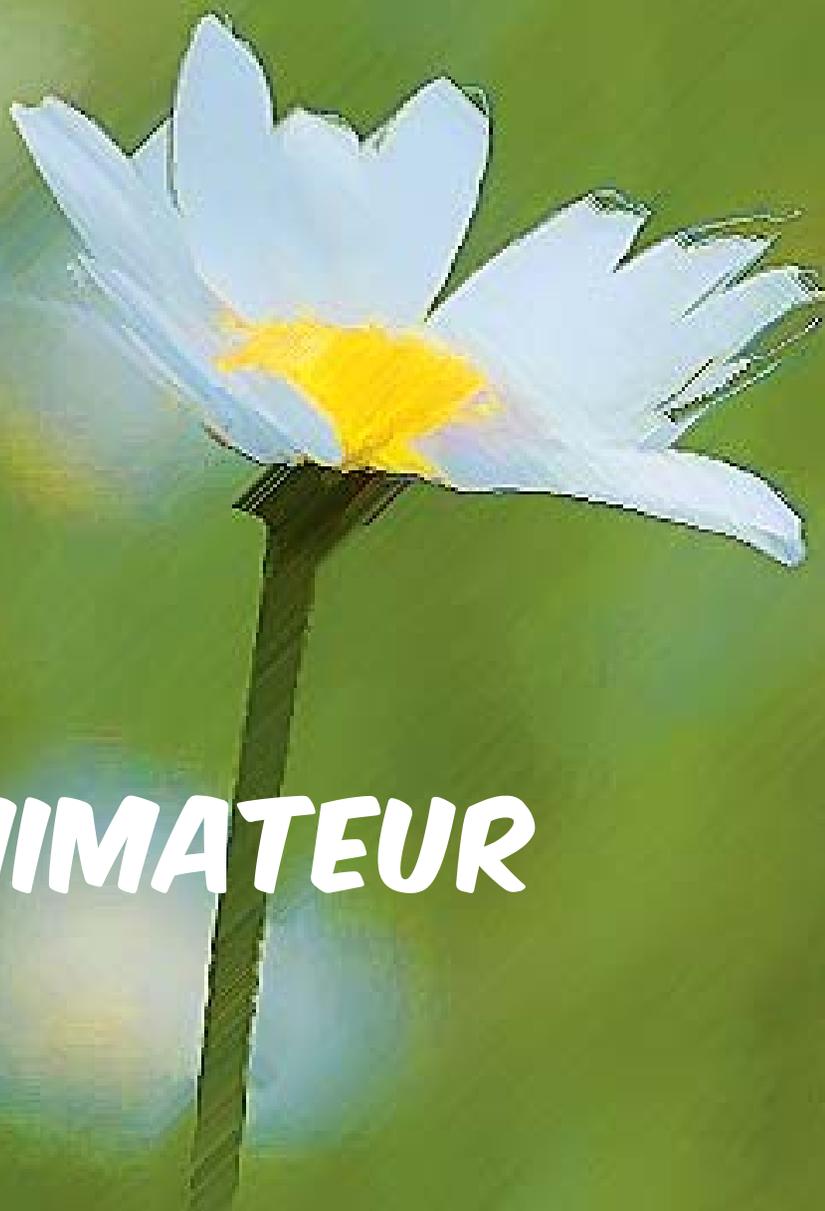




Pour partir d'un bon pied sur les chemins de la vie



GUIDE DE L'ANIMATEUR

TOME 2

Un tampon « EXEMPLE », un pictogramme du bagage « IDEE »...

Vous trouverez au fil des pages, par ci par là, un tampon « EXEMPLE » ou un pictogramme qui vous suggérera une « IDEE ».



Ces repères sont destinés, pour le premier, à vous montrer des exemples d'expériences qui nous ont été rapportées en matière de réalisations de variantes des jeux ou d'application « Grandeur nature »... Des illustrations les accompagnent, et éventuellement une fiche technique pour vous aider à les réaliser.



Les seconds sont une incitation au remue-méninge, du style : « Et pourquoi ne pas utiliser le jeu de telle ou telle manière ? ». Une invitation à laisser aller votre imagination...

Donnez libre cours à votre fibre créatrice et surtout faites-nous part de votre expérience.

Le bagage vivra grâce à de telles contributions.

... Vous rencontrerez aussi en parcourant les pages de ce tome 2, un petit panneau « Attention » (selon notre code de la piste...) il a vocation d'attirer votre attention sur un point qui a changé, un protocole à respecter ou un écueil à éviter.



Se balade aussi au gré des pages une ardoise qui vous rappelle en note, pour les gourmands, où et comment trouver des suppléments d'informations (Chic, du « rab. » !), une réalisation complémentaire aisée à mettre en œuvre, ou des documents pratiques utiles à la réalisation de l'expérience relatée.



Alors, munis de tous ces atouts, bonne route sur les chemins de la vie; l'aventure de la découverte de BONNESANTE avec votre bagage continue.

Agir pour la Prévention, une initiative sanofi-aventis



POURQUOI FAIRE UN DEUXIÈME TOME DU GUIDE DE L'ANIMATEUR ?

Pour trois raisons principales :

- La première est que le *Bagage de BONNESANTE** évolue, s'enrichit d'expériences diverses et qu'il est bon de les partager à tous les ambassadeurs et animateurs. Nous avons actuellement suffisamment de matière pour justifier d'une édition complémentaire.

- La deuxième est que nous nous sommes fixé comme objectif de départ de tenir compte des remarques faites lors des formations dans la deuxième édition du Bagage. Le temps de déploiement étant révolu, c'est le moment de tenir nos promesses et de proposer des « évolutions » à partir de tout ce qui nous a été rapporté.

- Enfin le *Bagage de BONNESANTE** a vocation à grandir, accueillir des créations nouvelles et nous pouvons aujourd'hui présenter un jeu inédit, largement testé sur le terrain et dont nous pouvons à l'heure actuelle proposer une version plateau de jeu et une version « 3D » grandeur nature...

Cela conduit tout naturellement à poser les prémices de ce que va être dans le futur le *Bagage de BONNESANTE** : une communauté d'échanges d'expériences de terrain, s'enrichissant de nouveaux outils utilisables selon la sensibilité de chaque ambassadeur, malléable selon le profil de chaque groupe, choisis selon le thème ou selon les priorités retenues, mais toujours au service d'un programme d'éducation pour la santé. Le *Bagage de BONNESANTE** a vocation à être une malle aux trésors où chacun pourra trouver de quoi alimenter et soutenir ses propres démarches d'éducation pour la santé et de prévention. Le *Bagage de BONNESANTE** appartient à ses utilisateurs et non à ses promoteurs.

Nous allons donc vous présenter tour à tour :

- des versions inattendues des jeux que vous connaissez, la plupart grandeur nature ayant vocation à une utilisation de plein air, mais pas seulement certains jeux se déclinant vers une utilisation intergénérationnelle ;

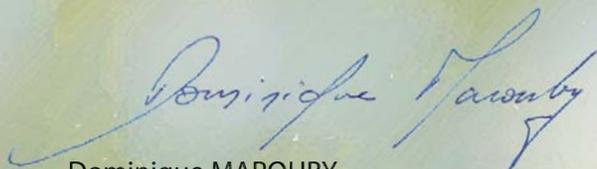
- de nouveaux procédés d'impression « à la demande » sur des supports plus adaptables à votre besoin et tenant compte des remarques faites lors des formations ;

- et « Les Clés de Fort LAVIE* » un jeu conçu comme un récapitulatif du message de Marguerite et du Bagage, qui se prête bien à une double utilisation d'emblée soit autour d'une table, soit à l'extérieur. Et toujours en équipe bien entendu.

Ainsi à chaque chapitre, jeu par jeu, nous décrirons l'adaptation, ses conditions de réalisation avec plusieurs options, des illustrations de ce qui a déjà été produit, des propositions pour une règle du jeu (voire plusieurs au choix) et les modifications issues des retours d'expérience. Et chaque fois que cela sera possible nous vous donnerons à titre indicatif des solutions de réalisation, d'impression ou de mise à jour, avec leurs coûts estimatifs.

Alors en route pour une nouvelle étape de cette belle aventure du *Bagage de BONNESANTE**, emparez-vous des « Clés de Fort LAVIE* » et ouvrez de nouveaux horizons pour la prévention et l'éducation pour la santé.

Merci à tous !



Dominique MAROUBY



SOMMAIRE

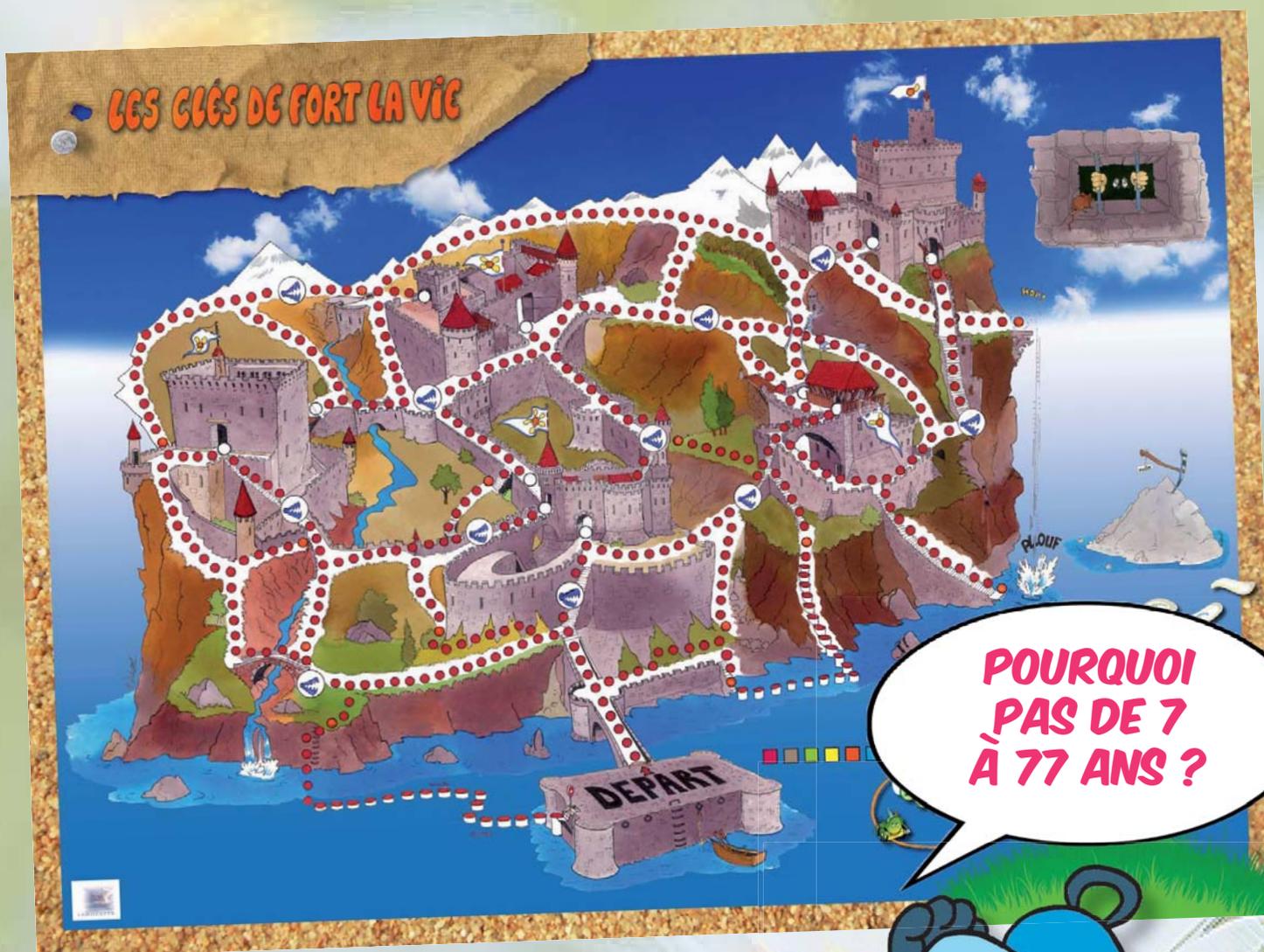
Editorial	1
Sommaire	2
LES CLES DE FORT LAVIE*	3
Règles du jeu	4
Règles du jeu et éléments constitutifs	5
Rallye de FORT LAVIE	6
TOTEM PREVENTION	9
Rallye de FORT LAVIE. Etape A	10
Les Pictos du Puzzle	11
LES LOTOS DU JEU DE LOIS*	12
Synopsis de la mise en place du loto <i>Bagage de BONNESANTE*</i> dans un logement foyer	13
Rallye de FORT LAVIE. Etape B	16
Loto	17
LA CARTE DES TRESORS	18
La Marchande Chamboultout	19
Rallye de FORT LAVIE. Etape C	21
SELF-CONTROLE*	22
De ci... De là... une gamme d'expériences et de variations	24
Les "accessifs" à la découverte de La CARTE DES TRESORS*	25
Court Circuit des Trésors. La course aux trésors du marché local	27
Variantes	28
LA ROUE DE BONNESANTE*	29
Le Rallye de Fort Lavie. Etape D	30
Dans la cour. Dans la classe (ou la salle)...	31
Exemples de réalisations	32
LE TOUR DE LA PISTE DES ETOILES*	33
Le Rallye de Fort Lavie. Etape E	34
Sur la base d'une partie de baseball	35
Sur la base du jeu de mouchoir	36
Sur la base d'un jeu de fresbee	36
QUELQUES REFERENCES	37
Les 10 recommandations préventives suite au rapport WCRF	38
Mesures du PLAN CANCER 2009-2013	41
Cancer en Poitou-Charentes ORS	43
Le dépistage, l'affaire de tous.	51
La cour des comptes fustige l'échec des politiques de lutte contre le tabagisme	59
Résumé du rapport de la Cour des Comptes à l'assemblée Nationale 13 12 2013	62
Tabac et adolescence	71
La nutrition, un déterminant de santé. ORS	76
DOCUMENTS TÉLÉCHARGEABLES	84
Téléchargements INPES	85
Quelques opinions : A votre avis, vrai ou faux ?	89
Quizz C'est bon pour la santé (ou ce n'est pas très bon ?)	99
J'ai l'impression que je ne suis pas sur la bonne route...	126
Plateau des Clés de FORT LAVIE*	163
Principes et règles des Clés de FORT LAVIE*	164
Cartes des Clés de FORT LAVIE*	167
Nouveau plateau de la CARTE DES TRESORS*	174
Nouvelles cartes de la CARTES DES TRESORS*	175
Quelques panneaux pour dérivés de la PISTE DES ETOILES*	176



LES CLÉS DE FORT LAVIE

POUR 6 JOUEURS !

PROPOSÉ EN FIN
DE CYCLE



Ouvrir chacune des portes avec la bonne clé...
et ouvrir toutes les portes de Fort LAVIE.
Eviter les pièges de la vie et les cul-de-sac dans lesquels
on s'enferme parfois.
Sortir de ces impasses en fournissant un effort adapté...
... SANS JAMAIS REVENIR SUR SES PAS !

Matériel (planches visibles en annexes) :

- 30 cartes Blanches correspondant à cinq clés différentes avec leur message.
- 36 cartes Bleues pour avancer d'autant de pas que la carte en comporte.
- 10 cartes Vertes qui vont permettre d'éviter de tomber dans les chausse-trappes disséminés sur le parcours.
- 11 cartes Jaune-Orange qui représentent les moyens de se relever et de sortir d'un piège ou d'une impasse.
- 10 cartes Grises pour savoir dans quel mauvais pas
- 6 lampe-tempêtes
- 1 plateau de jeu

Estimation d'impression du coût du plateau de jeux (en fonction dimensions)

- bâche : entre 40 et 60 €
- carton : entre 30 et 50 €

Pour recevoir les fichiers HD du plateau de jeu, des cartes et des lampes tempête :
jeanluc.mochet@9business.fr

Présentation du jeu

Dans Fort LAVIE derrière chaque porte se trouve un trésor pour apprendre à garder la pêche...

A toi de les ouvrir avec la bonne clé, tu parviendras ainsi sur le chemin de ronde plein d'énergie et de vitalité, en ayant déjoué ou surmonté tous les pièges cachés, les épreuves inattendues, les embûches imprévisibles, et autres chausse-trappes semées çà et là par nos deux affreux compères que sont Celtan QUIPACE, et Movékou DUSSORT, ou la vilaine mégère Dezhabi TUDE qui nous accompagne.

Attention ! Une seule règle absolue : dans Fort LAVIE, si chacun avance à son pas, jamais personne ne revient en arrière. C'est ainsi depuis la nuit des temps.

Avant de partir choisis la couleur de ta lampe-tempête, tu risques d'en avoir besoin.

Tu es prêt ? Alors c'est parti pour l'aventure, six explorateurs peuvent de présenter au guichet de Fort LAVIE.

Il y a des cartes BLANCHES : ce sont les clés de Fort LAVIE, elles vont te permettre d'ouvrir chacune des portes. Effeuillons ensemble ces belles marguerites, chacun des pétales enlevé te révèle un secret pour la vie en te disant ce qu'elles aiment : « Bronzer, un peu », « Bouger, beaucoup », « Les légumes passionnément », « Les fruits à la folie », et « Fumer, pas du tout ! ». Le nombre de leurs pétales restant indique le numéro de la porte qu'elles ouvrent.

Il y a des cartes BLEUES : Elles vont de faire avancer d'un certain nombre de pas selon ce qui est inscrit sur la carte. Elles peuvent de permettre d'avancer de Un, Deux, Trois, Cinq, Sept ou Dix pas. Tu les poses au fur et à mesure, ainsi tu peux choisir le chemin où tu veux aller. Attention dans Fort LAVIE on ne recule jamais ! Si une porte se dresse sur ton chemin, il faut que tu puisses l'ouvrir avec la bonne clé pour la franchir et continuer d'avancer ; sinon tu dois t'engager sur un chemin détourné.

Il y a des cartes VERTES : Elles représentent une attitude qui te permet d'essayer d'éviter les pièges que le chemin te tend. Ce sont comme des laissez-passer qui vont t'éviter de tomber dans les chausse-trappes préparés par Movékou DUSSORT, Celtan QUIPACE ou Dezhabi TUDE, et de continuer ton chemin dans les dédales de Fort LAVIE. Si tu rencontres un piège et que tu n'as pas de carte verte, tu vas tomber dedans, et il te faudra faire un effort pour t'en sortir.

Ce sont les cartes GRISES qui déterminent les pièges dont tu vas avoir à te sortir, l'épreuve que tu dois surmonter en quelque sorte. Elles sont tristes ces cartes là, mais à chacune existe une ou plusieurs parades, un moyen de rétablir la situation et de se retrouver de nouveau à avancer d'un bon pas à la découverte de Fort LAVIE et de ses trésors cachés derrière chaque porte.

Il ya des cartes JAUNE-ORANGE pour cela : Elles représentent chacune une attitude bénéfique pour la santé que l'on peut adopter pour se sortir d'un mauvais pas comme arrêter de fumer, faire du sport, manger des fruits et des légumes à chaque repas, ou aller consulter son médecin si on a un petit problème qui persiste... Il y en a de toute sorte, pour beaucoup de situations périlleuses ; et l'on peut les mettre en œuvre chaque fois que les dédales de Fort LAVIE nous ont conduits dans un cul-de-sac, une impasse, ou dans une situation dangereuse pour notre santé.

Comment va-t-on jouer ? Pour cela il faut que tu tries les cartes grises et que tu les poses face cachée dans le fond du cachot de Fort LAVIE. Tu mélanges les autres, tu en distribues SIX à chacun, et tu poses le reste face cachée sur la réserve de cailloux qui construisent Fort LAVIE. Ce sera notre pioche.

C'est le plus âgé qui rentre le premier dans Fort LAVIE : Il pose devant lui les cartes bleues qui lui permettent d'avancer vers la première porte ; mais attention il y a déjà des pièges sur le parcours ! Pour les déjouer et continuer d'avancer du nombre de pas prévu, il faut pouvoir poser une carte verte, donc l'avoir dans son jeu. Faute de carte verte tu tombes dans le piège, et là tu tires une carte grise pour savoir dans quel mauvais pas tu t'es fourré. Pour t'en sortir tu vas devoir trouver une carte Jaune-orangé qui redresse la situation. Chacun pose sa lampe à l'endroit où il est parvenu, et pioche autant de cartes qu'il lui manque dans son jeu. Les cartes bleues sont remises sous la pioche, les cartes grises restent découvertes tant qu'une carte Jaune adaptée n'est pas venue la cacher, puis elles sont remises sous leur tas de pioche, alors que les cartes vertes, comme les blanches, sont conservées devant soi. C'est ensuite à son voisin de jouer en posant à son tour les cartes bleues devant lui pour tenter d'atteindre aussi vite que possible, et sans embûche, la première porte dont il a la clé (S'il en a une...).

Le but du jeu est de parvenir aussi rapidement que possible à ouvrir chacune des portes de Fort LAVIE et se retrouver en pleine forme au sommet du donjon pour y admirer le paysage et regarder le chemin accompli, le sac rempli des trésors que j'aime... pour la vie.

Bonne chasse aux trésors !



LES CLÉS DE FORT LAVIE

LES RÈGLES DU JEU ET ELEMENTS CONSTITUTIFS

Le principe :

Aller chercher les cinq clés, qui permettent d'ouvrir toutes les portes de Fort-la-vie, en franchissant les obstacles et les embûches, et en ne faisant jamais demi-tour.

Comment jouer ?

On choisit une lampe tempête par joueur. On pose les lampes sur le départ.

