprint: In File

FNES. Fédération nationale des comités d'éducation à la santé. Internet . 23-1-2006.

Ref Type: Electronic Citation

Ref ID: 8

Reprint: In File

Gouvernement français. Le Tabagisme. Internet . 2006.

Ref Type: Electronic Citation

Ref ID: 9

Reprint: In File

La ligue contre le cancer. La ligue contre le cancer. Internet . 23-1-2006.

Ref Type: Electronic Citation

Ref ID: 11

Reprint: In File

INPES. Base Actions Tabac emplois-jeunes 2001. Internet . 23-1-2006.

Ref Type: Electronic Citation

Ref ID: 12

Keywords: tabac

Reprint: In File

DGS. Rapport tabagisme passif. Internet . 2001.

Ref Type: Electronic Citation

Ref ID: 13

Reprint: In File

CNAMTS. Ameli (l'assurance maladie en ligne). Internet . 25-1-2006.

Ref Type: Electronic Citation

Ref ID: 17

Reprint: In File

URCAM. site web URCAM. Internet . 25-1-2006.

Ref Type: Electronic Citation

Ref ID: 18

Reprint: In File

WHO Tobacco Free Initiative 2004, *Building blocks for tobacco control: a handbook*.

Ref ID: 19

Keywords: administrations/adverse effects/legislation/manuals/national health programs/organization/smoking prevention and control/tobacco/tobacco industry

Reprint: In File

Yann Boggio & Jacques A.Bury 2005, *Evaluation du programme Suisse Balance*

Ref ID: 20

Reprint: In File

C.Blum-Boisgard, R.Demeulemeester, A.Jourdain, J.-C.Moisdon, & E.Vérité 2005, "Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique?", *Santé publique 2005*, vol. 17, no. 4, pp. 569-582.

Ref ID: 21

Reprint: In File

INPES 2005, "Les journées INPES 2005: partage d'expériences", *La santé de l'homme* no. 378, pp. 13-42.

Ref ID: 22

Reprint: In File

DIENE Isabelle 2004, *Enseignant du secondaire chargé de l'éducation santé environnement : une identité à construire*, UNIVERSITE DE LILLE 3.

Ref ID: 23

Reprint: In File

FNES & CODES Ardennes 2005, *Etat des lieux de la situation des Emplois Jeunes au sein des CODES et CRES adhérents de la FNES*

Ref ID: 24

Keywords: tabac/national

Reprint: In File

Globalink. GLOBALink global tobacco control. 2006.

Ref Type: Internet Communication

Ref ID: 25

Keywords: tobacco

Reprint: In File

Woerden 2003, *Outil D'Analyse de l'Efficacité Attendue des Interventions En Promotion de la Santé Preffi 2.0 fr*, Institut pour la Promotion de la Santé et pour la Prévention des Maladies (NIGZ), Pays-Bas,

Ref ID: 26

Reprint: In File

INPES. Présentation et application de l'outil néerlandais Preffi 2.0. 2005.

Ref Type: Unpublished Work

Ref ID: 27

Reprint: In File

NOVATEST & INPES 2003, *Etat des lieux des actions menées dans le cadre du dispositif INPES-ETAT de renforcement des actions de proximité en prévention du tabagisme 2003*

Ref ID: 28

Reprint: In File

INPES. Dispositif "emploi-jeune tabac" Synthèse de l'état des lieux des actions menées en 2001. 2001.

Ref Type: Slide

Ref ID: 29

Reprint: In File

CFES 2001, *Dispositif "emplois-jeunes tabac" Recrutement de personnes en contrat "emploi-jeune" pour le développement de la prévention du tabagisme: Mode d'Emploi*

Ref ID: 30

Reprint: In File

INPES & DAS 2006, *Grille d'analyse des outils d'intervention en éducation pour la santé*

Ref ID: 31

Reprint: In File

Lalonde M. & Heneman B. 2004, *La prévention du tabagisme chez les jeunes*, Institut national de santé publique du Québec. ISBN 2-550-43463-3 p.

Ref ID: 32

Keywords: tabac

Reprint: In File

Karsenty S. & Diaz-Gómez C. 2003, *Le tabac en milieu scolaire- Résultats de la première évaluation de la loi Evin dans les écoles, collèges et lycées (2002)*, OFDT, Paris,

Ref ID: 33

Keywords: tabac

Reprint: In File

Beck F., Legleye S., & Splika S. 2005, *Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français-Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003*, OFDT, Saint-Denis,

Ref ID: 34

Reprint: In File

Beck F., Legleye S., & Splika S. 2004, *Drogues à l'adolescence - Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - ESCAPAD 2003*, OFDT,

Ref ID: 35

Keywords: tabac

Reprint: In File

MILDT 2005, *Expérimentation d'un guide de prévention sur les conduites addictives - Applicabilité et utilité d'un guide d'intervention en milieu scolaire*, OFDT. ISBN 2-11-094941-4 p.