On pose toutes les cartes grises (=10) sur le cachot.

On distribue 6 cartes par joueur, on les pose visibles, rangées devant soi.

On pose les cartes restantes sur la pioche.

Le premier qui joue est le plus âgé, on tourne ensuite dans le sens des aiguilles d'une montre.

Le joueur avance son pion en rejetant le nombre de cartes qu'il souhaite : des pas (autant qu'il veut) qui correspondent aux points du chemin, des cartes vertes préventives éventuellement, des cartes orange si besoin.

Il avance sur le chemin qu'il a choisi, en fonction des cartes dont il dispose, et des embûches et pièges qu'il va rencontrer :

S'il arrive sur un piège, il peut soit :

- aller sur le piège et s'arrêter, dans ce cas il tire une carte grise du cachot. Pour sortir du piège il doit proposer une carte orange qui correspond à la nature du piège auquel il a eu affaire . (par exemple : s'il a tiré « plus j'en vois , plus j'en bois » il peut proposer « molo sur l'apéro ». et il sort du piège et termine ses pas. Il repose alors la carte grise au cachot et l'orange dans la pioche.
- Poser une carte verte préventive (n'importe laquelle) et poursuivre son chemin après l'avoir posée devant soi, par exemple sous le rebord du jeu.

S'il arrive sur une embûche, symbolisée par un **point orange**, il ne passe qu'après avoir déposé une carte orange, n'importe laquelle.

S'il arrive près d'un château, il doit fournir la clé qui correspond à ce château pour continuer son chemin. Il traverse alors le château après avoir déposé devant lui la clé utilisée, au même endroit que les cartes vertes déjà déposées.

A la fin de son tour il peut se séparer des cartes qui ne l'intéresse pas, échanger avec un voisin une carte ou plus, et reprendre des cartes dans la pioche pour avoir de nouveau en mains 6 cartes disponibles pour le tour suivant.

Le gagnant est celui qui est revenu au point de départ, ou celui qui a le plus de clés à l'arrêt du jeu, et en cas d'ex-aequo le plus de cartes vertes déposées.

Le but est de faire lire un maximum de devises permettant d'être « fort dans la vie » et en bonne santé



PS : Penser à mélanger la pioche au moment où on retourne le talon, pour éviter la monotonie du jeu...





LE RALLYE DE FORT LAVIE

Sur la base du jeu «Les clés de Fort LAVIE : un rallye au cours duquel il faudra découvrir cinq clés permettant d'accéder à l'épreuve proposée derrière chaque porte.

Chaque «Porte» constitue une étape du Rallye et «l'épreuve» est un jeu tiré des jeux du *Bagage* de BONNESANTE*

Donc cinq étapes, cinq équipes participantes, cinq groupes de «commissaires», cinq circuits différents et un jury à l'arrivée.

Chaque équipe est dépositaire de l'ensemble des points récoltés par toutes les équipes de son territoire au cours du tournoi. C'est donc un «capital» qui va permettre à l'équipe de miser et d'avancer plus ou moins vite sur les parcours de liaison. Ainsi à la fin de la finale c'est bien un «pays» qui sera proclamé vainqueur à travers l'équipe qui le représente.

Chaque étape est sous la férule d'une agence territoriale de la MSA. Un animateur fera le lien entre les étapes, entre les équipes, et assurera la présentation de la cérémonie de remise des prix.



LE FIL ROUGE <<RALLYE DE FORT LAVIE>>

Chaque équipe part d'un lieu étape différent, et son responsable reçoit une enveloppe contenant les instructions à suivre pour découvrir au fur et à mesure les étapes suivantes. Chaque épreuve est soumise à la découverte d'une clé ouvrant accès au trésor de l'étape et donc permettre de récolter des points pour l'équipe (symbolisés par des pétales ou des marguerites) en participant au jeu.

Chaque équipe doit donc trouver cinq clés (un peu, beaucoup, passionnément, à la folie et pas du tout), et résoudre une énigme à chaque étape pour savoir où est cachée la clé suivante.

Chaque énigme est constituée de quatre indices, le dernier donnant le lieu où se rendre pour chercher, mais pas la cachette de la clé dans ce lieu. La production de la clé de l'étape est indispensable pour faire le jeu de l'étape. C'est le Maître des jeux (arbitre) de chaque étape qui autorise l'accès à l'animation au vu de la production de la clé de l'étape.

Les points apportés pourront servir de monnaie d'échange pour dévoiler les indices et même pour trouver les réponses aux énigmes en cas de besoin. Les points «dépensés» seront donc soustraits au total final de ladite équipe avant comptabilisation des résultats. La découverte de l'énigme permet d'obtenir la clé de l'étape suivante et rapporte... (exemple : 1 point pour ouvrir la première enveloppe, deux points pour la deuxième, trois pour la troisième et quatre pour «acheter» la réponse, soit 10 points dépensés au maximum par étape)... On peut imaginer que le commissaire de l'étape vérifie le nombre d'enveloppes décachetées et ainsi détermine le bonus et le malus de l'équipe pour cette étape de liaison. (bonus : 5 points si énigme résolue à la première enveloppe ouverte (donc + 4), 3 points à la deuxième (donc zéro point à ajouter), 1 point avec l'ouverture de trois enveloppes (soit -5) et aucun si la quatrième a du être ouverte (et ainsi un maximum de -10)

Imaginer sur le parcours des «chasse-trappes» selon l'itinéraire choisi. Ce qui suppose un plan du centre-ville avec des indications sur les lieux remarquables (parmi lesquels nos lieux d'étapes) et sur les dangers encourus... le chemin le plus court pourrait être le plus dangereux par exemple !



PRÉSENTATION DU JEU

Il faut donc créer les cinq parcours et les cinq pochettes contenant les quatre enveloppes de chaque étape, à remettre au responsable (adulte) de l'équipe.

Matériel requis :

- Un plan par équipe
- 20 enveloppes
- Une pochette Kraft avec une pastille de couleur
- Un « passeport » de comptabilisation des points
- Une feuille de route avec les embûches rencontrées
- Un crayon, du papier
- Le montant du « Capital-points » est inscrit sur chacune des enveloppes

Règle du jeu :

Découvrir le lieu où est cachée la clé qui donne accès à l'animation.
Déjouer les pièges du parcours.
Conserver un maximum du capital points confié par le territoire que l'on représente.

Schéma d'organisation possible des parcours :

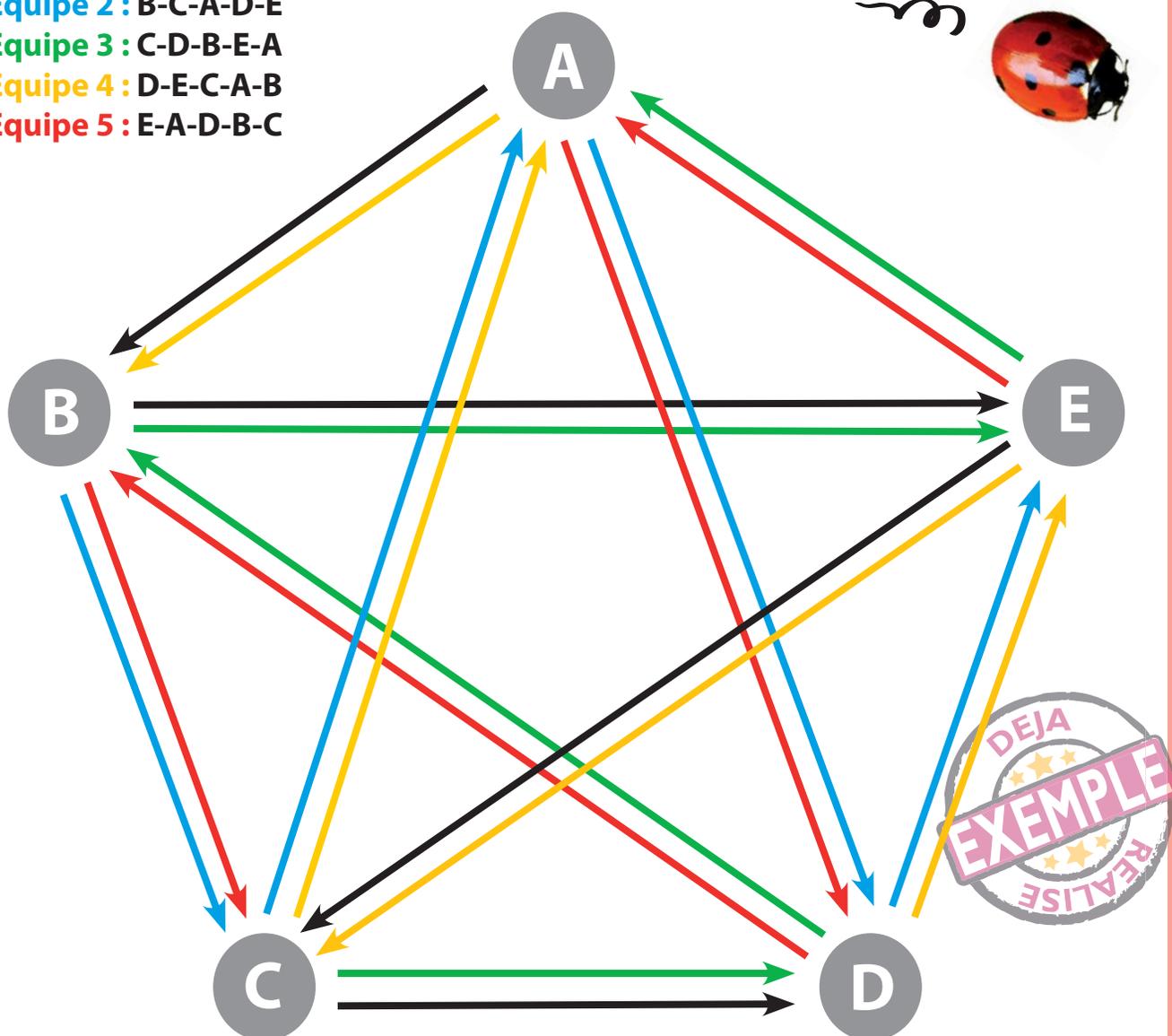
Equipe 1 : A-B-E-C-D

Equipe 2 : B-C-A-D-E

Equipe 3 : C-D-B-E-A

Equipe 4 : D-E-C-A-B

Equipe 5 : E-A-D-B-C



Une couleur est attribuée à chaque équipe, ce sont les cinq couleurs olympiques... On peut imaginer de les réunir au lieu de la remise des résultats





LE RALLYE DE FORT LAVIE

Imaginez une course d'orientation en plein air qui vise à chercher les clés de fort LAVIE...

Selon le site sur lequel on se trouve les « questions d'orientation » seront orientées sur la découverte du patrimoine et de l'histoire, sur la recherche de la flore et /ou de la faune, voire sur tout autre sujet qui « colle » aux lieux où va se dérouler la course. Comme par exemple lors de la finale du tournoi départemental du *Bagage de BONNESANTE** qui s'est déroulée à JONZAC en mars 2011.

On fixe CINQ étapes à la course puisqu'il y a 5 clés dans Fort LAVIE, correspondant chacune à un message de Marguerite : « Pour la vie, j'aime... » :

- Bronzer... UN PEU ! (*la clé n'a qu'un pétale*)
- Bouger ... BEAUCOUP ! (*la clé aura alors deux pétales*)
- Les légumes... PASSIONNEMENT ! (*pour une clé à trois pétales*)
- Les fruits ... A LA FOLIE ! (*et là c'est quatre pétales à la clé*)
- Et fumer... PAS DU TOUT ! » (*pour une clé de cinq pétales*)



Et bien entendu la remise de la clé est conditionnée à la fois par sa découverte « physique » sur le lieu de l'étape, et par la validation du message correspondant de Marguerite (Ou le refrain complet de sa comptine, ce qui le fait redire une fois de plus en entier par l'équipe).

Pour optimiser l'organisation, le plus facile est de disposer de une à cinq équipes auxquelles est attribuée une couleur chacune. Par exemple : bleu – vert- jaune – rouge – marron, pour rappeler le visuel du jeu de plateau « Marguerite & Etireugram* ». Un exemple d'organisation des parcours de chaque équipe vous est proposé, c'est celle mise en place pour la finale du tournoi du Bagage organisé par la MSA des Charentes à Jonzac. (cf. Figure ...)

Et à chaque étape on pourra mettre en œuvre un jeu dérivé des jeux de plateau du *Bagage de BONNESANTE**. Le titre de l'étape peut même être le titre du jeu en question...

Là vous avez le choix dans ce tome 2 du guide de l'animateur.

Chaque étape donnant lieu à une à un « défi » pour l'équipe à remplir le plus vite possible et le plus complètement possible par les équipiers, pourra faire l'objet d'une fiche synthétique sur le modèle que nous avons retenu lors de la finale départementale de mars 2011. Vous les trouverez reproduites ci-après.

Et maintenant, à vous de jouer ! Partez dans cette course en toute liberté, adaptez les jeux pour les rendre accessibles à vos participants, adaptez votre parcours aux ressources dont vous disposez ...

Et amusez-vous bien tout en répétant à chaque étape la comptine de Marguerite.



TOTEM PRÉVENTION

Cinq panneaux indicateurs de directions :

- Tabac
- Alcool
- Soleil
- Obésité
- Substances cancérigènes

Au pied de chacune un bac récupérateur à deux compartiments :

- Prévention
- Risques

Une malle aux trésors regroupant divers objets, images, ou brochures ayant trait aux différents sujets mentionnés sur les panneaux de direction.

LE PRINCIPE :

• Vider la malle de son contenu en replaçant les objets dans la case prévention ou la case risques du thème auxquels ils se rapportent : « à ton avis : à quelle direction cet objet, ce document se rapporte-t-il? Et tu le ranges plutôt dans les objets qui te permettent de te protéger, ou parmi ceux qui te feraient courir un risque ? »

LISTE D'OBJETS (non exhaustive) pour remplir la malle :

- **Alcool** : canettes ou pack de boissons (vides) alcoolisées et non alcoolisées (les mix aussi ++++), publicités, brochures de prévention sur les accidents de la route ou domestiques, alcootest, affiches « SAM », étiquettes de vins et spiritueux, bouchons divers, capsules de bouteilles, pictogrammes d'avertissement des boîtes de médicaments, cartes "boissons" de la "Carte des Trésors*" ; etc. ...
- **Tabac** : paquets de cigarettes, briquet, pipe, narguilé, patches nicotine, images des cartes du jeu " Les clés de Fort LAVIE*", chewing-gum, plaquettes d'un centre de tabacologie, affiches de campagnes de prévention, brochures de la LIGUE contre le cancer, panneaux "interdiction de fumer", article sur la loi Evin, Code Européen contre le Cancer, etc. ...
- **Obésité** : sucreries, boissons diverses, photos de pâtisseries, de viennoiseries, aliments factices du SELF, vignettes des cartes de la "Cartes des trésors*", brochures de salles de sports, de piscine, balles et ballons, chaussure de sport, raquettes, programme télé, photos de hamburger, panier de fruits et légumes, affiches des campagnes PNNS, brochures de l'INPES, médaille sportive, brevet sportif, balance, chronomètre, mètre ruban, etc. ...
- **Soleil** : lunettes de soleil, casquettes et chapeaux, tee-shirt, brochures et recommandations LIGUE et INPES, tube de crème solaire, images des cartes de "Sur la Piste des étoiles*", photos de grains de beauté, photos de coups de soleil, photos d'une plaque de dermatologue ou d'un service de dermatologie, photo ou publicité pour des cabines de bronzage, photos de plages l'été, parasol, photo d'appareil de luminothérapie, etc. ...
- **Substances cancérigènes** : pictogrammes français, articles sur l'amiante, sur les "pesticides", sur les peintures au plomb, sur les risques environnementaux... photos d'appareils de radiothérapie, photos de Pierre et Marie Curie, masques de protection, gants de travail, photos de pollutions diverses, étiquettes faisant mention de l'absence de Bisphénol A, etc. ...

EXEMPLES DE REALISATIONS :

FLIP 2010

Finale 2011 du tournoi départemental du *Bacaze de BONNESANTE**

Participation à la semaine des ACCESSIFS 2011

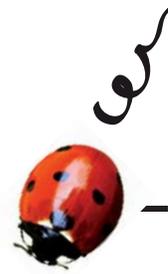
Schéma de montage de la malle aux trésors des ACCESIFS 2011





LE RALLYE DE FORT LAVIE

ETAPE A



La Clé de Fort LAVIE : **UN PEU, soit une clé à 1 pétale**

Lieu Intérieur ou extérieur

Arbitre Le Maître des lieux

Jeu originel Le Puzzle

Nombre d'animateurs Un à chaque poteau indicateur

Adaptation Pour partir d'un bon pied sur les chemins de la vie

Règle du jeu Cinq directions à essayer de ne pas suivre ou à emprunter avec précautions sont matérialisées sur la place. Cinqante indices (25 et 25) correspondant soit à des choix de protection vis-à-vis de ces modes de vie délétères, soit à des comportements à risque, sont disséminés sur cet espace. A vous de les retrouver et de les rapporter au pied du poteau indicateur correspondant, et dans l'urne adéquate.

Nombre de joueurs 25

Durée de jeu Limitée à 15 minutes

Schéma de mise en place

Installation

- Nombre de personnes : 3-5
- Temps requis : 10 à 15 minutes
- Durée des explications : 3 minutes
- Vérifications nécessaires : Bien replacer les indices et vérifier que ceux qui n'ont pas été trouvés sont encore en place
- Les urnes doivent être vides au début de chaque épreuve

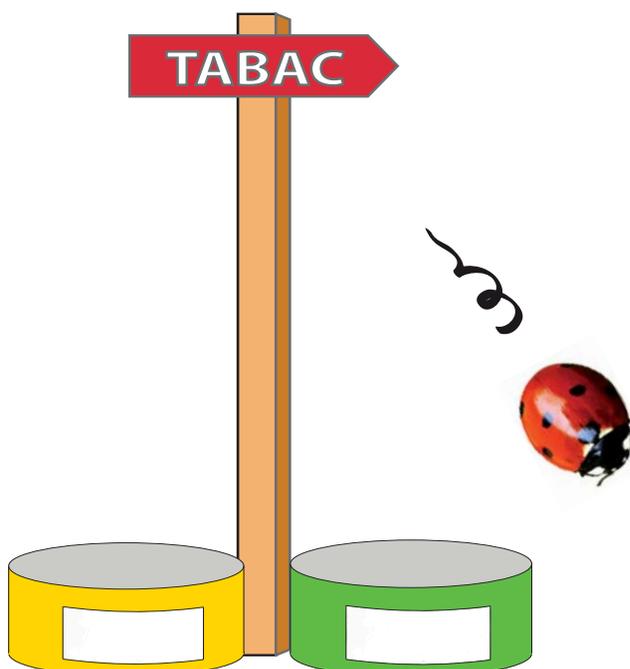
Un poteau «Type»
Une urne «Attention» et une urne «Incitation» (panneaux code de la piste)

Matériel requis

- Cinq «poteaux indicateurs»
- Cinq urnes «choix précautions»
- Cinq urnes «choix dangereux»
- Une cloche ou une sirène
- Cinqantes indices : objets ? marque-pages ? photographies ?.. à créer)

Décompte des points

- Maximum attribuable : 50
- 1 point par indice correctement placé



LES PICTO. DU PUZZLE

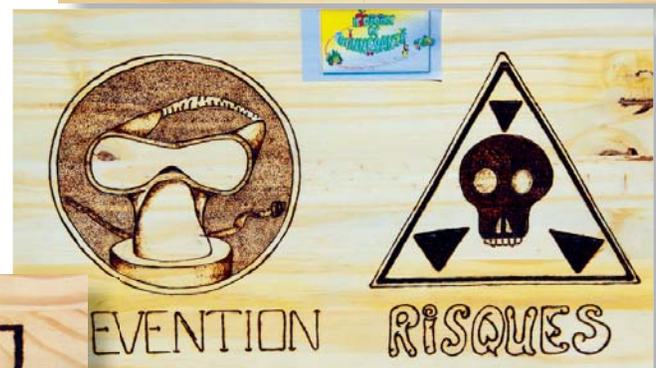
PRINCIPE :

Imaginer des pictogrammes représentant des moyens de prévention des risques liés à chaque direction des poteaux indicateurs du Puzzle.

A l'inverse imaginer des panneaux de danger avertissant des risques de tel ou tel comportement.

EXEMPLES :

- Les pictogrammes utilisés pour caractériser les sports olympiques ...
- Symboliser lunettes de soleil, casquettes et tout moyen de protection solaire ...
- Symboliser les attributs du tabac, les barrer pour signifier leur refus ...
- Chercher les pictogrammes français, européens, autres pour les produits "dangereux" ...
- Retrouver les panneaux indicateurs de règles de sécurité... comme "port du casque obligatoire" en imaginer d'autres ...
- Imaginer des enseignes de magasins d'alimentation, ou d'étals de marché ...
- Reprendre les textes des directions du Puzzle et en illustrer le plus grand nombre possible ...



LES LOTOS DU JEU DE LOIS*



SYNOPSIS DE LA MISE EN PLACE DU LOTO *Bazage de BONNESANTE** DANS UN LOGEMENT FOYER.

L'objectif de ce jeu « intergénérationnel de prévention est d'échanger sur la thématique « bien grandir / bien vieillir » en bonne santé.

L'expérience a eu lieu au logement foyer Edith Augustin avec les résidents du foyer et deux classes d'enfants scolarisés en CE2/CM1 à l'école Jean Mermoz. Il a semblé judicieux d'intégrer cette expérience de loto prévention dans un projet plus global de prévention.

Le projet s'est décliné de la façon suivante:

- 1- Sensibilisation auprès des participants
- 2- Enquête de comportements (avant)
- 3- Rencontres = temps de jeu
- 4- Bilan = temps de discussions et réflexions
- 5- Mise en place d'actions complémentaires (goûters, sorties, ateliers sensibilisation...)
- 6- Enquête de comportements (après)



1- Sensibilisation auprès des participants (durée : 15 jours/3 semaines)

- Appropriation du jeu par l'animateur principal (12 octobre 2011)
- Présentation du projet aux institutrices d'une école de quartier lors d'une première réunion (18 octobre 2011)
- Elaboration du questionnaire d'enquête de comportements enfants / PA, et validation de celui-ci.
- Réunion de coordination entre l'animateur du foyer et les institutrices impliqués dans le projet (7 novembre 2011)
- Préparation à la rencontre de façon autonome à l'école par les institutrices et au logement foyer par la Directrice/Animatrice (9 novembre 2011) :
 - Apprendre à regarder une image
 - Apprendre à décrypter le message d'une image
 - Identifier les grandes thématiques de messages
 - S'approprier un vocabulaire spécifique

2- Enquête de comportements (avant) (durée : 1 semaine du 7/11 au 11/11/2011)

Distribution des questionnaires aux participants avant les premières séances de préparation.
Réception des questionnaires remplis

3- Rencontres = temps de jeu (durée : 1 heure de préparation – 1h30 de jeu)

Les 14 novembre 2011 et 21 novembre 2011

Besoins matériels :

- 7 boîtes étiquetées des 7 grands thèmes de prévention
- Un tableau paperboard
- Un feutre
- Des jetons
- Des grilles de loto
- Des images



Préparation de la salle

Une table comportait 2/3 enfants pour 1 PA, avec 1 grille de loto

Le jeu

- Mot de bienvenue
- Explications des règles du jeu – Qui est le gagnant ?
- Début du jeu : On choisit au hasard une image, en citant le numéro.
- Qui a ce numéro ?
- Présentation de l'image aux autres tables
- Donner un jeton pour cacher le numéro sorti
- Questionnements de la table gagnante ?
- Rangement de l'image dans la bonne boîte thématique par la table gagnante
- Et présentation d'une autre image....ainsi de suite, jusqu'à l'obtention d'une grille gagnante (tous les numéros sortis)
- Bilan des images sorties et discussions entre participants et animateurs
- Goûter convivial diététique



4- Bilan = temps de discussions et réflexions – entre 2 et 4 après midis – Les 19 et 31 janvier 2011

- Echanges entre participants et non participants pour élaborer des fiches techniques de prévention
- Rédaction des fiches techniques par les PA et AS de la résidence
- Illustration des fiches techniques par les enfants



5- Bilan de Mise en place d'actions complémentaires (goûters, sorties, ateliers sensibilisation...)

- Visite de la cuisine centrale (courant janvier)
- Rencontre avec la diététicienne (courant janvier)
- Exposition « prévention BBS » à la résidence et à l'école. (mai /juin)
- P'tit déj avec les enfants de l'école (mois de mai /juin)
- Sortie intergénérationnelle (mois de mai /juin)



6- Enquête de comportements (à réaliser)



FICHE TECHNIQUE DE L'ANIMATEUR

Lieu

Foyer-logement Edith Augustin. Une salle avec des tables rondes si-possible et des chaises (autant de tables que d'équipes de trois ou quatre joueurs)

Participants

Une dizaine de personnes âgées.
20-25 enfants de l'école Jean Mermoz (classes de CE2-CM1)

Durée du jeu

1 h 30

Matériel

7 boîtes étiquetées avec les 7 grands thèmes de prévention
Un tableau blanc
Un feutre
Des jetons
Les grilles de loto
Les images

Installation

Durée : 1 heure
A chaque table : 1 ou 2 personnes âgées avec 2 ou 3 enfants

But du jeu

Obtenir une grille complète en ayant coché toutes les images de sa carte

Réalisation du jeu

On choisit au hasard une image, en citant le numéro
Qui a ce numéro ?
Présentation de l'image aux autres tables
Donner un jeton pour cacher l'image sortie
Questionnement de la table gagnante et des participants : quel message porte cette image ?
Rangement de l'image dans la bonne boîte thématique par la table gagnante.

Présentation d'une autre image et ainsi de suite jusqu'à l'obtention d'une grille gagnante (toutes les images sorties cochées)
Bilan des images sorties et discussion

Animations possibles avant et après le jeu

Sensibilisation des enfants par les institutrices sur l'alimentation, l'activité physique...
Elaboration d'un questionnaire d'enquête de comportements pour les enfants et les personnes âgées, à remplir avant et après le jeu (à 6 mois)
Goûter intergénérationnel diététique à la suite du loto
Echanges avec les personnes âgées à la suite du jeu sur la prévention et les messages à retenir
Elaboration de fiches de prévention pour les prochains jeux
Visite de la cuisine centrale pour les résidents du foyer-logement
Rencontre avec la diététicienne de la cuisine pour les personnes âgées
Petit-déjeuner diététique à l'école avec les enfants et les personnes âgées
Sortie intergénérationnelle...





LE RALLYE DE FORT LAVIE

ETAPE B



La Clé de Fort LAVIE : **BEAUCOUP, soit une clé à 2 pétales**

Lieu Intérieur ou grande salle

Arbitre Oui

Jeu original Le jeu de «Lois» pour une bonne santé

Nombre d'animateurs Deux

Adaptation La Malle aux trésors

Nombre de joueurs 18 ou tous

Durée de jeu Limitée à 10 minutes

Installation

- Nombre de personnes : 2
- Temps requis : 15 minutes
- Durée des explications : 3 minutes
- Vérifications nécessaires : Remise en place entre chaque équipe
- Relecture : Que reste-t-il dans la malle ?

Règle du jeu A l'appel d'un numéro, le premier joueur au départ va voir la case du jeu de «LOIS» qui correspond au N° annoncé et court chercher dans la malle le ou les objets qui sont en rapport avec la case. Il le(s) rapporte devant la case et revient au départ (au fond de la colonne)... On appelle alors un autre numéro... Ainsi de suite. On peut appeler deux numéros ensemble. On peut rappeler un numéro déjà sur le jeu. Le but est de rapporter le maximum d'objets correspondants dans le temps imparti.

Case 48 : retour du joueur au départ.
Case 60 : le joueur y reste jusqu'à ce qu'un des joueurs suivants vienne le tirer de là sans passer par la malle

Matériel requis

- Un sablier
- Une malle
- De très nombreux objets, photos, accessoires...
- 63 cases du jeu de «LOIS» en papier plastifié A4
- Une urne pour tirer les numéros au sort ou un boulier de loto
- Un fanion de départ ou un cône ou les deux...
- Une table d'arbitrage avec une règle du jeu de la mallette

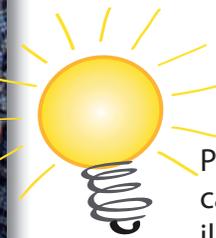
Décompte des points

- Maximum attribuable : selon le nombre d'objets (ex. : 3 objets par case = 54 points)
- 1 point par objet correctement positionné

Schéma de mise en place Une image de chaque case du jeu de «LOIS» fixée verticalement sur les contremarches de plusieurs niveaux des gradins pour reconstituer un grand jeu, visible de loin et debout. La malle à proximité de la ligne de départ pour inciter à des allers-retours rapides.



LOTO



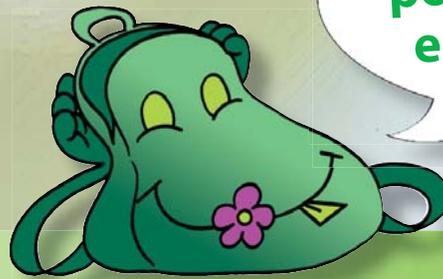
Pourquoi ne pas réaliser des cartes de loto avec les illustrations du jeu de lois ?



LA CARTE DES TRÉSORS

Pour 6 joueurs !

Et pourquoi pas en équipe ?



**NOUVEAU
PLATEAU !**



NOUVEAUX MESSAGES

Cartes nouvelles : produits laitiers et nectar de fruits (voir annexes)

Impression à partir de 40 € le m2 sur de la bâche ou 30 € le m2 sur un support carton



Le logo PNNS ne doit plus être apposé sur les plateaux de jeu ni sur les paniers récolte.

18

Pour recevoir les fichiers HD du nouveau plateau de jeu et des cartes modifiées :
jeanluc.mochet@9business.fr



LA MARCHANDE CHAMBOULTOU

Sur la base d'une carriole de marchande des quatre saisons, construire un chambole –tout avec deux faces :

- D'un côté on renverse des « boîtes de conserve » représentant les besoins journaliers selon les recommandations du PNNS : il suffit de disposer sur l'étagère des boîtes vertes « Fruits & Légumes », des boîtes marron « Céréales », des boîtes bleu-marine « Produits Laitiers », des boîtes rouges « Viande, Poissons, Œufs », des boîtes rose « Sucrieries », des boîtes Jaunes « Matières Grasses », des boîtes bleu-clair « EAU » (Ou des bouteilles d'eau minérale ...), des boîtes grises « Sel ajouté », et des boîtes violettes « Activité Physique »



Chaque équipe, ou chaque joueur, dispose de 20 (Vingt) balles et doit faire tomber 5 fruits et légumes, 4 céréales, 3 ou 4 produits laitiers (selon l'âge), 1 boîte rouge pour sa ration protéique, autant de boîtes bleu-clair (ou de bouteilles d'eau) qu'il veut (MAIS en aucun cas AUCUNE+++), au moins une boîte violette (et plus s'il le veut), 1 (et seulement une) boîte jaune, pas plus d'une boîte rose et éventuellement 1 boîte grise mais pas plus d'une.

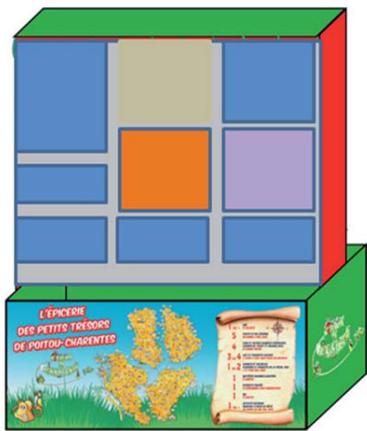
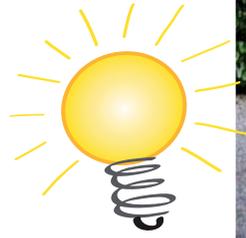
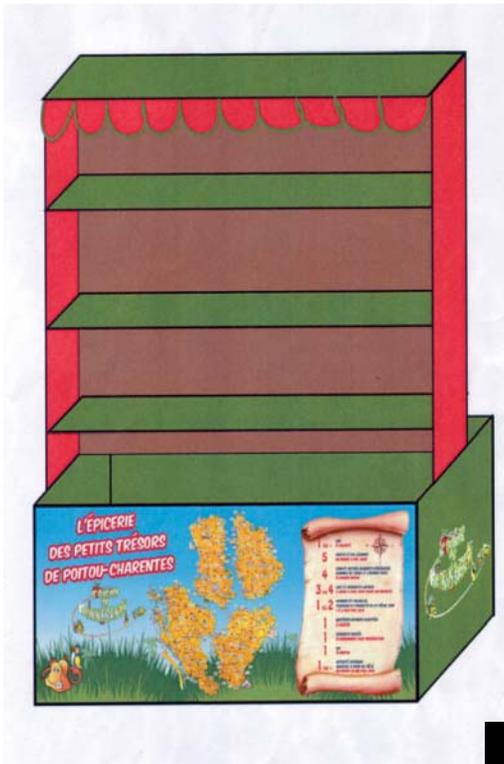
Et on regarde, une fois les vingt balles jetées, ce qui est tombé dans la carriole... Analyse et commentaires au regard des recommandations du PNNS, en groupe pour que chacun puisse apporter son avis sur la récolte. Selon le temps disponible et le nombre de participants l'animateur décide de combien de fois les balles sont jetées. Compter 3 minutes pour le jet si on joue en individuel et cinq si on joue par équipe avec des lancers tour à tour, et prévoir 10 minutes de discussion sur les boîtes tombées. Pour des séquences autour du quart d'heure.

- De l'autre côté le panneau de notre carriole de marchande comporte une zone verte avec des fruits et légumes représentés, une zone rouge avec des viandes, du poisson et des œufs, une zone marron et des illustrations de céréales et autres « pains », une zone bleue foncée pour y dessiner divers produits laitiers, une zone jaune avec des matières grasses, du sel sur une zone grise et toute une ribambelle de sucrieries et friandises dans une farandole à fond rose. Ne pas oublier de ménager un espace violet où on mettra des attributs de sport et activité physique. On peut envisager de mettre en bleu clair le fond entre les différentes zones avec des bouteilles d'eau ou une fontaine. Installer du tissu scratch dans chaque zone, et sur les espaces interzones.

Se munir d'une vingtaine de balles recouvertes de scratch, le but est simple, toujours selon les recommandations journalières du PNNS lancer autant de balles que recommandé dans chacune des zones... Discussions sur le résultat, mais aussi encouragements et conseils des autres participants pendant le jeu sur ce qu'il convient de viser selon ce qu'on a déjà atteint.

On propose là aussi le jeu individuel ou en équipe et on se ménage des séquences d'un quart d'heure.





Jeux	Concept	Décoration	Fabrication Matériel Format	Combien ?
L'épicerie des petits trésors de Poitou-Charentes (cf La Carte des Trésors)	Étalage d'épicerie Chamboulout 3 étagères Boîtes posées de différents formats	Étiquettes boîtes : imp. interne Habillages caisse (carte des trésors + rappel des recommandations x 2 / logos x 2) Titre Règles du jeu	150 x 200 Caisse du bas 160 x 60 Bois à peindre Éléments à imprimer et à coller Prévoir plastique autocollant transparent pour les boîtes	A partir de 120 euros
Une journée équilibrée (cf La carte des Trésors)	Verso de l'épicerie 20 balles à scratcher	Cf habillage épicerie pour la caisse Panneau 140 x 150 (éventuellement moins) à plastifier et à coller. Titre Règles du jeu	Planche 140 x 150 Scratch Balles Paniers pour les balles	 <i>Le fichier HD pour l'impression du transfert du logo sur la bâche est disponible sur demande</i>

20





LE RALLYE DE FORT LAVIE

ETAPE C



La Clé de Fort LAVIE : **PASSIONNEMENT, soit une clé à trois pétales**

Lieu Intérieur

Arbitre Diététicienne

Jeu originel La carte des Trésors

Nombre d'animateurs Un par équipe et un à la caisse

Adaptation Le self et le panier du chef

Règle du jeu Reconstituer les quatres repas d'une journée par équipe, chaque équipier a la charge d'un repas.
En caisse les aliments sont échangés contre des vignettes selon leur appartenance à telle ou telle classe alimentaire. Et les vignettes sont déposées sur un panier de la carte des trésors afin de vérifier si les recommandations du PNNS sur la journée ont bien été suivies par l'équipe

Nombre de joueurs 3 équipes de quatre et un «caissier»

Durée de jeu Limitée à 30 minutes

Installation

- Nombre de personnes : 3
- Temps requis : 10 à 15 minutes
- Durée des explications : comprises dans le temps limité, redites au fur et à mesure, pas plus de 3 minutes
- Vérifications nécessaires : Remise en place du «self» et décompte des vignettes

Décompte des points

- Maximum attribuable : 60
- 20 points par panier complet
- Soit un point par carte bien placée
- Le sport est un bonus
- -2 points si absence d'eau

Matériel requis

- Une «caisse monnayeuse»
- 3 paniers de la carte des trésors
- Tables longues
- Carriole BBS marchande des 4 saisons
- Distributeur Fiches PNNS
- Une pendule

Schéma de mise en place



SELF-CONTRÔLE*

PLATEAUX CHOISIS POUR UNE BONNE SANTÉ

Une alimentation équilibrée sur la journée tient compte de chacun des repas y compris la collation du goûter. Ainsi les choix du self vont être analysés à la lumière des autres plateaux de la journée.

OBJECTIF PEDAGOGIQUE : Faire prendre conscience de l'équilibre journalier de l'alimentation, et ainsi éveiller une éducation au choix. Un autre aspect est aussi de montrer ce qui peut se cacher derrière certains aliments courants, dans quelle catégorie ils se rangent.

LE BUT DU JEU : Remplir les recommandations journalières du PNNS, repas par repas et tous ensemble. Un jeu d'équipe où, en lieu et place de la caisse enregistreuse de fin de chaîne, chacun reçoit les vignettes « catégories d'aliment » correspondant au contenu de ses assiettes, selon les codes couleurs du PNNS. Une fois à table la relecture des quatre plateaux de l'équipe s'effectue autour des conseils diététiques en vérifiant si nous avons rempli notre panier journalier conformément aux recommandations du PNNS.

DEROULEMENT DU JEU : Une équipe est donc composée de quatre joueurs, chacun prend un plateau en début de chaîne et passe comme au self devant des aliments présentés sous forme de plats et selon les variétés habituelles du self ou de la cantine. Mais, particularité, chacun doit constituer un seul des quatre repas principaux de la journée : petit-déjeuner, déjeuner, goûter, et dîner. En fin de chaîne, au moment de « l'addition » la personne qui « tient la caisse » remet à chaque membre de l'équipe des vignettes selon ce que contiennent ses assiettes en termes de catégories d'aliments (fruits et légumes, céréales, produits laitiers, viandes poissons œufs, graisses ajoutées, produits sucrés, sel*, boissons). Une fois attablée, l'équipe rapporte repas par repas de la journée (plateau par plateau) les vignettes aux couleurs du code PNNS sur un grand set de table représentant le panier de la récolte journalière recommandée par le PNNS (avec le même code couleur et les nombres de portions recommandées). Cette relecture s'effectue sous le regard d'une diététicienne qui enrichit les débats de ses commentaires et de ses conseils selon la répartition des vignettes et le nombre de chacune pour chaque plateau, et commente pour l'ensemble de l'équipe l'ensemble de la journée.

Pour compléter le panier le tour de table discute de ses activités physiques quotidiennes, notre animateur ayant une réserve de vignettes mauves (activités physiques) afin de permettre de remplir les dernières cases de notre panier journalier. Un exemplaire du set de table est remis à chacun des membres de l'équipe. Chaque participant débarrasse ensuite sa table, rapporte plateaux, vignettes et aliments en bout de chaîne du self où les uns et les autres seront remis en circuit pour les suivants

TEMPS NECESSAIRE : Un quart d'heure de relecture par équipe, soit environ une heure et demie par classe.

NOMBRE D'ANIMATEURS : Au minimum un animateur à la caisse et un autre « en salle » : ce sera le « maître du jeu » à la table de relecture.

COMPETENCES SOUHAITEES :

Une diététicienne pour la relecture est un atout majeur dans l'animation.



Semaine
Fraîch' Attitude
Poitiers 2010



MATERIEL :

Pour une classe (six équipes) il vaut mieux prévoir deux animateurs « conseils » et autant de tables de quatre ou cinq places que d'équipes.

Dinette et aliments factices

Plateaux repas

Vignettes catégorielles aux couleurs du PNNS

Sets de table paniers récolte « Une journée selon les recommandations du PNNS », autant que de tablées nécessaires. Soit un par équipe.

Autant de reproduction du set de table que de participants, pour pouvoir en donner un à chacun

REALISATION : Une partie du matériel nécessaire et le décor (l'ambiance) existent déjà à la cantine. Mais un alignement de tables en enfilade fait tout aussi bien office de self, et quatre tables de travail mises face à face, deux à deux, peuvent convenir pour une tablée. Donc la réalisation en salle de classe est tout à fait envisageable.

Une relecture collective répétant les recommandations du PNNS est souhaitable, pour permettre de fixer ces recommandations et de les associer au document panier récapitulatif reçu.



VARIANTES :

Les aliments factices peuvent être remplacés par des photos ou dessins, des découpages, de plats cuisinés et d'aliments du commerce. Mais la manipulation et la réalité des aliments que nous utilisons entrent pour une grande part dans le succès et l'attrait de ce jeu. (Références sur demande)

On peut imaginer aussi faire partir toutes les équipes ensemble sur des files parallèles façon restauration rapide... Cela suppose autant de « caisses » que d'équipes et de pouvoir fournir les aliments demandés préalablement affichés sur une liste. Il conviendra alors que les vignettes catégorielles soient échangées à la tablée pour la relecture avec les conseils diététiques. Cela offre plus d'animation, permet le challenge si on a opté pour cette variante. Et avec suffisamment d'animateurs la formule est plus rapide. Autre avantage éventuel : les caisses peuvent être tenues par un cinquième joueur de l'équipe.

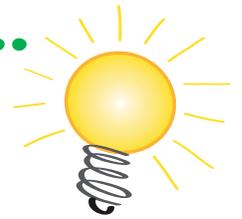
On peut aussi « passer commande virtuelle » : Chaque équipe constituée est à son poste, choisit les aliments de ses menus dans une liste photographique proposée, édite ses repas et vient en récupérer les composants à la caisse avec les plateaux repas de chaque équipier. Ainsi le caissier peut aussi être un joueur, et les vignettes sont échangées lors de la relecture.

On peut aussi imaginer des journées à thème : repas de fête d'anniversaire, barbecue entre amis, repas de tel ou tel pays (ce qui peut permettre de faire découvrir les cultures des petits copains). On peut encore mettre l'accent sur la saisonnalité, l'approvisionnement de proximité, etc..

ARTICULATION – SEQUENCE : Les repères de consommation du PNNS, selon l'âge, au cours de l'histoire, selon les cultures... etc... Les enjeux d'une alimentation équilibrée... Ici et dans le monde.