Ref ID: 36

Reprint: In File

Beck F., Legleye S., & Peretti-Watel P. 2002, *Penser les drogues : perception des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002*, OFDT, Paris,

Ref ID: 37

Reprint: In File

INPES. Action tabac "emploi-jeunes". 2004.

Ref Type: Data File

Ref ID: 38

Keywords: tabac

Reprint: In File

Loi SP FR. Projet de loi relatif à la politique de santé publique (15 févr. 2006). 2006.

Ref Type: Bill/Resolution

Ref ID: 39

Reprint: In File

CFES 2000, *Programme d'éducation pour la santé - Prévention du tabagisme 2000-2003*

Ref ID: 40

Reprint: In File

Quint-essenz. Critères de qualité. Promotion santé suisse . 2006.

Ref Type: Electronic Citation

Ref ID: 41
Reprint: In File

INCA. Institut national du cancer. Internet . 2006.
Ref Type: Electronic Citation

Ref ID: 42
Keywords: national
Reprint: In File

Inserm, E. c. 2004, *Tabac - comprendre la dépendance pour agir* Paris.
Ref ID: 43
Keywords: tabac
Reprint: In File

Guilbert P. & Gautier A. 2006, *Baromètre santé 2005 - premiers résultats* INPES.
Ref ID: 44
Reprint: In File

CODES Var 2005, *Bilan actions tabac année 2005*, CODES, Toulon,
Ref ID: 45
Keywords: tabac
Reprint: In File

CODES 15 & Agent de développement en santé 2005, *Rapport d'activités 2005 CODES 15*
Ref ID: 46
Reprint: In File

CODES Alpes de Haute Provence 2005, *Programme de prévention du tabagisme au sein de l'E.R.E.A de Castel-Bevons - Les programmes de prévention des dépendances*, CODES,
Ref ID: 47
Reprint: In File

CDES Pas-de-Calais 2006, *Rapport d'activités 2005 - Programmation tabac*, CDES,
Ref ID: 48
Keywords: tabac
Reprint: In File

Hondareyte I. 2005, *Rapport d'activités 2005 - Dispositif Emploi-jeune Tabac*, COVESS
Vendée,
Ref ID: 49
Keywords: tabac
Reprint: In File

Cres Franche-Comté 2006, *Bilan d'activités 2005 - Dispositif de renforcement des actions de terrain en prévention du Tabagisme - Franche-Comté*, Cres Franche-Comté,
Ref ID: 50
Reprint: In File

Lefrançois A., Quinquenel C., & Lesplingard N. 2006, *Rapport d'activités 2005 - Emploi Jeune niveau I: Promoteur d'information en éducation pour la santé*, CORES Basse-Normandie,
Ref ID: 51
Reprint: In File

Cenard L., Hincelin L., & LC Conseil 2002, *Freins et atouts de montage et du suivi - Lien avec les programmes existants de lutte contre le tabagisme - Dispositif "emploi-jeunes tabac"*, INPES,
Ref ID: 52
Reprint: In File

CODES Côtes d'Armor & A.N.P.A.A.22 2005, *Evaluation du centre de documentation - novembre 2005*, CODES; A.N.P.A.A.,
Ref ID: 53
Reprint: In File

Lefrançois A., Lesplingard N., & Quinquenel C. 2006, *Rapport d'activités 2005 - Emploi jeune Niveau II: Agent de développement en santé*, CORES Basse-Normandie,

Ref ID: 54
Reprint: In File

Carré latin - études quantitatives 2002, *Dispositif INPES-CNAMTS-ETAT de renforcement des actions de proximité en prévention du tabagisme*, INPES,
Ref ID: 55
Reprint: In File

CFES 2001, *Dispositif de renforcement des actions de proximité du Programme national CNAMTS-CFES d'éducation pour la santé et de prévention du tabagisme - Cahier des charges pour l'évaluation du dispositif «emploi-jeunes tabac»*, CFES,
Ref ID: 56
Keywords: national
Reprint: In File

INPES 2005, *Questionnaire INPES définitif 2005*
Ref ID: 57
Reprint: In File

INPES 2006, *Cahier des charges pour la réalisation d'enquêtes annuelles sur les actions de terrain en prévention du tabagisme (2003 à 2005)*, INPES,
Ref ID: 58
Reprint: In File