DE CI... DE LÀ... UNE GAMME D'EXPÉRIENCES ET DE VARIATIONS...



SUR LA COUR : TROIS PETITS TOURS...

Mesure des dimensions de la cour de l'école. Calcul ensemble de la distance que représente un tour complet.

Exercice physique je fais « x » tours ; et les petits copains de la classe en ont fait combien ?

Calcul de la distance totale que représentent les tours de l'ensemble du groupe.

Report sur la carte des trésors* (plateau) des distances réelles entre les différents points à partir d'où nous nous situons (Départ du lieu de l'école). Aujourd'hui nous irions jusqu'à ... et que pourrions-nous ainsi « récolter » sur notre trajet qui ne soit pas encore dans notre panier ? Ainsi de suite, chaque jour en repartant du point où l'on est arrivé la veille (ou le matin), jusqu'à ce que le panier collecteur soit effectivement rempli.

Insister en relecture sur la dépense énergétique, la nécessité de bien s'hydrater (car on avait soif en revenant de faire ses petits tours dans la cour)... et on a bien satisfait aux recommandations du PNNS « Manger et bouger » car nous avons, l'air de rien fait une demi-heure d'activité chaque jour !

(Variante proposée par une éducatrice médico-sportive du réseau Cardio-OBERLAI en Alsace)

LE RALLYE DE SAINTES

RECOMMANDATIONS

- Activités physiques
- Depistage
- Fruits et légumes
- Hépatite B
- Symptômes persistants
- Substances toxiques
- Alcool
- Tabac
- Graisses animales
- Soleil
- Déformations du corps

HISTORIQUE DES LIEUX

- Amphithéâtre** : Inauguré au milieu du I^{er} siècle après J.-C., il est le lieu de combat des gladiateurs. Les spectateurs assis sur les gradins étaient à Saintes, en plein soleil.
- Arc de Germanicus** : construit au I^{er} siècle sur la rive droite de la Charente, à l'entrée du pont. Il était la porte d'entrée de Mediolanum.
- Musée le Présidial** : construit au XVII^e siècle pour être la maison du président du tribunal. Il était la porte d'entrée de Mediolanum.
- Musée archéologique** : s'installe en 1931 dans les anciens abattoirs de la ville. Avec la salle du char et de la vie quotidienne au I^{er} siècle.
- Eglise St Vivien** : érigée au milieu du XIX^e siècle, elle est dotée de vitraux représentant des images religieuses ou tirées de la tradition.
- Eglise St Eutrope** : Saint Eutrope a évangélisé les Santons. Ses reliques sont conservées dans cette église romane et gothique.
- Abbaye-aux-Dames** : couvent bénédictin fondé au XI^e siècle : les architectures romane, gothique, classique du XVII^e siècle y sont représentées.
- Collège René-Caillet** : ancienne caserne de Brémont-d'Ars, il devient collège en 1954. On lui donne le nom de René Caillet (1799-1838), un voyageur français qui traversa le Sahara et le Maroc pour se rendre à Tombouctou au Mali et il fut le premier à en revenir. Il publia un récit sur son voyage.
- Rue Pasteur** : Louis Pasteur (1822-1895) savant français qui mit au point un moyen de se protéger de maladies infectieuses dont certaines qui peuvent provoquer le cancer.
- Ancien hôpital** : Il occupait cet emplacement depuis le XVII^e siècle et il s'est agrandi surtout au XX^e siècle. On y soignait, mais aussi on dépeçait certaines maladies pouvant entraîner des cancers.

REGLE DU JEU

UN RALLYE À TRAVERS NOTRE PATRIMOINE POUR DÉCOUVRIR DES RÉGLES D'HYGIÈNE ET DE DIÉTÉTIQUE

- Des recommandations de lutte contre le cancer
- Des recommandations de prévention ou de conseil.
- Un historique de chaque lieu patrimonial par où passera le rallye.
- Une liste de toutes les attitudes à avoir pour essayer de se protéger et qui sont en relation directe avec les lieux à visiter (et notées dans un rapport avec les lieux).
- Chaque lieu est à retrouver sur le plan de Saintes.

Règle :
On doit associer un lieu à une recommandation et à une ou plusieurs attitudes à l'aide des numéros des sites.

Dans le cadre de la semaine contre le cancer 2008, l'Atelier du Patrimoine de Saintonge, la Ligue contre le Cancer et L'AMOUILLE se sont associés pour réaliser ce rallye avec deux axes majeurs : la découverte du patrimoine architectural de Saintes et la prévention des risques de survenue d'un cancer.

panier

- Miombe
- Navets
- Lunettes de soleil
- Raisins
- Vaccin
- Toux
- Bouteilles
- Carafes
- Démangeaisons
- Poireaux
- Eau de vie
- Fumeurs
- Vernis
- Huile de tournesol
- Grains de beauté
- Avocats
- Poussières inhalées
- Citrons
- Chapeau

SAINTES, Ville d'art et d'histoire LA LIGUE CONTRE LE CANCER L'AMOUILLE

Sur la piste des étoiles

rallye-toi à la vie

© Atelier de l'Image de la Ville de Saintes - Photographie : J.-B. Forge - Dédain : C. Chouffler



"LES ACCESSIFS" À LA DÉCOUVERTE DE LA CARTE DES TRÉSORS

Historique et contexte :

Programme d'éducation pour la santé destiné aux enfants d'âge scolaire, porteurs ou non d'un handicap et développant le jeu comme outil d'apprentissage, de partage et de convivialité, le *Bagage de BONNESANTE** a le privilège d'arborer sur le jeu "La Carte des Trésors*" le logo "conforme au PNNS"
Partenaire du *Bagage de BONNESANTE** la MDPH de la Vienne participant à la semaine des ACCESSIFS a souhaité promouvoir une action originale en direction tout à la fois du public et de ses interlocuteurs habituels.

Partenaires de l'action :

MDPH 86, Conseil Général de la Vienne, Office du Tourisme de Poitiers.

Partenaires BBS :

Le *Bagage de BONNESANTE** est l'un des six lauréats nationaux 2008 d'Agir pour la Prévention : une initiative Sanofi-Aventis. Il compte à ce jour de nombreux partenaires associés à toutes les actions auxquelles le Bagage participe : Académie de Poitiers, DRDJSCS, GRSP, CRES-CODES 86 et les trois autres CODES, CRDP et ses antennes départementales, Conseil Régional, Conseils Généraux de Charente-Maritime et de la Vienne, Villes et/ou Communautés de Communes de La Rochelle, Poitiers, Châtellerauld, Parthenay, Comités départementaux de la ligue contre le cancer, Réseau régional de Cancérologie ONCO Poitou-Charentes, MDPH 86, Fédération Française de Cardiologie et Atout Coeur, Festival Ludique International de Parthenay, Lucide 17 et L'AMOQUETTE.

Objectifs :

Alerter de manière ludique le public sur la vie quotidienne citadine en situation de handicap. Faire prendre conscience à tous, handicapés et valides, de ses habitudes alimentaires journalières au regard des recommandations du PNNS

Déroulement de l'action:

Une chasse aux trésors par équipe, organisée dans le centre ville de Poitiers. Chaque équipe comporte au moins un équipier en situation de handicap (Moteur : fauteuil, ou visuel : bandeau) et doit suivre une feuille de route visant à reconstituer les quatre repas de la journée selon les recommandations du PNNS, en allant chez les commerçants selon leur spécialité. Une étape par repas avec pour "point de contrôle" entre chaque étape un monument du centre-ville tiré au sort parmi une dizaine, où a été caché le logo du *Bagage de BONNESANTE**. A chaque visite, commerçant ou monument, l'accessibilité est notée sur la feuille de route.

Evaluation des résultats :

Une trentaine d'équipes se sont égayées dans le centre ville, au nombre desquelles on a compté l'équipe de France de Tennis de Table sport adapté et de nombreuses équipes de structures accueillant des personnes en situation de handicap. Toutes les équipes "valides" ont relevé la difficulté de faire rouler un fauteuil dans un centre-ville historique pavé et au trottoirs de grande dimension.

Perpectives (Avenir):

Une nouvelle participation plus médiatisée sur l'action, avec évaluation chiffrée des résultats est envisagée pour 2011.

Enseignements tirés :

Le jeu offre une malléabilité d'utilisation, et une grande plasticité de mise en oeuvre permettant de s'adapter à de nombreuses situations. Malgré une attractivité "faible", la fréquentation et les commentaires attestent de la pertinence de la démarche et de l'efficacité de l'outil en termes de communication et de partage d'informations.





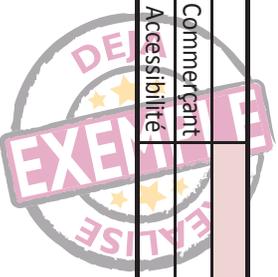
Rallye Accessifs Bagage de BONNESANTE* 19 Mai 2010



Equipe

Chaque équipe de deux concurrents au moins, dont un au moins en situation de handicap, va chez les commerçants participants (Logo BBS) composer les quatre repas et collations d'une journée et note les aliments "choisis" à l'emplacement prévu sur la feuille de route. Le parcours est jalonné de 4 visites patrimoniales (les 4 enveloppes). Pour chaque visite on note si OUI ou NON le lieu est accessible en condition de handicap. De retour à l'office du tourisme on regarde si les aliments composant les repas de la journée remplissent le panier de recommandations PNNS du Bagage de BONNESANTE*

Heure de départ	Aliments		Commerçant		Accessibilité		Commerçant		Accessibilité		Commerçant		Accessibilité		Commerçant		Accessibilité	
Petit déjeuner (Matin)	Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant	
	Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité	
Enveloppe N°1 Heure d'ouverture	Monument		Où est le Logo BBS?															
	Heure d'arrivée																	
Déjeuner (Midi)	Aliments																	
	Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant	
Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		
Enveloppe N°2 Heure d'ouverture	Monument		Où est le Logo BBS?															
	Heure d'arrivée																	
Collation (Gôûter 4 heures)	Aliments																	
	Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant	
Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		
Enveloppe N°3 Heure d'ouverture	Monument		Où est le Logo BBS?															
	Heure d'arrivée																	
Accessibilité																		
	Aliments																	
Repas du soir	Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant		Commerçant	
	Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité		Accessibilité	
Enveloppe N°4 Heure d'ouverture	Monument		Où est le Logo BBS?															
	Heure d'arrivée																	
Accessibilité																		
Heure de retour																		

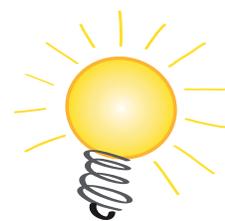


COURT CIRCUIT DES TRÉSORS

La carte des trésors* « classique en plateau » mais aujourd’hui on comptabilise les points affichés sur le dé à chaque jet... Cela va symboliser la dépense énergétique pour aller s’approvisionner. L’objectif est de souligner qu’il est possible de remplir son panier avec les ressources agro-alimentaires de proximité dans notre région d’une part et de sensibiliser aux circuits courts d’approvisionnement d’autre part. Plus on a de point à son « actif » pour remplir son panier, plus il « coûte cher » énergétiquement parlant.

Le complément naturel est alors la lecture des étiquettes au supermarché et l’attention portée à la provenance des produits nécessaires pour une alimentation variée.

Le corollaire en sera bien entendu la saisonnalité des produits, et la discussion sur les moyens d’avoir à sa table des tomates toute l’année ou du raisin en hiver et des oranges ... Mais aussi l’apprentissage, pour notre région, des saisonnalités animales qui existent aussi !



LA COURSE AUX TRÉSORS DU MARCHÉ LOCAL

Toujours sur la base des recommandations journalières du PNNS. La liste des courses c’est le panier collecteur de la Carte des Trésors*

Le groupe, ou chaque joueur, part au marché remplir son panier avec des produits des étals qui vont correspondre au nombre et à la variété des recommandations journalières du PNNS pour l’âge. Discussion autour des choix, de la constitution des rations de la journée, des prix, de la provenance des denrées alimentaires (Arrière pensée d’une sensibilisation aux circuits courts... et aux capacités d’approvisionnement local ou locorégional).

Retour à « la base » pour analyse du panier : Qu’est-ce qu’il contient ? Est-ce que les recommandations du PNNS vous paraissent être respectées ? Eventuellement que manque-t-il ? Et l’eau ? Et l’activité physique ?... Combien cela coûte-t-il ?

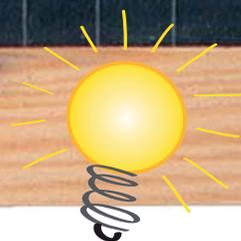
Extension possible : Si on cuisinait tout cela tous ensemble ? Education aux goûts, à la variété, découverte de saveurs nouvelles... Diversité et Convivialité.

Variante possible : La course aux trésors de la cantine (et / ou de la maison)

Un grand panier collecteur au mur du local. Qu’est-ce que nous avons mangé ce matin ? Hier soir ? Et à midi à la cantine ?... Sur la journée est-ce que nous remplissons les conditions de recommandations du PNNS ? Qu’est-ce qui nous manque ? Qu’avons-nous en trop ?... Et on peut recommencer ainsi tous les jours de la semaine afin de sensibiliser sur l’équilibre alimentaire au fil du temps et sur les « compensations » que l’on peut opérer selon les « petits écarts » que l’on s’est accordés. Et la course « réelle » du marché peut alors constituer l’étape finale, le point d’orgue étant le repas partagé...



- La marchande Chamboutout : une carriole rec-to-verso, des boules scratch de couleurs. Ne pas négliger les basiques boîtes de conserve avec les aliments type (et aux couleurs PNNS pour retrouver le panier collecteur)
- La course aux trésors du marché local : les cartes paniers collecteurs comme liste de courses
- Les relevés des repas de la cantine sur la semaine : un collecteur tableau avec des pochettes où sont mis les aliments de chaque jour suivant les codes couleurs PNNS (Nos paniers collecteurs en affiches Lundi, Mardi, Mercredi...)
- Le self du bagage : « SELF-CONTRÔLE : Des plateaux choisis selon les règles du PNNS ». Par équipes de quatre avec une diététicienne pour commenter les plateaux de toute la journée : les paniers, des plateaux repas type self, les vignettes couleurs PNNS à la caisse pour chaque aliment du plateau, la dinette (de Wesco* ou autre, ou découpée dans des magazines, voire des photos plastifiées d'aliments ...)
- Un « Memory » aliments où on regarderait à la fin ce qui est récolté et si cela correspond aux recommandations PNNS de la journée...
- Une modification de la règle du jeu prenant en compte les circuits courts : on compte le nombre de points du dé nécessaires pour récolter le produit recherché et ont fait le « Total énergétique »
- Les tours de la cour comptabilisant la distance collective parcourue et la reportant sur la carte pour savoir jusqu'où on va pouvoir aller faire notre marché et ce que l'on va y trouver...
- ...



LA ROUE DE BONNESANTE

Comme une roue de la fortune : Matériel

Un plateau reproduisant la Marguerite et ses couleurs.

Un support rotatif sur lequel on fixe la reproduction de Marguerite.

Une couronne de clous régulièrement répartis à la périphérie de la Marguerite.

Une lamelle souple fixe en haut du panneau, dépassant la couronne de clous.

Des bacs aux couleurs des secteurs des pétales de Marguerite (Bleu, vert, rouge, jaune et marron)

Des pétales de mêmes couleurs dans chacun des bacs.

Des « cœurs de Marguerite » à habiller des pétales de couleurs différentes.

Une table, ou un tableau où accrocher les marguerites en cours de reconstitution.

Comment jouer :

Par équipes ou en individuel.

Le concurrent lance la roue...

Elle s'immobilise en désignant un compartiment de couleur.

Le concurrent va alors chercher le pétale correspondant à la couleur désignée dans la caisse adéquate.

Et le rapporte au tour du cœur pour constituer sa marguerite : il ne le met en place que s'il peut dire à quelle recommandation de Marguerite il correspond : « Un peu... Beaucoup... Passionnément... A la folie... Pas du tout. »

Un seul pétale de chaque couleur autour de chaque Cœur : si le sort désigne une couleur déjà sortie du bac on ouvre un cœur de Marguerite supplémentaire.

L'objectif :

Reconstituer le plus grand nombre possible de marguerites complètes dans le temps imparti.

Et ainsi faire « rengaine » de la comptine de Marguerite à Etireugram : "Pour la vie, j'aime : bronzer, un peu; bouger, beaucoup; les légumes, passionnément; les fruits, à la folie; et fumer, pas du tout ! »

Modalités pratiques :

Durée : selon le nombre de participants ... En individuel : de 1 à 3 minutes par joueur suffisent. Par équipes ne pas excéder un vingtaine de minutes. Un des atouts du jeu étant sa vivacité, ceux qui attendent leur tour vont se lasser si cela dure trop longtemps.

Distances : les bacs à pétales peuvent être apparents ou cachés, répartis dans un périmètre d'une dizaine de mètres autour de la Roue. Là encore privilégier la vivacité des déplacements, pour permettre une rotation rapide des joueurs.

Un maître des jeux : sa mission va être de veiller au bon lancer de la roue, de valider la couleur déterminée par la roue, de recueillir le pétale et son message, et de faire partir le joueur suivant..

Relecture en grand groupe : le message de Marguerite, les variantes possibles... seul le tabac restera sur "pas du tout", et le soleil ne pourra pas sortir de "un peu"...

Discussion – échanges.

Variantes :

- Une petite roue fixe avec une flèche centrale rotative : convient à un espace plus confiné.

- Une rose des vents : le pétale qui s'arrête en regard du repère détermine la couleur du message à aller chercher.

- Une double rose des vents tournant à contre sens permet de mettre sur les pétales extérieurs les attributs (bronzer, bouger, légumes, fruits et tabac) en autant de fois que nécessaires pour le nombre de pétales. Et sur la couronne intérieure de pétales les manières (un peu, beaucoup, passionnément, à la folie, et pas du tout). On part récolter autant de pétales de couleurs que de réponses adéquates.





LE RALLYE DE FORT LAVIE

ETAPE D



La Clé de Fort LAVIE : **A LA FOLIE, soit une clé à 4 pétales**

Lieu Extérieur ou gymnase ou Salle des Fêtes

Arbitre Oui

Jeu originel Marguerite & Etireugram

Nombre d'animateurs Un aux boîtes Pétales et un pour faire tourner la rove

Adaptation La Rove de la Vie

Règle du jeu Chaque joueur fait tourner la rove à son tour, et doit aller récupérer dans une boîte à pétales lui qui correspond à l'attitude recommandée par la comptine de Marguerite pour le secteur de couleur désigné par la rove. Le but est de reconstituer un maximum de marguerites à cinq pétales corrects.

Nombre de joueurs Quinze

Durée de jeu Estimée 15 minutes

Installation

- Nombre de personnes : 2
- Temps requis : 5 minutes
- Durée des explications : 5 minutes
- Vérifications nécessaires : assez de pétales de chaque
- Remise en place entre chaque équipe

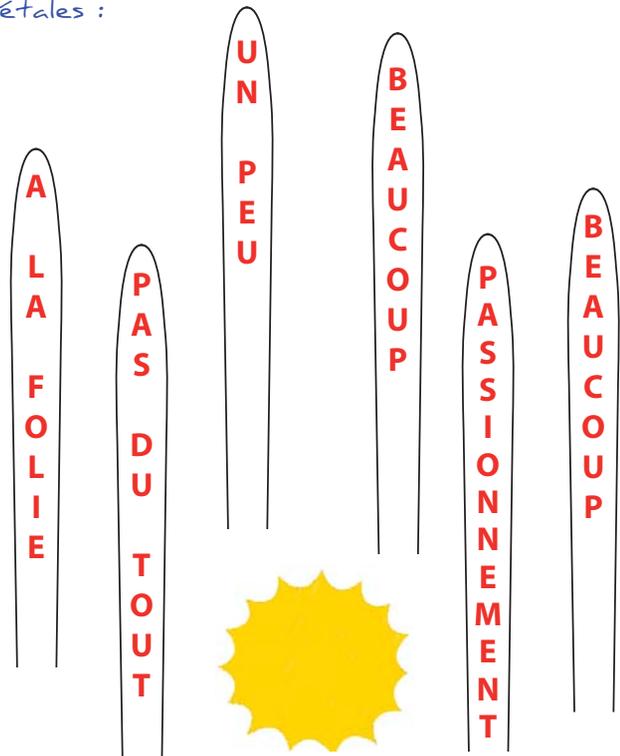
Schéma de mise en place La Rove au centre, les boîtes de pétales dispersées sur le terrain, des coupelles collectrices des pétales récupérés qui vont permettre de symboliser les marguerites reconstituées de leur 5 pétales :

Décompte des points

- Maximum attribuable : 24
- 1 point par pétale correct
- 3 points par marguerite reconstituée

Matériel requis

- La Rove aux couleurs de Marguerite
- 25 pétales : 5 de chaque
- 3 coupes collectrices des pétales
- 1 table d'arbitrage et de recueil des pétales
- Décoration avec des marguerites



DANS LA COUR ... :

Une marguerite géante dessinée par terre.

On imagine une variante de marelle où il faut aller à cloche-pied recouvrir le tag des pétales d'un blanc originel et se placer, selon le message de Marguerite, dans le « trou approprié » de la feuille pour la réparer.

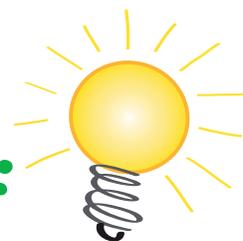
Comment Jouer : On pousse ou on lance un palet sur chaque case successivement comme pour la marelle et on relance tant qu'on revient à cloche-pied avec le palet au centre de la Marguerite...

Une Marelle, à peine détournée !

Un jeu par équipes de cinq équipiers au moins. Où chaque équipier a la responsabilité de « nettoyer » un pétale donné et de réparer la bonne feuille correspondant.

La première équipe à avoir placé ses cinq équipiers est vainqueur, mais le jeu n'est terminé que lorsque Notre ETIREUGRAM sera véritablement redevenue une Marguerite, aux pétales blancs et aux feuilles sans lacune !

De l'activité physique et la répétition de la comptine des messages de Marguerite.



DANS LA CLASSE (OU LA SALLE)... :

Marguerite peut devenir un calendrier : à chaque jour sa couleur et son message !



Exemples de réalisations :



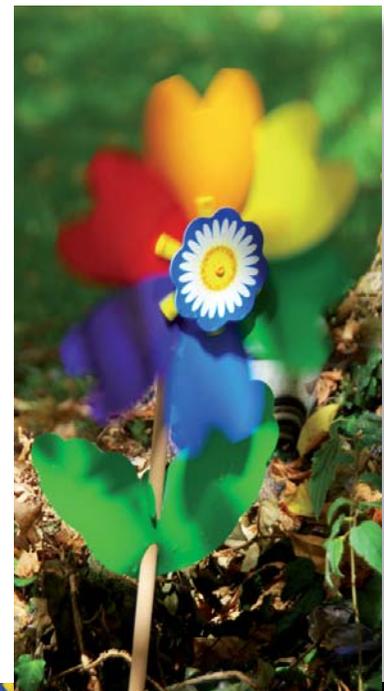
FLIP 2010



Finale 2011 du tournoi départemental du Bataje de BONNESANTE*



Participation à la semaine des ACCESSIFS 2011



LE TOUR DE LA PISTE DES ETOILES





LE RALLYE DE FORT LAVIE

ETAPE E



La Clé de Fort LAVIE : **PAS DU TOUT, soit une clé à 5 pétales**

Lieu *Extérieur ou Gymnase*

Arbitre *Oui (un au centre)*

Jeu original *Sur la piste des étoiles*

Nombre d'animateurs *au moins deux en plus de l'arbitre*

Adaptation *Une ronde des signes de la piste*

Règle du jeu *Chaque joueur à son tour pioche un «panneau» dans la malle de départ. Puis il court en faisant le tour de la piste récupérer le fanion correspondant sur le bon cône. Il refait ensuite un tour complet de la piste pour aller déposer le fanion dans la bonne malle aux couleurs de la catégorie du panneau initial.*

Nombre de joueurs *Douze (12)*

Si l'arbitre valide : c'est au deuxième de piocher un panneau... ainsi de suite jusqu'au dernier

Durée de jeu *Estimée à 15 minutes*

Installation

- Nombre de personnes : 3
- Temps requis : 10 minutes
- Durée des explications : 5 minutes
- Vérifications nécessaires : *Bonne correspondance panneau-quille-panier et remettre en place entre chaque équipe.*

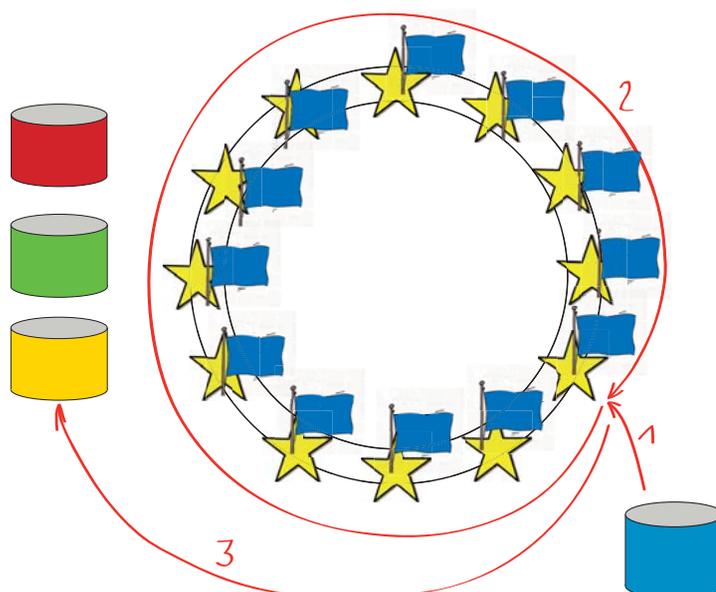
Décompte des points

- Maximum attribuable : 24
- 1 point pour chaque «bon» fanion et 1 point pour chaque dépose en bonne couleur au premier essai

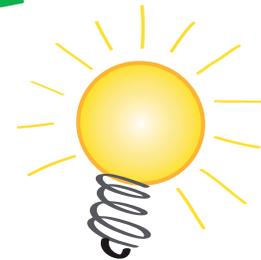
Matériel requis

- Douze quilles (cônes de Lubeck)
- 3 malles réceptrices (rouge, vert, orange) des trésors
- 24 Pictogrammes Panneaux (format A4)
- Une malle de départ
- Eventuellement douze fanions

Schéma de mise en place



SUR LA BASE D'UNE PARTIE DE BASE-BALL...



- ▀ Les douze étoiles sont figurées par des plots sur un cercle (au centre d'un terrain de sport par exemple...)
- ▀ Un récipient contenant des éléments correspondants à chacune des étoiles (un texte reproduisant la recommandation du code européen, une image tirée du *Bagage de BONNESANTE**, un objet qui évoque ce type de risque, une image ou un objet qui rappelle un moyen de prévenir ce type de risque... etc... Ce peut aussi être un fanion constitué par la reproduction des panneaux du code de la piste figurant sur le plateau de jeux)
- ▀ Une équipe de passeurs de balle et un récipiendaire de la balle (ou un panier de basket..., un but de foot ou de hand-ball, ... n'importe quel objectif à viser avec une balle ou un ballon, à la main, au pied ou avec une raquette...). Mais dans tous les cas, un endroit bien défini pour le retour obligatoire de la balle qui va interrompre la course du lanceur initial lorsque la cible sera atteinte.
- ▀ Une équipe de joueurs de champ. Chaque joueur de champ à son tour lance la balle (le ballon... au pied ou à la main ou avec la raquette selon le sport choisi...) le plus loin possible hors de portée d'un des passeurs. Il court « piocher » un objet dans le récipient. Il dit alors ce qu'il représente et où il va aller le placer, puis part faire le tour de la piste pour repérer à quel plot, celui correspondant à son objet, il va devoir s'arrêter pour déposer celui-ci. Il dépose son objet, et DOIT finir son tour de piste pour regagner sa base.
- ▀ Les passeurs, eux, récupèrent la balle et la relancent le plus rapidement possible vers le but ou le récipiendaire. Lorsque ce dernier réceptionne la balle, ou lorsque celle-ci atteint sa cible, la course du joueur de champ est immédiatement interrompue et s'il ne se trouve pas à l'arrêt au niveau d'un plot, il est éliminé. Les joueurs de champ ne peuvent sortir du cercle qu'en finissant le tour qu'ils ont commencé et si et seulement si ils ont déposé à bon escient leur objet.
- ▀ Chaque fois que la balle atteint son but tout mouvement cesse et on passe au joueur suivant pour relancer le jeu.

Le but du jeu est bien entendu de vider le récipient de ses objets et de les replacer au bon endroit sur la « piste des étoiles » le plus rapidement possible en ayant correctement interprété les messages de prévention : un objet, une attitude => un risque => une attitude préventive...

Ce jeu peut être développé à l'extérieur, sur n'importe quel terrain de sport, ou à l'intérieur dans une salle de sport ou un gymnase. Il suffit d'adapter « la balle » et le moyen de la propulser au terrain et à la place dont on dispose.

Nombre de joueurs : deux équipes de cinq minimum, et jusqu'à une classe entière avec deux équipes de douze joueurs. Un arbitre ou un maître du jeu est nécessaire.



SUR LA BASE DU JEU DU MOUCHOIR...

Douze joueurs assis par terre à l'emplacement de chacune des étoiles de la Piste. Donc chacun symbolise une recommandation du code européen. Un treizième au centre du cercle avec à sa disposition un récipient (un sac peut parfaitement faire l'affaire) où se trouvent les attitudes correspondant à chacune des recommandations (ou les recommandations elles-mêmes, ou un objet qui symbolise une action préventive en relation avec la recommandation, ou au contraire un objet qui figure un risque encouru au regard de cette recommandation... Seul impératif choisir un seul type d'objets pour que la consigne soit claire : soit c'est la recommandation et tous les documents sont de ce type, soit c'est un risque et tous les documents ou objets dans le « sac » du centre sont de ce même type +++).

Le joueur du centre « pioche » un document dans le sac, le déchiffre et part faire le tour du cercle pour le déposer derrière le joueur qui est à la place de la recommandation correspondante, sans se faire voir ! Il continue alors sa ronde jusqu'à ce qu'il revienne derrière celui où il a déposé son « objet ».

Si ce dernier n'a rien remarqué et que le joueur debout parvienne à refaire le tour il reprend l'objet dit ce qu'il représente, pourquoi il l'a déposé ici et si cela est pertinent envoie le joueur assis « distrait » au centre de cercle pour qu'il joue avec un nouvel objet tiré du sac.

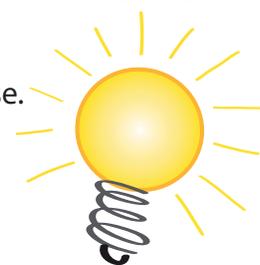
Par contre si ce dernier a vu la manœuvre de son copain il prend l'objet, se lève et essaie de rattraper le premier joueur avant qu'il ne parvienne à s'asseoir à la place laissée vacante.

Soit le joueur est rattrapé auquel cas il dévoile le sens de son objet et la recommandation où il l'avait laissé, puis reprend sa place au centre pour rejouer en tirant au sort un nouvel objet.

Soit le joueur n'est pas rattrapé et c'est celui qui est encore debout qui dévoile le sens de l'objet et le message de prévention avant de regagner le centre pour tirer à son tour un nouvel élément... Et repartir pour un tour de la piste.

Et ainsi de suite... jusqu'à ce que tous les messages initialement mis dans le sac du centre ait été découverts et correctement replacés

Ce jeu peut être développé en extérieur comme dans une salle de sports ou un gymnase. Il est nécessaire de prévoir un animateur, ou un maître du jeu, pour attester de la concordance des messages et rebondir ou faire naître des commentaires.



SUR LA BASE D'UN JEU DE FRISBEE...

Trois conteneurs : un vert, un orange et un rouge... ou encore chaque conteneur portant l'image d'un feu tricolore allumé à chacune des couleurs du code de la route.

Une série de frisbees (ou d'assiettes en carton...) soit verts, orange et rouges sur lesquels sont représentés, ou collés, les panneaux de la Piste des Etoiles*. Les assiettes offriront là l'avantage du moindre coût et surtout celui de la possibilité de figurer elles-mêmes les panneaux avec un pictogramme du message.

Une ligne à distance derrière laquelle se placent les joueurs pour envoyer dans le bon conteneur les frisbees correspondant, en expliquant bien entendu pourquoi CE frisbee-ci est destiné à CE conteneur-là !

On peut jouer dehors ou dedans dans une grande salle. Le but est de remplir le plus vite possible, et à bon escient, les conteneurs de LEURS frisbees. On peut disposer de plus de douze frisbees. On peut jouer individuellement, par équipe, selon la couleur du conteneur, selon les panneaux des frisbees... etc... On peut imaginer que la ligne de départ est distante de la ligne derrière laquelle se trouvent les frisbees... On peut décider que l'on va ramasser les frisbees qui n'ont pas été « rentrés » à l'intérieur des conteneurs, jusqu'à ce que tous aient atteint leur destination... On peut imaginer deux équipes en concurrence avec un nombre déterminé de frisbees à leur disposition lançant chacune leur tour un peu comme dans la séance de tirs au but de matches de foot... etc...



QUELQUES REFERENCES

Les 10 recommandations préventives de la Ligue contre le cancer <i>Suite au rapport WCRF du 13/11/2007</i>	38
Mesures du PLAN CANCER 2009 - 2013	41
Le Cancer en Poitou - Charente. Bulletin de l'ORS <i>Bulletin Observation Santé. Octobre 2010</i>	43
Le dépistage, l'affaire de tous ! <i>Dossier du Journal de l'INSTITUT CURIE. Août 2004</i>	51
La Cour des Comptes fustige l'échec des politiques de lutte contre le tabagisme <i>Article du Monde du 13 décembre 2012</i>	59
Résumé du rapport de la Cour des Comptes à l'Assemblée Nationale <i>Décembre 2012</i>	62
Tabac et adolescence <i>Revue des maladies respiratoires 2006</i>	71
La nutrition... un déterminant de santé. <i>Bulletin Observation Santé. Mars 2012</i>	76



Les 10 recommandations préventives suite au rapport WCRF



publié le 13/11/2007
archivé le 09/05/2012

Alimentation, nutrition, activité physique et prévention du cancer : une perspective globale

Après la publication en 1997 du premier rapport du WCRF (World cancer research fund) , en 2001, le WCRF, en collaboration avec l'American institute for cancer research (AICR) a mis en place une procédure de revue systématique de la littérature afin de publier en 2007 un rapport et des recommandations applicables aux différentes communautés concernant le risque de cancer , et la possibilité de réduire ce risque, lié à l'alimentation, la nutrition et l'activité physique.

Dans un premier temps, un groupe de 21 experts internationaux, sous la direction de Sir Michael Marmot (University College, London, UK) a défini une méthode de revue systématique de la littérature scientifique, puis a analysé l'énorme littérature scientifique sur le sujet, enfin le panel d'experts a jugé l'évidence selon les critères de la médecine basée sur les preuves, et a produit des recommandations. Ce travail s'est déroulé sur 5 ans, les experts se sont réunis tous les six mois.

Ces recommandations prennent en compte qu'environ le tiers des cancers peut être évité, et s'inscrivent dans la perspective globale de la prévention des maladies chroniques (« non communicable diseases »), telles le diabète et les affections cardio-vasculaires, dont les facteurs causaux sont en grande partie communs à ceux du cancer .

Par ailleurs, derrière la « cause », les experts ont souligné que les déterminants, notamment sociaux , « la cause de la cause », jouent un rôle essentiel.

Ce rapport, présenté à la Royal Society à Londres le 1er et 2 Novembre 2007, sera suivi en 2008 d'un rapport concernant les recommandations pour les politiques publiques (« Policy report ») sur ce thème.

Les 10 recommandations de ce rapport concernent à la fois les populations et les individus.

Le jugement du panel d'experts se présente sous la forme d'une matrice exposant la force de l'évidence causale entre les différents sites du cancer, l'alimentation, la nutrition et l'activité physique.

Le jugement du panel concernant la réduction ou l'augmentation du risque a été exprimé en « convaincante », « probable », « limitée », « improbable », c'est à dire réduction ou augmentation du risque convaincantes, ou probables, ou limitées ou improbables.

Le panel a exclu la formule « risque limité – pas de conclusion ».

Les dix recommandations

► être aussi svelte que possible, dans la limite normale du poids corporel *

Pour la population, l'index moyen de masse corporelle (poids divisé par la taille au carré) pour adulte doit se situer entre 21 et 23, ramener la proportion de la population en surpoids ou obèse dans la norme ou mieux en dessous de la norme dans les 10 ans.

Pour les individus, la croissance du poids corporel au cours de l'enfance et de l'adolescence doit assurer un index de poids corporel normal à 21 ans, éviter le gain de poids et l'augmentation du tour de taille pendant l'âge adulte.

38



* La limite normale se réfère aux normes nationales ou à celles de l'OMS

► mener une activité physique faisant partie de la vie quotidienne

Pour la population, diminuer de moitié la population sédentaire * tous les 10 ans, l'activité physique moyenne doit dépasser 1,6 Pal.

Pour les individus, être modérément physiquement actif, soit une marche soutenue d'au moins 30 minutes chaque jour, et au fur et à mesure que la forme s'améliore avoir une activité physique modérée quotidienne de 60 minutes ou plus, ou soutenue 30 minutes ou plus, éviter les habitudes sédentaires comme regarder la télévision.

** La sédentarité se réfère à une valeur PAL inférieure ou égale à 1,4, PAL est une représentation de l'intensité moyenne de l'activité physique journalière calculée sur la dépense énergétique totale comme multiple du métabolisme de base.*

► limiter la consommation des aliments énergétiques * et éviter les boissons sucrés **

Pour la population, l'apport énergétique moyen ne doit pas dépasser 125 kcal par 100 grammes, la consommation moyenne des boissons sucrés doit être réduite de moitié tous les 10 ans.

Pour les individus, consommer rarement les aliments énergétiques, éviter les boissons sucrées, éviter la « fast-food ».

** Aliments énergétique produisant plus de 225-275 kcal par 100grammes, ** boissons avec ajout de sucre. Les jus de fruits doivent également être limités*

► manger principalement des aliments d'origine végétale

Pour la population, la consommation moyenne quotidienne de légumes sans amidon et de fruits doit être d'au moins 600grammes, et consommer des céréales relativement peu transformés (en grains) et ou des légumes secs, ainsi que d'autre aliments sources de fibres alimentaires afin d'apporter une moyenne journalière d'au moins 25 grammes de polysaccharides sans amidon.

Pour les individus, consommer au moins 5 portions (au moins 400 grammes) de légumes sans amidon et de fruits chaque jour, manger à chaque repas des céréales peu transformés (en grains) et ou des légumes secs, limiter les aliments contenant de l'amidon, et pour ceux qui consomment principalement des racines tubéreuses assurer une alimentation suffisante en légumes sans amidon, en fruits et légumes secs.

► Limiter la viande rouge*, éviter les viandes toutes préparées **

Pour la population, pas plus de 300 grammes en moyenne par semaine de viande rouge et si consommation de viande transformée en consommer très peu.

Pour les individus qui mangent de la viande rouge, moins de 500 grammes par semaine et si consommation de viande transformée en consommer très peu.

** Concerne le bœuf, le porc, l'agneau et les capridés domestiques inclus dans les aliments tout préparés.*

*** Les viandes préparées sont les viandes fumées, salées, les salaisons et additionnées de préservatifs chimiques incluant celles contenues dans les aliments tout préparés*

► Limiter les boissons alcoolisées*

Pour la population, la proportion dépassant les limites recommandées doit être réduite d'un tiers tous les 10 ans **.

Pour les individus, en cas de consommation d'alcool ne pas dépasser 20 à 30 grammes d'éthanol par jour pour les hommes, 10 à 15 grammes d'éthanol par jour pour les femmes.

** Cette recommandation prend en compte l'effet protecteur cardiovasculaire probable de l'alcool.*

*** Cette recommandation prend en compte l'effet protecteur cardiovasculaire probable de l'alcool, les enfants et les femmes enceintes ne doivent pas consommer d'alcool*



► **Limiter la consommation de sel et éviter les moisissures de céréales ou de légumes secs**

Pour la population, la consommation moyenne journalière ne doit pas dépasser 5 grammes de sel par jour (2 grammes de sodium), réduire par deux tous les 10 ans la proportion de la population consommant plus de 6 grammes de sel (2,4 grammes de sodium) par jour, minimiser l'exposition aux aflatoxines des moisissures de céréales ou de légumes secs.

Pour les individus, éviter les aliments préservés par le sel, salés, limiter la consommation des aliments préparés avec ajout de sel afin d'assurer un apport quotidien de sel au dessous de 6 grammes (2,4 grammes de sodium), ne pas consommer des céréales en grains moisies ou des légumes secs moisies.

► **Assurer les besoins nutritionnels par la seule alimentation ***

Pour la population, porter au maximum la proportion de la population assurant ses besoins nutritionnels sans suppléments.

Pour les individus, les suppléments diététiques ne sont pas recommandés pour prévenir le cancer.

** Dans certaines situations de maladies ou de carences diététiques, une supplémentation peut être nécessaire.*

► **les mères doivent allaiter, les enfants doivent être nourris au sein maternel ***

Pour la population, la majorité des mères doit allaiter exclusivement (c'est à dire à l'exclusion d'autre aliment ou boisson y compris de l'eau) pendant 6 mois.

Pour les individus, allaiter exclusivement jusqu'à 6 mois puis utiliser une alimentation complémentaire.

** L'allaitement protège la mère et l'enfant*

► **pour les patients survivants adopter les recommandations de la prévention du cancer ***

Tous les survivants doivent bénéficier de soins nutritionnels dispensés par des professionnels si possible, et sauf avis contraire, suivre les recommandations diététiques, concernant le poids et l'activité physique.

** Cette recommandation ne s'applique pas aux patients en cours de traitement*



Article original.

Food , nutrition , physical activity and the prevention of cancer : a global perspective.

WCRF : World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research , Washington DC: AICR, 2007.



Mesures du PLAN CANCER 2009-2013



5 axes, 30 mesures et 118 actions



Axe Recherche : Assurer le transfert rapide des avancées de la recherche au bénéfice de tous les malades

Mesure 1 : Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire.

Mesure 2 : Comprendre par la recherche les inégalités face au cancer pour les réduire.

Mesure 3 : Caractériser les risques environnementaux et comportementaux.

Mesure 4 : Dynamiser la recherche clinique.

Mesure 5 : Faire de la France une référence internationale.

Axe Observation : Mieux connaître la réalité des cancers en France

Mesure 6 : Produire et communiquer des informations sur le cancer et sur la cancérologie.

Mesure 7 : Optimiser et développer le système de surveillance.

Mesure 8 : Développer l'épidémiologie sociale des cancers.