INPES 2006, *Traitement des données issues de l'état des lieux 2004 réalisé dans le cadre du dispositif de renforcement des actions de proximité*, INPES,
Ref ID: 59
Reprint: In File

CFES 2000, *Recrutement d'emplois-jeunes pour le développement de la prévention du tabagisme-MODE D'EMPLOI*, CFES,
Ref ID: 60
Reprint: In File

LH Conseil 2005, *Proposition de formations EJT*
Ref ID: 61
Reprint: In File

CFES 2001, *Membres du groupe de travail sur l'évaluation du dispositif « emplois-jeunes tabac »*
Ref ID: 62
Keywords: tabac
Reprint: In File

CRES de Picardie 2003, *Formation à l'utilisation des outils pédagogiques d'éducation pour la santé*
Ref ID: 63
Reprint: In File

INPES & Centre Hospitalier de dreux 2006, *Formation au Programme national de prévention du tabagisme-INPES 2003-2004: Réponse à l'appel d'offres d'octobre 2003*
Ref ID: 64
Keywords: national
Reprint: In File

INPES 2006, *Glossaire questionnaire*
Ref ID: 65
Reprint: In File

Réseau des comités d'éducation pour la santé Nord Pas-de-Calais 2004, *Formation à l'animation de groupe - réponse à l'appel d'offre INPES*
Ref ID: 66
Reprint: In File

NOVATEST 2004, *Etat des lieux des actions menées dans le cadre du dispositif INPES-ETAT de renforcement des actions de proximité en prévention du tabagisme 2002*, INPES,

Ref ID: 67
Reprint: In File

CFES 2000, *DOSSIER DE CANDIDATURE POUR APPEL A PROJET - Recrutement d'emplois-jeunes pour le développement de la prévention du tabagisme*, CFES,
Ref ID: 68
Reprint: In File

CFES & ADEPS "Compte-rendu de la rencontre nationale du 4 décembre 2000 - Dispositif « emplois-jeunes tabac »", CFES; ADEPS.
Ref ID: 69
Keywords: tabac
Reprint: In File

Site du Premier Ministre. Le plan périnatalité. Internet . 2004. (http://www.premier-ministre.gouv.fr/acteurs/gouvernement/conseils_ministres_35/conseil_ministres_10_novembre_423/plan_perinatalite_51545.html)

Ref Type: Electronic Citation
Ref ID: 70
Keywords: plan
Reprint: In File

INPES 2006, *Programme tabac INPES 2006*, INPES,
Ref ID: 71
Keywords: tabac
Reprint: In File

Gouvernement français 2004, *Plan national santé environnement 2004-2008*
Ref ID: 72
Keywords: plan/national
Reprint: In File

Ministère de l'éducation nationale 2005, "Journée mondiale "sans tabac" du 31 mai 2005", *Bulletin officiel*.
Ref ID: 73
Reprint: In File

Ministère de la santé, d. l. f. e. d. p. h. 2004, *Circulaire DHOS no 2005-80 du 10 février 2005 relative à l'auto-évaluation par les établissements de santé de la mise en oeuvre de la politique de lutte contre le tabagisme*
Ref ID: 74
Reprint: In File

Jayle D. 2004, *Présentation du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 - conférence de presse*, MILDT,
Ref ID: 75
Keywords: plan/tabac
Reprint: In File

CNAMT & CFES. Protocole d'accord visant le renforcement des actions de terrain dans le domaine de la prévention du tabagisme. 1999.
Ref Type: Statute
Ref ID: 76
Reprint: In File

CFES. Convention entre le CFES et le CODES 08. 2001.
Ref Type: Statute
Ref ID: 77
Keywords: tabac/national
Reprint: In File

CFES. Avenant à la convention CFES et CODES 25. 2002.
Ref Type: Statute

Ref ID: 78
Reprint: In File

Boutet-Waiss F., Mamecier A., Naves P., Ravary Y., & Vienne P. 2004, *Evaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège*, IGAS; IGEN; IGAENR,
Ref ID: 79
Reprint: In File

INPES 2002, *Questionnaire, Etat des lieux des actions de terrain 2002*
Ref ID: 80
Reprint: In File

INPES 2003, *Questionnaire, Etat des lieux des actions de terrain 2003*
Ref ID: 81
Reprint: In File

INPES. Avenant C. 2006.
Ref Type: Statute
Ref ID: 83
Reprint: In File

INPES. Avenant A à la convention INPES et CODES 62. 2003.
Ref Type: Statute
Ref ID: 84
Reprint: In File

INPES. Avenant à la convention INPES et CODES 62. 2004.
Ref Type: Statute
Ref ID: 85
Reprint: In File