Mesure 9 : Améliorer l'observation et la surveillance des cancers liés à l'environnement professionnel.

Axe Prévention - Dépistage : Prévenir pour éviter des cancers ou réduire leur gravité

Mesure 10 : Poursuivre la lutte contre le tabac.

Mesure 11 : Promouvoir des actions de prévention sur les liens entre l'alimentation, l'activité physique et les cancers.

Mesure 12 : Renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement en particulier dans le domaine professionnel.

Mesure 13 : Prévenir les cancers d'origine infectieuse.

Mesure 14 : Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage.

Mesure 15 : Améliorer la structuration du dispositif des programmes nationaux de dépistage organisé des cancers.

Mesure 16 : Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire.

Mesure 17 : Assurer une veille scientifique et améliorer les connaissances en matière de détection précoce des cancers.

Axe Soins : Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace

Mesure 18 : Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant.

Mesure 19 : Renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints de cancer.

Mesure 20 : Soutenir la spécialité d'anatomopathologie.

Mesure 21 : Garantir un égal accès aux traitements et aux innovations.



Mesure 22 : Soutenir la radiothérapie.

Mesure 23 : Développer des prises en charge spécifiques pour les personnes atteintes de cancers rares ou porteuses de prédispositions génétiques ainsi que pour les personnes âgées, les enfants et les adolescents.

Mesure 24 : Répondre aux défis démographiques des professions et former à de nouvelles compétences.

Axe Vivre pendant et après un cancer : Améliorer la qualité de vie pendant et après la maladie, combattre toute forme d'exclusion

Mesure 25 : Développer une prise en charge sociale personnalisée et accompagner l'après cancer.

Mesure 26 : Se doter des moyens et outils nécessaires au développement de l'accompagnement social personnalisé.

Mesure 27 : Améliorer les réponses aux possibles situations de handicap ou de perte d'autonomie transitoires ou définitives liées au cancer.

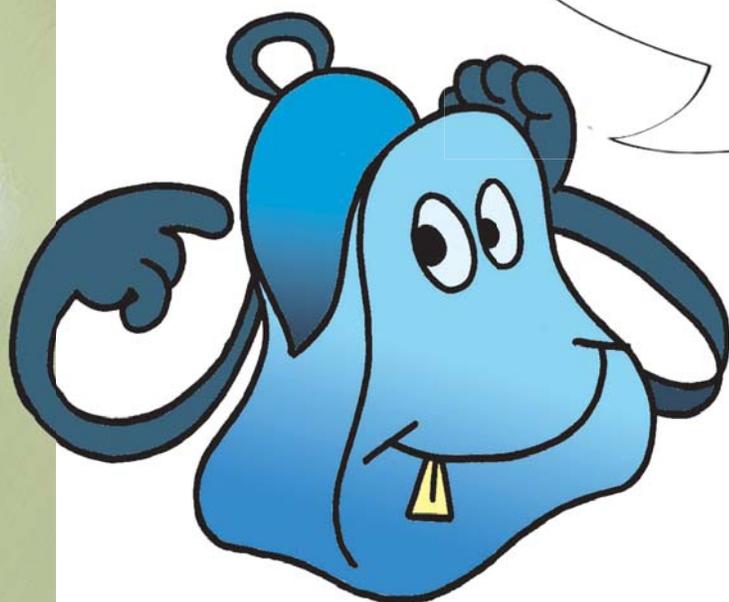
Mesure 28 : Garantir l'accès des personnes malades et guéries aux assurances et au crédit.

Mesure 29 : Lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer.

Mesure 30 : Créer un Observatoire sociétal des cancers.



Un nouveau
PLAN est en
préparation !



Le cancer en Poitou-Charentes

SOMMAIRE

- I - La situation épidémiologique
- II - La prévention
- III - Le dépistage
- IV - La prise en charge
- V - L'accompagnement et le suivi
- VI - Les répercussions sur la vie quotidienne
- VII - La recherche - Les projets et initiatives régionales

COMITE DE PILOTAGE

Le comité de pilotage est composé de Sylvie Pailler (CHU), Caroline Tournoux (DocVie), Sylvie Aubert (ERI), Dominique Coste (Ligue contre le cancer), Julie Debarre, Stéphane Robin (ORS), Gautier Defossez (Registre des cancers Poitou-Charentes), Claire Morin, Sarah Dujoncoy et Sonia Gillet (Réseau Onco Poitou-Charentes), Martine Vivier Darrigol (suivi du plan cancer, ARS).

Nous tenons à remercier chacun des membres de ce comité de pilotage pour son aide dans l'élaboration de cette plaquette.

Rédacteurs :
Julie Debarre
Stéphane Robin

BOS Bulletin
Observation
Santé

Le cancer est la maladie la plus redoutée par les français, elle est jugée par une grande partie d'entre eux comme étant une maladie « pas comme les autres » qui peut toucher tout le monde. Malgré les efforts importants en matière de recherche, de soins, de prévention et des progrès médicaux réalisés, les cancers sont devenus en 2004 la première cause de décès en France avec trois décès sur dix. Ils sont en effet responsables de plus de 158 000 décès annuels en France métropolitaine en 2007. Après une phase d'augmentation de 1970 à la fin des années 1980, le risque de décéder d'un cancer diminue globalement depuis le début des années 1990, chez les hommes comme chez les femmes [1].

Le nombre de cas de cancer a augmenté quant à lui de 89 % en France entre 1980 (170 000 cas estimés) et 2005 (320 000 cas estimés) [2]. Environ 47 % de cette variation est imputable au risque de cancer lui-même (le reste étant lié à l'augmentation de la population et son vieillissement). Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent en 2005 tous genres confondus et relègue le cancer du sein en seconde position. Le cancer le plus léthal est le cancer du poumon, suivi par le cancer colorectal (en nombre de décès par an).

Le fait marquant des 25 dernières années au niveau national est la forte divergence entre l'évolution de l'incidence et celle de la mortalité. Cette divergence s'explique essentiellement par l'évolution croisée des cancers les plus agressifs dont l'incidence chute ces dernières années, comme par exemple le cancer de l'œsophage, de l'estomac et des voies aéro-digestives supérieures (VADS), et des cancers de pronostic plus favorable, en augmentation, comme les cancers du sein et de la prostate. La recherche systématique des tumeurs (prostate et sein) ou leur découverte fortuite grâce à une utilisation de plus en plus fréquente de systèmes d'imagerie sophistiqués (thyroïde) ont fortement contribué à cette évolution.

Faits marquants

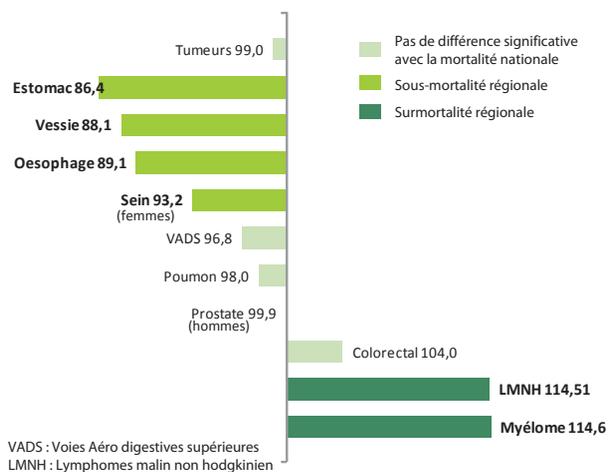
- ◆ Une mortalité régionale comparable avec celle de la France pour les hommes et une sous-mortalité pour les femmes,
- ◆ Une surmortalité masculine régionale pour le lymphome malin non hodgkinien et le myélome,
- ◆ Par an, plus de 5 100 décès et 10 000 cas incidents en Poitou-Charentes
- ◆ Plus de 62 400 personnes bénéficiaires dans la région de l'affection de longue durée « tumeur maligne » du régime général
- ◆ Cinq à 10 % des cancers seraient dus à une exposition professionnelle,
- ◆ La moitié des cancers de l'enfant surviennent avant l'âge de cinq ans,
- ◆ Des taux de participation régionale au dessous des recommandations nationales (56 % pour le cancer du sein et 39 % pour le cancer colorectal) pour les dépistages organisés,
- ◆ Dans la région, 27 établissements peuvent prendre en charge les malades du cancer,
- ◆ Des répercussions notables sur la vie quotidienne, au niveau de la qualité de vie mais également avec des conséquences professionnelles et économiques,
- ◆ Des structures régionales mises en place pour accompagner le malade du cancer.

Ce bulletin est publié dans le cadre de la semaine européenne de lutte contre le cancer (11 au 15 octobre)



I - La situation épidémiologique du cancer en Poitou-Charentes

Indice Comparatif de Mortalité pour l'ensemble des tumeurs et par localisation tumorale (Référence France = 100, période 2005-2007)



Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation ORS Poitou-Charentes

En gras : différence significative avec la France à 5 %

Le Poitou-Charentes a un niveau de mortalité comparable à la France avec plus de **5 160 décès annuels** (2005-2007) et **10 095 nouveaux cas de cancers** selon les dernières estimations du réseau Francim en 2005. Pour l'année 2009, 62 400 personnes du régime général d'assurance maladie bénéficient de l'affection de longue durée « tumeur maligne » soit **4,4 % de la population régionale** du régime général.

La région Poitou-Charentes est la région présentant le **taux d'incidence brut estimé de lymphomes malins non hodgkiniens le plus élevé en France**, que ce soit chez les hommes (23,5 cas pour 100 000 personnes) ou chez les femmes (18,4 cas pour 100 000 personnes). Elle est également en **surmortalité** de 15 % par rapport à France, ainsi que pour les myélomes.

La région présente une **surmortalité masculine par cancer colorectal** de 8 % par rapport à la France depuis une décennie. Cette situation est particulièrement prononcée dans le **département des Deux-Sèvres** avec une surmortalité masculine significative de 17 % par rapport à la France [3]. Les estimations départementales de l'incidence du cancer colorectal à partir des données hospitalières montrent également une situation défavorable en région Poitou-Charentes, avec des taux d'incidence estimés de cancer colorectal qui figurent parmi les plus élevés en France [4].

Nombre de cas incidents, de décès annuels et de bénéficiaires en ALD en Poitou-Charentes

	Prostate	Sein	Colorectal	Poumon	LMNH	VADS
Nouveaux cas estimés (2005)	2 273	1 441	1 305	879	356	300
	H : 2273	F : 1441	H : 729, F : 576	H : 707, F : 172	H : 195, F : 161	H : 239, F : 61
Nouvelles admissions annuelles en ALD 30* (2005-2007)	1 775	1 587	1 023	708	265	324
Bénéficiaires du régime général en ALD 30* (2009)	11 103	16 098	6 720	2 631	1 855	3 036
Décès annuels moyens (2005-2007)	337	351	586	901	158	125
	H : 337	H : 9, F : 341	H : 328, F : 258	H : 711, F : 190	H : 94, F : 63	H : 107, F : 17

* ALD 30 : Il s'agit de l'affection de longue durée « tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique » (cf. 3 des sources de données)

Sources : Francim, données ALD interrégimes, Carsat ERSM, Inserm CépiDc,

Chez les hommes

Le **cancer de la prostate** est le cancer le plus fréquent chez les hommes avec 2 273 nouveaux cas annuels estimés en région Poitou-Charentes, loin devant le **cancer colorectal** (729 nouveaux cas annuels estimés) et le **cancer du poumon** (707 nouveaux cas annuels estimés).

Le **cancer du poumon** est néanmoins le plus meurtrier avec près de 85 décès annuels pour 100 000 habitants en région Poitou-Charentes, et avec un taux de survie estimé les plus faible. Les taux régionaux de mortalité ont augmenté de 30 % entre 1980 et 2006. Le **cancer colorectal** occasionne quasiment autant de décès (328) que le cancer de la prostate (337).

Chez les femmes

Le **cancer du sein** est le cancer le plus fréquent chez les femmes avec 1 441 nouveaux cas annuels estimés en région Poitou-Charentes, il comptabilise également un quart des personnes bénéficiaires de l'ALD 30*. Le second cancer prédominant est le **cancer colorectal** avec 576 nouveaux cas annuels estimés. Le **cancer du poumon**, qui est devenu le troisième cancer le plus fréquent chez la femme en France, est responsable de 190 décès annuels. Une augmentation des taux de mortalité féminins pour ce cancer de 103 % est enregistrée entre 1980 et 2005, avec, en parallèle, une hausse importante au niveau des nouveaux cas annuels (5,2 cas pour 100 000 femmes en 1980, 19,6 cas pour 100 000 femmes en 2005).

Les **cancers du corps de l'utérus** se situent à un niveau proche du cancer des poumons en nombre de nouveaux cas (178 nouveaux cas annuels estimés de cancers du corps de l'utérus et 172 nouveaux cas pour le cancer du poumon).

Caractéristiques des principales localisations cancéreuses en France

	Prostate	Sein	Colorectal	Poumon	LMNH	VADS
Age moyen au diagnostic	71 ans	61 ans	H : 70 ans, F : 73 ans	H : 65 ans, F : 64 ans	H : 63 ans, F : 66 ans	H : 60 ans, F : 64 ans
Age moyen au décès	80 ans	70 ans	H : 74 ans, F : 78 ans	H : 65 ans, F : 64 ans	H : 72 ans, F : 76 ans	H : 60 ans, F : 64 ans
Taux de survie à 1 an	94 %	97 %	79 %	43 %	74 %	76 %
Taux de survie à 5 ans	80 %	85 %	56 %	14 %	55 %	41 %

Source : La situation du cancer en France en 2009 [5]



Les cancers professionnels

Un cancer est dit « professionnel » lorsqu'il est la conséquence de l'exposition d'un travailleur à un facteur cancérigène sur son lieu de travail.

♦ En France, **5 à 10 % des cancers seraient dus à une exposition professionnelle** [6], soit pour la région entre 505 et 1 010 cas de cancers incidents d'origine professionnelle. Or, d'après les données de la Carsat¹, le nombre de cancers professionnels reconnus et indemnisés est de 12 en 2008.

♦ Les **principales causes identifiées** sont l'exposition à l'amiante, au benzène, aux rayonnements ionisants et aux poussières de bois. Ces causes représentent, selon l'HCSP², 98 % des cancers d'origine professionnelle.

♦ Selon l'enquête Sumer [7], **environ 13,5 % des salariés (soit 2 370 000 salariés) seraient exposés à au moins un facteur cancérigène au cours de son activité professionnelle** : les hommes sont quatre fois plus exposés que les femmes, les ouvriers plus que les autres professions.

¹ : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

² : Haut conseil de santé publique

Proportion de salariés exposés à des produits cancérigènes (en %)

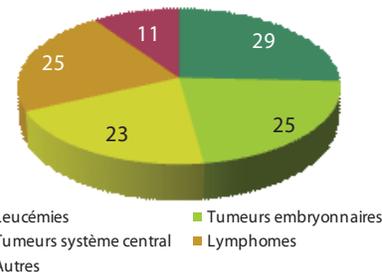
Catégorie de salariés	Exposition à des produits cancérigènes (en %)
Ensemble	13,5
Hommes	20,4
Femmes	4,3
Cadres	3,3
Professions intermédiaires	11,1
Employés administratifs	1,3
Employés de commerce et de service	5,3
Ouvriers qualifiés	30,9
Ouvriers non qualifiés	22,5

Sources : Sumer 2003 [7] Réalisation ORS Poitou-Charentes

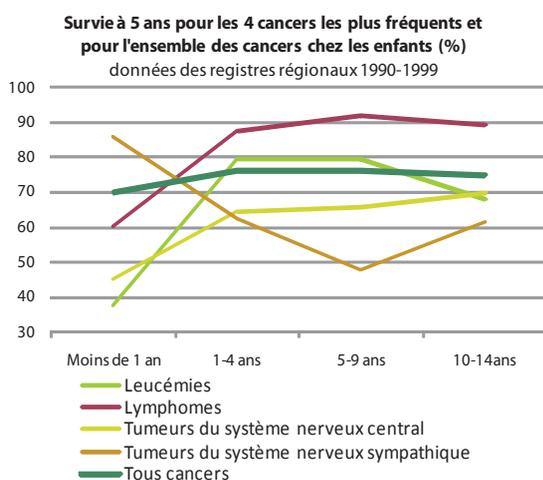
Les cancers des enfants

Selon le registre national des tumeurs solides de l'enfant et le registre national des hémopathies malignes de l'enfant, sur la période 2000-2004, **8 473 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués chez les enfants de moins de 15 ans**, soit un taux d'incidence brut de plus de 152 cas pour un million d'enfants de moins de 15 ans. Les principaux types de cancers observés sont les **leucémies, les tumeurs embryonnaires, les tumeurs du système central et les lymphomes**. Les plus jeunes (moins de 1 an) sont les plus concernés avec un taux d'incidence annuelle de 243 pour un million d'enfants de moins de 1 an, contre 197 pour ceux âgés de 1 à 4 ans, 122 pour les 5-9 ans et 129 pour les 10 à 14 ans. Les leucémies touchent plus fréquemment les 1-4 ans tandis que les tumeurs du système nerveux sympathique concernent plus souvent les moins de 1 an, et que les tumeurs malignes osseuses concernent plus fréquemment les 10-14 ans. **La moitié des cancers de l'enfant surviennent avant l'âge de 5 ans**. Les tumeurs embryonnaires sont particulièrement précoces alors que les lymphomes, les tumeurs osseuses et les tumeurs épithéliales surviennent essentiellement après 5 ans.

Principaux cancers chez les enfants en France en 2000-2004 (%)



Source : La situation du cancer en France en 2009 [5]



Source : Registre National des Tumeurs Solides de l'Enfant [8]

En 2005, en France, **320 enfants sont décédés** d'un cancer ce qui représente presque 8 % de la mortalité des 0-14 ans. Cette proportion diffère fortement en fonction de l'âge : elle est de moins de 1 % avant 1 an, et atteint 22 % chez les 1-14 ans (deuxième cause de mortalité après les accidents). La mortalité a diminué, passant de 6,7 pour 100 000 en 1980 à 2,9 pour 100 000 en 2005. La diminution la plus marquée concerne les leucémies. Dans l'ensemble, la survie est estimée à un peu plus de 75 % à 5 ans et à un peu plus de 72 % à 10 ans (période 1990-1999). Ce taux dépend du type de cancer et de l'âge de l'enfant au moment du diagnostic.

La **prise en charge** est assurée par le biais de **l'Unité d'oncologie pédiatrique, située au CHU de Poitiers**. Elle assure la prise en charge (y compris prise en charge psychologique et sociale) ainsi que le suivi pluridisciplinaire et coordonné des patients. Un accompagnement est mis en place pour assurer un suivi scolaire personnalisé pendant et après le traitement. Le suivi est coordonné par le médecin de l'unité en liaison avec les médecins traitants et spécialistes.

Activité de l'unité onco pédiatrique en 2008 :

560 séjours
105 patients suivis
Age moyen des patients : 12,4 ans
74 % de garçons

Sources utilisées

1. **Les données de mortalité** sont renseignées à partir des certificats de décès et fournies par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm CépiDc). Elles sont exhaustives au niveau national.
2. **Les données d'incidence** ne peuvent être fournies que par les registres des cancers qui, hormis les registres pédiatriques (leucémies et tumeurs solides), ne couvrent en France qu'une partie du territoire correspondant actuellement à 16 % de la population française (17 registres du cancer). Il est donc nécessaire d'avoir recours à une méthode statistique appropriée (reposant sur la modélisation du rapport incidence/mortalité) afin d'estimer le nombre de nouveaux cas au niveau national ou régional. C'est devant le reflet imprécis des disparités géographiques et la difficulté de produire des indicateurs fiables au niveau régional et infrarégional que la mise en œuvre d'un **registre régional des cancers a eu lieu en Poitou-Charentes**.
3. **Les données d'affections de longue durée (ALD) de l'Assurance Maladie** (CNAMTS, MSA, RSI) : Les ALD sont des maladies qui nécessitent un suivi et des soins prolongés (supérieurs à 6 mois) et des transports coûteux ouvrant droit à une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie. Ces maladies comprennent 30 pathologies parmi lesquelles se trouvent les cancers (ALD30). Une personne est admise en ALD, suite à la décision du médecin conseil de l'assurance maladie. Le dénombrement des nouvelles admissions en ALD pour une maladie fournit donc une estimation de l'incidence de cette maladie, le nombre de bénéficiaires d'ALD à une date t permet d'en estimer la prévalence.



II - La prévention

Pour réduire l'incidence des cancers, il faut agir sur les facteurs de risque identifiés, qu'ils soient liés au mode de vie, à l'environnement ou au milieu professionnel.

• Les modes de vie [9]

Le tabac

En France, le nombre de décès liés au tabac est estimé à 60 000, dont 37 000 par cancer (données InVS, 2009). Le tabagisme est impliqué dans les cancers du poumon mais également des voies aérodigestives supérieures (bouche, larynx, pharynx, œsophage), de la vessie et du pancréas. Il serait aussi en cause dans les cancers des voies urinaires et du rein, de l'estomac, du col de l'utérus et dans certaines leucémies. Les mesures d'interdictions, les taxes, les aides au sevrage, l'information, l'éducation et la communication sont les principaux leviers de la stratégie de lutte contre le tabac.

L'alcool

En France, la consommation de boissons alcoolisées représente la seconde cause de mortalité évitable par cancer, après le tabac. En 2000, près de 10 000 décès par cancer étaient attribuables à l'alcool. Sa consommation augmente le risque de plusieurs cancers : bouche, pharynx, larynx, œsophage, côlon-rectum, sein... En matière de prévention des cancers, en l'absence de dose sans effet, la consommation d'alcool n'est pas conseillée.

La nutrition

Une alimentation diversifiée et équilibrée (notamment la consommation de fruits et légumes), limitant la consommation de boissons alcoolisées, associée à la pratique d'une activité physique, peut réduire le nombre de nouveaux cas de cancers. Les facteurs qui augmentent le risque de cancers concernent principalement le surpoids et l'obésité, la consommation de boissons alcoolisées et l'excès de viandes rouges ou de charcuteries. De plus, le sel et les compléments alimentaires à base de bêta-carotène ne sont pas recommandés.

• L'environnement et le milieu professionnel

Les liens entre les expositions environnementales et les cancers sont difficilement démontrables. De plus, les définitions de l'environnement varient d'un organisme à l'autre selon par exemple que les expositions professionnelles soient considérées ou non comme des expositions environnementales. Ainsi, l'InVS estime dans une fourchette de 5 % à 10 % les cancers liés à des facteurs environnementaux tandis que l'OMS, qui intègre différents aspects de la santé humaine l'estime à 19 %. C'est pourquoi la distinction entre expositions environnementales ou professionnelles est difficilement réalisable.

Les liens de causalité reconnus ou à l'étude plutôt liés à l'environnement

- les rayonnements solaires et les UV artificiels pour ce qui est des mélanomes
- Le radon, responsable d'environ 13 % des cancers du poumon
- Une dioxine (2, 3, 7, 8, TCDD) cancérigène pour l'homme selon le CIRC (Centre International de Recherche sur le Cancer)
- Les pesticides mis en cause dans l'augmentation des tumeurs cérébrales
- Les champs d'extrême basse fréquence possiblement cancérigènes selon le CIRC
- Les champs radiofréquence de faible intensité à l'étude ainsi que des cas de leucémie autour d'installations nucléaires chez l'enfant et le jeune adulte.

Quelques programmes et actions de prévention ...

Outre le plan national cancer 2009-2013, la prévention du cancer s'articule autour de différents programmes et actions nationales et locales, en voici quelques uns.

« Le **Bagage de BONNESANTE** : pour partir d'un bon pied sur les chemins de la vie »

C'est un programme d'éducation pour la santé destiné aux enfants d'âge scolaire, basé sur une mallette de jeux originaux créés pour animer depuis plusieurs années la semaine nationale de lutte contre le cancer. Il a pour objectif de faire prendre conscience que dès le plus jeune âge on est artisan de son capital santé de demain. Développé grâce à de nombreux partenaires et à une convention de lauréat national « Agir pour la prévention : une initiative sanofi-aventis », ce programme est porté par le Réseau Onco-Poitou-Charentes et fédère de nombreux acteurs autour d'un message simple, répétitif comme une comptine, qui s'applique à un grand nombre de maladies chroniques non transmissibles.

Le **Programme National Nutrition Santé** (PNNS) s'appuie largement sur les travaux du Haut Comité de santé publique (2000). Le PNNS a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. En 2006, a été lancé pour 5 ans le PNNS 2 (2006-2010).

Le **Plan National Santé Environnement** (PNSE 1 et 2) et le **Plan Santé au Travail** (PST 1, et 2) fixent les objectifs à atteindre pour limiter l'exposition des populations à des substances cancérigènes dans l'environnement général et professionnel. L'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) évalue les risques professionnels et environnementaux. Enfin, le Plan cancer 2009-2013 a ciblé certaines de ses mesures sur la réduction des cancers environnementaux et professionnels. D'autres initiatives de surveillance, tel le Programme National de Surveillance du Mésotéliome (PNSM), ont été mises en place.

Les facteurs plutôt liés à l'activité professionnelle

Le rôle des facteurs de risques professionnels est souvent ignoré, notamment lorsque le cancer survient après la cessation d'activité. Environ 13,5 % des salariés seraient exposés à au moins un facteur cancérigène au cours de leur activité. Selon l'Afsset, les facteurs de risque qui concernent un plus grand nombre de salariés sont les gaz d'échappement diesel, les huiles entières minérales, les poussières de bois, la silice cristalline, le trichloréthylène, le formaldéhyde, les goudrons de houille, le chrome, l'amiante, les hydrocarbures halogènes et nitrés, et les fibres céramiques.

Facteurs de risque connus ou suspectés par localisation [5]

Prostate	Sein	Colorectal	Poumon	LMNH	VADS
hérédité, alimentation riche en calcium, cadmium, pesticides, arsenic	histoire hormonale et reproductive de la femme, ses antécédents familiaux et de lésions bénignes du sein, risques professionnels et environnementaux	alcool, surpoids et obésité, viandes rouges, charcuterie	tabac, risques professionnels et environnementaux, pollution atmosphérique	risques professionnels et environnementaux	alcool, tabac, virus (EBC, papillomavirus), expositions professionnelles



III - Le dépistage

Le dépistage correspond à la prévention secondaire du cancer. Il permet de révéler la maladie en absence de signes cliniques permettant le diagnostic. En France, deux types de cancer font l'objet d'un programme national de dépistage : le cancer du sein et le cancer colorectal. En dehors de ces programmes, des dépistages individuels sont réalisés à l'initiative des professionnels de santé en fonction du risque estimé.

Les dépistages organisés

• Le cancer du sein

Le dépistage du cancer du sein concerne les femmes âgées de 50 à 74 ans. La mammographie est l'examen de référence et il est accompagné d'un examen clinique par un radiologue agréé. Lorsque l'examen est positif, la personne concernée bénéficie d'un bilan complémentaire pour affiner le diagnostic. En cas d'absence d'anomalie, une seconde lecture est réalisée. [9] En 2009, 469 cancers du sein ont été détectés par le biais des mammographies, soit un taux de 6,3 cancers pour 1 000 mammographies réalisées. En 2009, le taux de participation régional qui a légèrement fléchi (56 %), n'atteint pas l'objectif national fixé à 70 %.

Dépistage du cancer du sein en Poitou-Charentes en 2009

	Poitou-Charentes	Charente	Charente-Maritime	Deux-Sèvres	Vienne
Taux de participation	55,6 %	55,4 %	54,4 %	63,0 %	51,0 %
Mammographies réalisées	74 198	15 016	27 334	16 736	15 112
... dont positives	4 415	764	1 872	1 003	776
Cancers détectés	469	80	200	98	91
Taux de cancers détectés	6,3 ‰	5,3 ‰	7,3 ‰	5,9 ‰	6,0 ‰

Source : Réseau régional de cancérologie « Onco-Poitou-Charentes » Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Le ressenti de la population cible ...

Selon le Baromètre cancer 2005 [12], parmi les femmes de 50 à 74 ans interrogées sur toute la France, 96 % ont déclaré avoir pratiqué au moins une mammographie au cours de leur vie. Près de 72 % en ont pratiqué une dans les deux dernières années. Cette proportion est en augmentation depuis 2000, pour toutes les tranches d'âge. Les principales raisons évoquées par les femmes pour n'avoir pas réalisé une mammographie dans les deux ans ou n'en avoir jamais réalisé, sont le fait de n'avoir aucun symptôme (27 %) ou de n'avoir pas pris le temps (21 %). A l'inverse, les principales raisons qui ont conduit les femmes à recourir à la mammographie sont le fait d'avoir été conseillée par leur médecin (40 %), d'avoir reçu un courrier invitant à faire gratuitement l'examen (38,6 %). Moins de 18 % l'ont réalisé à leur initiative et 10,8 % l'ont demandé à leur médecin.

Le dépistage organisé (cancer du sein et du colorectal) s'appuie sur des structures départementales. Dans notre région, il s'agit des structures suivantes :

- l'association **Orchidée** en Charente, créée en 1997,
- l'association **Lucide 17** en Charente-Maritime, créée en 2003,
- l'association **Arcande 79** en Deux-Sèvres, créée en 2003,
- l'association **Docvie** dans la Vienne, créée en 2002.

• Le cancer colorectal

Un programme de dépistage du cancer colorectal a été initié en France en 2002 dans 23 départements pilote puis généralisé en 2008. Il s'adresse aux hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans. C'est le médecin qui fournit le test au patient, son implication est

donc un facteur essentiel de l'adhésion des patients. En cas de test négatif, le patient est invité à refaire le test deux ans plus tard. Lorsqu'il est positif, le médecin généraliste prescrit une coloscopie pour confirmer le diagnostic. En 2009, le taux de participation régional est estimé à 39 %, ce qui est encore très en dessous de l'objectif national qui fixe une participation minimale à 50 %. En 2009, 175 cancers ont été détectés dans la région pour 90 423 tests HémoCult II® réalisés, avec des taux observés allant de 1,2 pour 1 000 tests réalisés dans la Vienne à 2,6 en Charente-Maritime.

Dépistage du cancer colorectal en Poitou-Charentes en 2009

	Poitou-Charentes	Charente	Charente-Maritime	Deux-Sèvres	Vienne
Taux de participation*	39,4 %	34,2 %	35,2 %	47,3 %	44,5 %
Tests réalisés	90 423	17 645	29 935	21 109	21 734
... dont positifs	2 932	616	961	880	475
Cancers détectés	175	24	77	49	25
Taux de cancers détectés	1,9 ‰	1,4 ‰	2,6 ‰	2,3 ‰	1,2 ‰

Source : Réseau régional de cancérologie « Onco-Poitou-Charentes » Exploitation : ORS Poitou-Charentes
* le taux prend en compte les exclusions médicales : en Charente, il représente 2,6 % de la population cible, 11,8 % en Charente-Maritime, 15,5 % en Deux-Sèvres, et 15,6 % dans la Vienne (11,5 % en Poitou-Charentes).

Le ressenti de la population cible ...

Selon le Baromètre cancer 2005 [12], parmi les personnes de 50 à 74 ans interrogées sur toute la France, 45 % ont réalisé, soit un test de dépistage de sang occulte dans les selles (18 %), soit une coloscopie (12 %), soit les deux (15 %), au moins une fois dans la vie. Cette proportion augmente avec l'âge : pour le test de dépistage de sang occulte dans les selles (TDSOS), le pourcentage atteint au maximum 44 % chez les 60-64 ans. Dans les départements où le dépistage était organisé (en 2005, au moment de l'enquête, 23 départements participaient au programme pilote de dépistage organisé), 46 % des personnes âgées de 50 à 74 ans avaient eu un TDSOS ou une coloscopie au cours de leur vie, contre 27 % dans les autres départements. Les personnes ayant réalisé le test l'ont fait dans le cadre d'une campagne d'information (44 %), ou suite à une proposition de leur médecin (31 %). 20 % l'ont réalisé de leur propre initiative : 10 % en ont fait la demande à leur médecin, et 10 % l'ont réalisé sans passer par leur médecin. Les raisons de réalisation du test sont la sensibilisation par le biais des campagnes d'information (30 %), un suivi médical régulier (29 %), la présence de symptômes ressentis (19 %), et le fait qu'un proche soit atteint d'un cancer colorectal (10 %).

Les dépistages individuels

- Le dépistage du col de l'utérus est individuel et a lieu à l'initiative du gynécologue, du médecin traitant, ou de la sage femme.
- Les cancers de la peau sont dépistables précocement par un examen visuel de la peau.
- Les cancers de la cavité buccale peuvent être détectés par les chirurgiens-dentistes, les médecins généralistes et les médecins du travail.
- le dépistage du cancer de la prostate est recommandé tous les ans pour les hommes de 50 à 75 ans. En cas de présence d'un facteur de risque, il est recommandé dès 45 ans.



IV - La prise en charge

Les soins

• Les différents professionnels intervenants

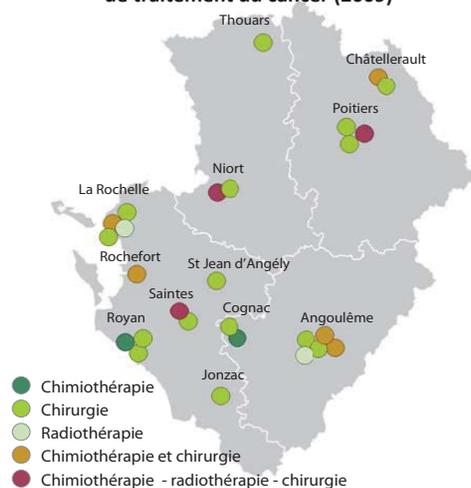
Les professionnels du soin jouant un rôle dans la prise en charge des cancers sont nombreux et divers. L'Inca et l'observatoire national des professions de santé ont réalisé une étude sur ce thème en 2007 [5] qui a permis de classer et de repérer les différents types de professionnels intervenant dans la prise en charge du cancer :

- les professionnels qui consacrent la totalité de leur activité à la cancérologie (oncologie médicale, oncologie radiothérapie, onco-hématologie),
- les professionnels qui participent au diagnostic du cancer (radiodiagnostic/imagerie, médecine nucléaire, anatomocytopathologie)
- les médecins et spécialistes : 7 spécialités médicales (et 4 spécialités chirurgicales)
- les autres professionnels de santé : addictologues, biologistes médicaux, conseillers en génétique, diététiciens, infirmiers, manipulateurs électroradiologie, pharmaciens, psychologues, psycho-oncologues et radiophysiciens

• Les établissements de santé

Les établissements qui veulent prendre en charge et traiter des patients atteints de cancer doivent être titulaires d'une autorisation de traitement du cancer. Selon l'autorisation obtenue, ils peuvent intervenir pour la chimiothérapie, la radiothérapie, et/ou la chirurgie.

Etablissements ayant une autorisation de traitement du cancer (2009)



Source : Réseau régional de cancérologie Onco-Poitou-Charentes
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Dans la région, 27 établissements ont obtenu l'autorisation de prendre en charge des malades du cancer. Certains de ces établissements ne peuvent intervenir sur la totalité des activités. Seuls 3 établissements n'ont aucune autorisation pour intervenir en chirurgie (chirurgie carcinologique mammaire, digestive, urologique, thoracique, gynécologique, ORL et maxillo-faciale), peu d'entre eux peuvent réaliser des radiothérapies (5 établissements) tandis qu'environ 40 % réalisent des chimiothérapies (10 établissements).

Les soins à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) est assurée sur l'ensemble du territoire régional : en février 2010, 286 places étaient installées. C'est en Charente-Maritime que ce nombre est le plus important (82 places installées), devant la Vienne (80 places installées), la Charente (69 places installées), et les Deux-Sèvres (55 places installées). Cette activité est assurée à la fois par le secteur public et le secteur privé. Dans la région, l'hospitalisation à domicile est assurée pour près de 42 % par le secteur public. Cette proportion diffère fortement d'un département à l'autre, avec un taux

maximum de près de 64 % dans les Deux-Sèvres tandis qu'aucune structure public n'assure ce service en Charente. En Charente-Maritime et dans la Vienne, les places installées sont gérées par le secteur public respectivement dans plus de 48 % des cas et dans plus de 56 % des cas.

Les soins palliatifs

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Dans la région, il existe une unité de soins palliatifs au CHU de Poitiers. En 2010, l'Agence Régionale d'Hospitalisation a reconnu 112 lits dédiés aux soins palliatifs.

Les centres de coordination en cancérologie (3C)

En 2000, des unités de concertation pluridisciplinaire en oncologie (UCPO) avaient été créées dans les 5 territoires sanitaires de la région. Elles évolueront en 3C d'ici fin 2010. Tout établissement de santé prenant en charge des patients atteints de cancer doit être membre d'un réseau de cancérologie et doit organiser ses activités de cancérologie dans le cadre d'un Centre de Coordination en Cancérologie (3C). Il constitue le pivot de l'organisation territoriale en réseau. Ces missions sont centrées sur la qualité, la coordination et la continuité du processus de prise en charge du patient, le respect de ses droits et son association aux décisions qui le concernent ainsi que sur l'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles et leur amélioration continue.

Attractivité régionale et fuite extrarégionale

Une étude menée sur les données de la base régionale PMSI 2009 estime à 6 % le nombre de patients résidant hors région Poitou-Charentes et opéré pour leur cancer dans un établissement en région. Quarante quatre pour cent de ces patients étaient pris en charge dans un établissement de la Vienne (dont 58 % au CHU de Poitiers), 22 % dans les Deux-Sèvres, 22 % dans la Charente-Maritime et 13 % en Charente.

A contrario, 16 % des patients résidant en région Poitou-Charentes ont été opérés hors région pour leur cancer, soit près d'un patient sur six.

Près d'un patient sur deux (48 %) a été opéré en Gironde (dont 45 % sur le CHU de Bordeaux et 24 % sur l'Institut Bergonié), loin devant le Maine-et-Loire (16 %), la Haute-Vienne (9 %), la Loire-Atlantique (8 %) ou encore Paris (6 %).

Source : Registre des cancers Poitou-Charentes

Une étude sur le délais de soins

Une étude récente a évalué les déterminants socio-économiques et géographiques du délai de traitement par radiothérapie chez des patientes atteintes de cancer du sein non métastaté en Poitou-Charentes et en Aquitaine (cohorte REPERES). Pour les patientes sans chimiothérapie, le délai médian chirurgie-radiothérapie était de 6,9 semaines. Pour les patientes avec chimiothérapie, le délai médian chimiothérapie-radiothérapie était de 4,0 semaines. L'analyse a mis en évidence une variabilité importante liée à l'établissement de radiothérapie. Le délai chirurgie-radiothérapie était plus court pour les patientes jeunes, celles qui avaient cherché des informations et celles pour lesquelles chirurgie et radiothérapie avaient été réalisées dans le même établissement. En revanche, aucune caractéristique socio-économique ou géographique, en dehors de l'établissement, n'était associée au délai chimiothérapie-radiothérapie.

Determinants of variability in waiting times for radiotherapy in the treatment of breast cancer.
Bouche Gauthier, Ingrand Isabelle, and Al.
A paraître dans la revue "Radiology and Oncology"



V - L'accompagnement et le suivi

Les réseaux

Dans la région 13 réseaux gérontologiques et 3 réseaux de soins palliatifs ont vocation à accompagner et à suivre les malades du cancer notamment. Ces différents réseaux sont susceptibles de collaborer avec « Onco-Poitou-Charentes ». Ce réseau régional de cancérologie, association créée en mai 2006, réunit et coordonne tous les professionnels prenant en charge des patients cancéreux. Il a pour objectif de permettre à tous les patients d'accéder à une prise en charge globale de qualité. Ce n'est pas un réseau de soins. C'est un réseau de partage de l'information et d'harmonisation des outils et des pratiques.

Les Espaces de rencontre et d'information (ERI)

Deux ERI sont présents sur le territoire régional (au CH d'Angoulême depuis 2007 et au CHU de Poitiers depuis 2009). Leur rôle est de contribuer à une prise en charge de qualité. En interactivité avec les acteurs de soins, l'accompagnateur en santé de l'ERI offre aux patients et aux proches un accès à l'information, un accompagnement et une écoute et organise des manifestations (réunions débats, ateliers thématiques).

Espace adolescent du CHU de Poitiers

Cet espace accueille les adolescents et met à disposition jeux, consoles vidéo, télévision et livres. Les enfants qui le peuvent se rendent dans cet espace ou à la ludothèque, accompagnés de leurs parents tandis que des animateurs se déplacent auprès des malades qui ne peuvent pas quitter leur chambre. D'autres associations, telles que l'Association d'entraide contre la leucémie (ADEL) ou l'association Jeunes enfants jouent un rôle important.

Les associations d'usagers

En Poitou-Charentes, de nombreuses associations d'usagers œuvrent pour l'accompagnement des malades du cancer. Ainsi, pas moins de 44 associations sont ainsi réparties sur les 4 départements de la région : 12 en Charente, 13 en Charente-Maritime, 10 dans les Deux-Sèvres et 9 dans la Vienne.

Les inégalités face au cancer

De fortes disparités sociales existent face au cancer. Ces inégalités sociales de santé peuvent exister à deux niveaux distincts : sur le risque de survenue de la maladie mesuré par l'incidence et sur les conditions de sa prise en charge dont l'efficacité est mesurée par la survie.

Les conséquences sont perceptibles sur les données de mortalité : selon le niveau d'études, de fortes inégalités de mortalité par cancer sont constatées notamment chez les hommes en particulier pour le cancer des voies aéro-digestives supérieures. Chez les femmes, ces inégalités sont moindres mais sont constatées pour les cancers de l'utérus, de l'estomac, et le poumon, tandis que les inégalités observées pour le cancer du sein dans les années 70 ont disparu depuis les années 90. Ces inégalités pourraient ne pas être expliquées en totalité par des expositions différentes. En effet, « il est possible qu'il existe des inégalités sociales de survie...[qui]... pourraient être liées en partie à des différences de recours aux soins. » des travaux doivent viser à identifier et à mieux comprendre ces mécanismes pour à terme proposer des moyens d'action opérationnels pour réduire ces disparités dans le dépistage et le traitement des cancers.

De plus, selon les données de l'enquête Sumer 2003, d'importantes inégalités en matière de prévention des cancers professionnels existent, inégalités qui seraient liées à des inégalités d'exposition aux cancérogènes. Ainsi, cinq secteurs d'activité sur 36 concentrent la moitié des salariés exposés (construction, commerce et réparation automobile, métallurgie, services opérationnels, santé).

Enfin, dans la mesure où ils occupent des emplois dans les secteurs les plus exposés, les hommes constituent 84 % des salariés exposés aux cancérogènes.

VI - Les répercussions sur la vie quotidienne

Selon une étude de l'Inserm [13], deux ans après le diagnostic d'un cancer, environ un quart des personnes concernées estime que l'annonce de la maladie a été trop brutale. Cependant, neuf patients sur dix estiment avoir eu une information médicale suffisante durant les deux ans qui ont suivi. Ainsi, sept patients sur dix se disent tout à fait satisfaits de leur suivi médical même si près d'un sur deux considère ne pas avoir été associé au choix de son traitement.