INPES & NOVATEST 2006, *Etat des lieux des actions menées dans le cadre du dispositif INPES-ETAT de renforcement des actions de proximité en prévention du tabagisme 2004*, INPES,
Ref ID: 86
Reprint: In File

CFES & CODES 62. Convention no. 01/071/ADEPS-ATPT entre le CFES et CODES 62. 2001.
Ref Type: Statute
Ref ID: 87
Reprint: In File

CFES & COVESS 85. Convention no. 02-041/ ADEPS-ATPT entre le CFES et COVESS 85. 2002.
Ref Type: Statute
Ref ID: 88
Reprint: In File

CFES & Cres Franche-Comté. Convention no. 02-075/ ADEPS-ATPT entre le CFES et le CRES Franche-Comté. 2002.
Ref Type: Statute
Ref ID: 89
Reprint: In File

CFES & CRES Haute-Normandie. Convention no. 01.027/ ADEPS-ATPT entre le CFES et le CRES Haute-Normandie. 2001.
Ref Type: Statute
Ref ID: 90
Reprint: In File

CFES & CRES Haute-Normandie. Convention no. 00.125/ ADEPS-ATPT entre le CFES et le CRES Haute-Normandie. 2003.
Ref Type: Statute
Ref ID: 91
Reprint: In File

CFES & CRES Haute-Normandie. Convention no. 00.126/ ADEPS-ATPT entre le CFES et le CRES Haute Normandie. 2000.

Ref Type: Statute

Ref ID: 92

Reprint: In File

CFES & CODES 83. Convention no. 02/031/ ADEPS-ATPT entre le CFES et CODES 83. 2002.

Ref Type: Statute

Ref ID: 93

Reprint: In File

CFES & CODES 22. Convention no. 01.028/ ADEPS-ATPT entre le CFES et CODES 22. 2001.

Ref Type: Statute

Ref ID: 94

Reprint: In File

Duburcq A.et Sannino N. Rapprochement des dispositifs spécialisés. -89. 2003. OFDT.

Ref Type: Generic

Ref ID: 95

Keywords: tabac/plan

Reprint: In File

Fédération Française de Cardiologie. Internet . 2006.

Ref Type: Electronic Citation

Ref ID: 96

Reprint: In File

Les Comités Départementaux du Comité National Contre les Maladies Respiratoires et la Tuberculose. Internet . 2006.

Ref Type: Electronic Citation

Ref ID: 97

Keywords: national

Reprint: In File

LC Conseil 2006, *Résumé*

Ref ID: 98

Reprint: In File

INPES & DDESET 2003, *Dispositif "Emploi jeune Tabac"; Financement des actions et pérennisation des postes*

Ref ID: 99

Reprint: In File

NOVATEST & INPES 2002, *Bilan des actions conduites en 2002 dans le cadre du dispositif "Emploi jeunes tabac"; Plan de traitement (Tris Croisés)*

Ref ID: 100

Keywords: plan

Reprint: In File

2006, *Intro- le ministère de l'emploi et le programme NSEJ - généralités et contexte*

Ref ID: 101

Reprint: In File

CESC, C. d. à. l. s. e. à. l. c. EduSCOL. Internet . 2006.

Ref Type: Electronic Citation

Ref ID: 102

Reprint: In File

C.Gilles & J.-L.Wilquin 2005, *Annexe Plan de traitement*

Ref ID: 103

Keywords: plan

Reprint: In File

INPES & LH Conseil 2005, *Formations à la méthodologie de projet et à l'évaluation en éducation pour la santé*, INPES,

Ref ID: 104

Reprint: In File

NA 2006, *Principes et objectifs du programme d'éducation pour la santé*

Ref ID: 105

Reprint: In File

F.Devaugerme, F.Lefebvre-Naré, & C.Lioret 2006, *Prévention programmes départementaux: Evaluation des programmes départementaux de prévention*, OFDT,

Ref ID: 106

Reprint: In File

Ministre de la santé, d. l. f. e. d. p. h. 2004, *Circulaire DHOS702 n 2004-168 du 29 mars 2004 relative à l'auto-évaluation par les établissements de santé de la mise en oeuvre de la politique de lutte contre le tabagisme*

Ref ID: 107

Reprint: In File

Assemblée nationale 2003, *Dossier d'information: Santé publique*

Ref ID: 108

Reprint: In File

CIRDD 2006, *Réseau TOXIBASE: Centres associés au CIRDD*

Ref ID: 109

Reprint: In File

CRIPS & CIRDD. Une nouvelle dynamique régionale en santé publique. Internet . 2006.

Ref Type: Electronic Citation

Ref ID: 110

Reprint: In File