Qualité de vie et séquelles

Les personnes atteintes d'un cancer déclarent, deux ans après le diagnostic, une qualité de vie, physique et mentale, très inférieure à celle de la population générale. Les trois quarts des patients estiment conserver des séquelles de la maladie ou du traitement et un tiers les considèrent com-

me assez gênantes et un sur cinq comme très gênantes. Ce sont les malades atteints d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures ou du poumon qui sont les plus concernés.

Source : les conditions de vie des patients atteints d'un cancer deux ans après le diagnostic [13]

Répercussions professionnelles et économiques

Les analyses visant à étudier l'évolution de la situation des patients se sont limitées aux patients âgés de moins de 58 ans et occupant un emploi au moment du diagnostic. Parmi eux, deux ans après, deux sur dix étaient sans emploi : 3 % ont bénéficié d'une préretraite ou d'une retraite anticipée, 5 % étaient en invalidité permanente, un peu moins de 5 % étaient classés parmi les « autres inactifs », et 6 % étaient au chômage.

Ainsi, plus de 80 % ont conservé leur emploi avec toutefois des situations diverses : 14 % sont restés en congés maladie durant les deux années, 15 % n'ont jamais interrompu leur activité, et donc 52 % ont arrêté momentanément leur activité et l'ont reprise dans les deux ans qui ont suivi le diagnostic. Les facteurs associés à une moindre probabilité de conser-

ver son emploi sont un âge plus élevé, un moindre niveau d'études, l'appartenance au secteur privé, un emploi ouvrier ou agricole. De plus, les malades d'un cancer des voies aéro-digestives ou du poumon sont moins nombreux à garder leur emploi que les malades atteints d'un cancer de la prostate.

En ce qui concerne les répercussions économiques, si 6 % ont vu leurs ressources augmenter, pour un quart, elles ont diminué. Parmi ceux qui ont vu leurs ressources diminuées, près des deux tiers déclarent que cette diminution serait liée au cancer. Enfin, plus de 40 % des patients ayant un emprunt en cours ont eu des difficultés pour le remboursement.

Source : situation professionnelle et difficultés économiques des patients atteints d'un cancer deux ans après le diagnostic [14].



VII - Recherches - Projets et initiatives régionales

Le cancérpôle

Dans le plan cancer, les cancérpôles ont pour mission de mieux structurer les compétences et les infrastructures au niveau régional et interrégional, dans un objectif d'interdisciplinarité, de taille critique et d'excellence scientifique. Le cancérpôle Grand Ouest, dont le siège social est à Nantes, est un groupement d'intérêt public qui a pour mission de contribuer au développement et au transfert de la recherche fondamentale en vue d'une meilleure prise en charge des patients atteints de cancer.

La Tumorothèque

Labellisée en juillet 2004, la tumorothèque permet de centraliser et d'archiver des échantillons tumoraux. Elle s'inscrit dans l'action conduite par le cancérpôle Grand-Ouest et a pour objectif d'associer l'ensemble des structures hospitalières publiques et privées. La Tumorothèque intègre actuellement les échantillons du CHU de Poitiers, le CH de Niort et les Centre hospitalier de La Rochelle, dotés d'une structure d'Anatomie et Cytologie Pathologiques (ACP). Fin 2009, la tumorothèque régional du CHU de Poitiers conservait 9 230 prélèvements congelés, provenant de 4 415 patients, dont 835 inclus en 2009.

Etude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon :

Le Réseau Onco-Poitou-Charentes a été retenu pour mener, en 2011, une étude pilotée par l'Institut National du Cancer (INCa) sur les délais de prise en charge de deux des cancers les plus fréquents (cancers du sein et du poumon) en région Poitou-Charentes. Cette étude, menée en collaboration avec l'ORS Poitou-Charentes, a pour objectif de réaliser un état des lieux des délais les plus traceurs du parcours de soins, de répondre à la demande des patients et d'identifier les éventuelles inégalités d'accès aux soins en termes de délais.

Le registre régional des cancers Poitou-Charentes :

Le registre recense depuis le 1er janvier 2008 tous les nouveaux cancers des personnes domiciliées en région Poitou-Charentes. Il participe à l'orientation des prises de décision en santé publique, par la production d'indicateurs indispensables à la veille sanitaire et à la planification du système de soins.

Références bibliographiques

1. Hill C, Doyon F, Moussannif A. Evolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006. InVS. Mai 2009. 272 p.
2. ORS Poitou-Charentes. Les tumeurs *in* Panorama de la santé en Poitou-Charentes. Mars 2010. Fiche 3.2., 4 p.
3. ORS Poitou-Charentes. Les tumeurs *in* Atlas de la mortalité en Poitou-Charentes. Mars 2009. p. 24-36
4. Uhry Z. *et al.* Estimations départementales de l'incidence du cancer colorectal en France à partir des données hospitalières 1999-2003. RESP volume 57 n°5. Octobre 2009. p329-336.
5. Inca. La situation du cancer en France en 2009. Rapports & synthèses. Octobre 2009. 208 p.
6. Inca. Détection des cancers d'origine professionnelle : quelques clés pour agir. Octobre 2006. 4 p.
7. INRS. Les expositions aux produits cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques. Document pour le médecin du travail n°104, 2005, p 471 à 483.
8. Unité d'oncologie pédiatriques. Sup. CHU Infos. CHU de Poitiers Pôle femme-mère-enfant. Septembre 2009. 4p.
9. Site de l'Inca : <http://www.e-cancer.fr>, visité le 30 août 2010
10. Inca. Environnements et cancers. Fiche repère. Juillet 2008. 4 p.
11. Inca. Cancers professionnels. Fiche repère. Décembre 2008. 4p
12. Guilbert P., Perretti P., Beck F., Gautier A., Baromètre cancer 2005. INPES. Novembre 2006. 201p.
13. ORS Poitou-Charentes. Dispositifs de dépistage *in* Panorama de la santé en Poitou-Charentes. Mars 2010. Fiche 6.6., 2 p.
14. Menvielle G. *et al.* Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. BEH n°33. Septembre 2008. p 289-292.
15. Inca. Cancers professionnels et inégalités sociales. Fiche repère. Mars 2010. 4 p.
16. Le Corroller-Soriano A.G., Malavolti L., Mermilliod C. La vie deux ans après le diagnostic du cancer. Etudes et Statistiques. Drees. 2008. 408 p.
17. Le Corroller-Soriano A.-G. *et al.* Les conditions de vie des patients atteints d'un cancer deux ans après le diagnostic. Etudes et Résultats n°486, Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation, et des Statistiques. Mai 2006. 12 p.
18. Bataille Ph. *et al.* Situation professionnelle et difficultés économiques des patients atteints d'un cancer deux ans après le diagnostic. Etudes et Résultats n°487. Drees. Mai 2006. 8 p.

Pour en savoir plus

1. Plan cancer 2009-2013, disponible sur : <http://www.sante-sports.gouv.fr/plan-cancer-2009-2013.html>
2. Bélot A *et al.* Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. InVS. Décembre 2008. 132 p.
3. Hospices civils de Lyon, Invs, Inca, Francim, Inserm. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010. Rapport technique. Avril 2010. 75 p.
4. Réseau Onco Poitou-Charentes. Rapport activité 2008. 95 p.



LE JOURNAL

DE L'INSTITUT CURIE

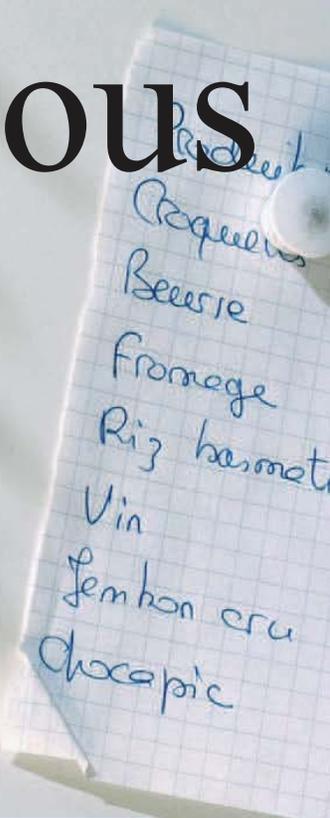
COMPRENDRE POUR AGIR CONTRE LE CANCER

DOSSIER

Le dépistage l'affaire de tous



soft line



ENTRE NOUS

Venez soutenir
l'Institut Curie
les 2 et 3 octobre

POUR ÉLODI



59 - AOÛT 2004 - 1,25 € - ISSN 1145-9131



LE DÉPISTAGE : L'AFFAIRE DE TOUS LA RESPONSABILITÉ DE CHACUN

↑ Dès 25 ans, les femmes se voient proposer un test pour détecter les lésions précancéreuses du col de l'utérus. Ceci explique en partie le spectaculaire recul du nombre de nouveaux cas : 6 000 en 1975 contre 3 300 en 2000.

Certains chiffres font peur. Ceux des cancers diagnostiqués notamment : 280 000 nouveaux cas chaque année en France, soit 760 par jour ! Ce nombre ne cesse d'augmenter : il était de 189 000 en 1985... Mais grâce à une sensibilisation et au dépistage, certains cancers peuvent être diagnostiqués de plus en plus précocement et sont donc plus réceptifs au traitement. C'est dire la nécessité de se surveiller de près.

Il n'y a pas si longtemps, la plupart des cancers étaient diagnostiqués tardivement parce que les patients n'étaient alertés qu'à l'apparition d'un signe anormal. Les médecins trouvaient alors des tumeurs souvent métastatiques nécessitant des traitements lourds, mutilants, avec des chances de guérison loin d'être

excellentes. Aujourd'hui, les spécialistes se félicitent : en matière de cancer, certains changements de mentalité, amorcés il y a une vingtaine d'années, portent enfin leurs fruits. Il faut peut-être voir là l'héritage des premières campagnes de sensibilisation – on parlait alors de « propagande ». Il est vrai que le dépistage comme la prévention ne sont pas le fort de la France qui, en matière de santé publique, accuse un retard par rapport à ses voisins européens. Et pourtant, la première campagne remonte à 1919, à l'initiative de l'Association française pour l'étude du cancer, créée treize ans plus tôt. « Celle-ci s'est adressée au gouvernement afin d'obtenir un soutien financier et un aval officiel. Le ministère de l'Hygiène a fait placarder 45 000 "avertissements" dans les mairies ou les écoles, soit une moyenne d'une





80%
des tumeurs
mammaires traitées
à l'Institut Curie
sont suffisamment
« petites » pour
permettre
la conservation
du sein.

affiche par commune!», explique Nathalie Huchette, chargée d'études au musée Curie. Reprenant les idées du P^r Claudius Regaud, premier directeur de la Fondation Curie, La Ligue française contre le cancer née à la fin de la Première Guerre mondiale prend le relais, avec des tracts et des affiches illustrées qui, dès 1923, insistent sur la nécessité d'un diagnostic précoce : « *Le cancer peut être guéri s'il est traité à son début* », « *Le cancer, tuez-le dès son début* ». Faute de techniques, on ne parlait pas à l'époque de dépistage. Mais ces actions avaient le mérite d'exister.

Une prise de conscience

Depuis une vingtaine d'années, de mieux en mieux informée, une partie de la population prend sa santé en charge, consulte régulièrement son médecin traitant, fait des « contrôles »... Le praticien prescrit ou réalise des examens complémentaires (frottis, mammographie, bilan sanguin, par exemple), même si l'examen clinique qu'il a effectué est normal. C'est le dépistage individuel. Il laisse toutefois de côté toute une frange, encore importante, de la population qui ne consulte que lorsque « ça va mal » et qui peut donc rester des années sans entrer dans un cabinet médical.

Or, plus la tumeur est petite, moins le nombre de cellules malignes à détruire est important. Elles n'ont pas eu la possibilité de se multiplier un grand nombre de fois, d'envahir des ganglions, ni de former des métastases. Elles sont aussi plus sensibles à la radiothérapie. Cela autorise donc des traitements plus conservateurs, plus doux tout en donnant de plus grandes chances de guérison.

Le cancer du sein est un bon exemple : des expériences scandinaves montrent que son dépistage peut diminuer de 30% la mortalité due au premier cancer féminin en Europe. Il faut aussi savoir que, dans les années 1980, pour environ une femme sur deux atteintes, l'ablation du sein devait être pratiquée en raison de la taille de la tumeur. Aujourd'hui – grâce au dépistage précoce – dans 80% des cas, une chirurgie conservatrice (tumorectomie) qui préserve le sein est proposée. (Lire encadré p. 11.) ■ ■ ■

**En deux ans, 7,8 millions
de femmes vont être
invitées à passer
une mammographie.**

INTERVIEW



A. Lescurre / Institut Curie

D^r ANNE TARDIVON,
radiologue à l'Institut
Curie et membre du
Conseil d'administration
de l'Association pour
le dépistage des cancers
à Paris (Adeca 75)

**Le dépistage organisé
du cancer du sein repose**

**sur les radiologues libéraux. Sont-ils
tous compétents ?**

La situation a beaucoup évolué depuis quelques années. Désormais, les radiologues qui souhaitent prendre part à cette campagne de dépistage doivent suivre une formation obligatoire et pratiquer au moins 500 mammographies par an. L'idée est de ne retenir que ceux qui ont acquis le meilleur savoir-faire en la matière.

**Au-delà de la compétence,
sont-ils tous bien équipés ?**

Depuis 2003, le contrôle des appareils de mammographie est sous la responsabilité de l'Affaps¹ qui a accrédité des structures externes. Ces contrôles, effectués tous les six mois, complètent celui effectué par le cabinet ou le service de radiologie. Ainsi, les appareils de mammographie répondent à des critères strictement définis. Si une anomalie est révélée, et en fonction de la gravité de celle-ci, soit l'installation est momentanément arrêtée, soit elle continue sous couvert d'une action correctrice validée par une nouvelle vérification. On peut donc affirmer que les appareils actuellement utilisés sont aux normes en vigueur.

En quoi consiste ce dépistage ?

L'examen doit comporter la palpation des seins, la réalisation de deux radiographies pour chaque sein. Afin d'éliminer tout risque d'erreur, tous les clichés considérés comme normaux ou bénins par le radiologue ayant réalisé l'examen sont adressés pour une seconde lecture à un radiologue indépendant formé et lisant au moins 2000 mammographies par an. Si le radiologue ayant effectué l'examen détecte une anomalie suspecte, il fait immédiatement réaliser des examens complémentaires (échographie, prélèvement) pour confirmer le diagnostic.

Propos recueillis par Pierre Kanter

1. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.



TÉMOIGNAGE

« Mon médecin m'a prescrit le test et j'ai suivi son conseil »



S. Laure / Institut Curie

DANIÈLE, 69 ANS. HEUREUSEMENT, ELLE A FAIT UN TEST HÉMOCCULT

C'était en juillet 2002. Alors âgée de 67 ans, Danièle a mal au ventre depuis quelques mois. Elle finit par rendre visite

à son médecin. Celui-ci ne trouve rien d'anormal à l'examen clinique, mais lui prescrit un test Hemoccult pour savoir s'il n'existe pas du sang dans ses selles. « Je suis allée au laboratoire, mais je ne savais pas qu'il fallait trois prélèvements ! Deux se sont révélés positifs et mon médecin m'a donc adressée à un gastro-entérologue. J'ai donc pris un rendez-vous à l'Institut Curie », se souvient Danièle. Une coloscopie montre alors la présence d'une tumeur qualifiée de « précancéreuse ». Les spécialistes lui expliquent qu'il faut l'enlever le plus vite possible. « J'ai été opérée en septembre, je suis restée hospitalisée douze jours et au bout d'un mois, j'ai pu reprendre ma mère dépendante, poursuit Danièle. Le chirurgien m'a conseillé ensuite de voir un chimiothérapeute qui m'a fortement recommandé un traitement. C'était préférable, par précaution, pour être certain de détruire d'éventuelles cellules cancéreuses. » Confiante, Danièle accepte et programme donc sur son agenda une séance tous les quinze jours. « Je n'ai pas perdu mes cheveux, mais j'avais beaucoup de nausées, j'étais très fatiguée, je ne supportais pas la lumière. » Ce traitement a duré six mois. Depuis, Danièle se rend deux fois par an à l'Institut Curie pour une visite de contrôle. Tout va bien. « Je suis vraiment très contente d'avoir consulté sans trop attendre. »

Pierre Kanter

Le dépistage du cancer du sein peut sauver 2 000 à 3 000 vies chaque année.

■ ■ ■ Gagner du temps sur la maladie

Chef du Service de biostatistique et membre du Groupe sur la méthodologie du dépistage de l'INVS¹ à l'Institut Curie, le D^r Bernard Asselain constate « qu'en 1986, 6 % seulement des cancers du sein étaient découverts à la mammographie, en l'absence de tout signe clinique. Aujourd'hui, cette part atteint 35 à 40 % ! ».

Il en va de même pour le cancer de la prostate, le plus fréquent des cancers de l'homme avec 40 000 nouveaux cas chaque année en France. Urologue à l'hôpital Saint-Louis (Paris), le P^r François Desgrandchamps constate « qu'avant le dosage du PSA², l'immense majorité de ces cancers était diagnostiquée lorsque les patients avaient des symptômes qui les amenaient à consulter et qui témoignaient d'une maladie déjà grave. Grâce à ce test, nous découvrons aujourd'hui les tumeurs à un stade précoce, alors qu'elles ne sont pas encore palpables. Leur pronostic de guérison est très bon. Proposer ce dépistage relève tout simplement du bon sens. » C'est ce que fait l'Association française d'urologie, appuyée par l'Académie de médecine : à partir de 50 ans, tout homme devrait consulter son médecin pour un toucher rectal et un dosage sanguin du PSA total. « Depuis trois à quatre ans, je vois en consultation de plus en plus d'hommes qui veulent savoir, qui demandent ce dépistage. Je ne peux que les approuver », insiste le P^r Desgrandchamps.



40 000

C'est le nombre de nouveaux cas de cancers de la prostate diagnostiqués en 2000.

Leur fréquence a augmenté du fait de l'allongement de la durée de la vie faisant de cette pathologie le cancer masculin le plus fréquent.

Généraliser le dépistage

Pourtant, à lui seul, le dépistage individuel ne permet pas d'atteindre la majorité de la population concernée. Pour faire reculer le cancer, seule une politique d'envergure peut donner des résultats flagrants. À l'initiative du président de la République, une mission interministérielle s'est penchée sur le sujet avec pour objectif, fixé par le Plan cancer, de réduire de 20% la mortalité par cancer d'ici quatre ans. À la tête de la Mission pour la lutte contre le cancer, Pascale Briand souligne « qu'en ce qui concerne le dépistage, l'une des mesures essentielles est

1. Institut national de veille sanitaire.

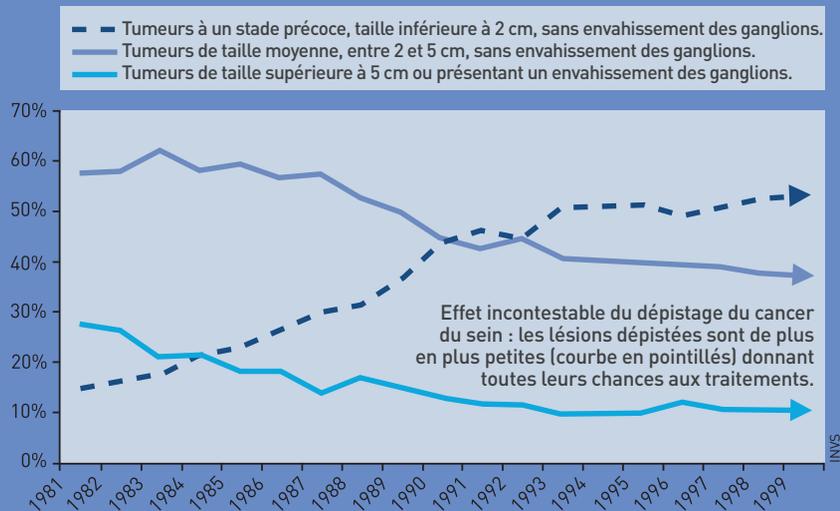
2. PSA [de l'anglais Prostatic Specific Antigen] : marqueur spécifique de la prostate.



CANCER DU SEIN

La taille des tumeurs diagnostiquées diminue

Grâce à l'essor de la mammographie, les tumeurs du sein sont dépistées à un stade de plus en plus précoce. Leur taille moyenne au moment du diagnostic a donc nettement diminué au fil des ans. À l'Institut Curie, en 1981, elle était en moyenne de plus de 4 centimètres. On est passé à moins de 3,5 centimètres en 1987 et à 2,9 centimètres à présent. « Le bond en avant est encore plus impressionnant si on analyse l'évolution du pourcentage de diagnostic des tumeurs de petite taille : en 1981, seulement 14,5 % des tumeurs diagnostiquées pouvaient bénéficier d'une chirurgie enlevant la tumeur et conservant le sein. On est passé à 52 % sans envahissement ganglionnaire ! », précise le Dr Bernard Asselain, de l'Institut Curie. Ces chiffres sont tout à la gloire du dépistage. Ils se traduisent par une évidente amélioration de la survie des patientes puisque les tumeurs sont traitées à un stade plus précoce. Les courbes sont tout à fait éloquentes. Peut-on faire mieux ? Sans aucun doute, puisque



le dépistage du cancer du sein est désormais proposé systématiquement à toutes les femmes à partir de 50 ans. Il va ainsi toucher – c'est l'un de ses objectifs – les femmes qui échappent habituellement à toute surveillance médicale. Une amélioration des statistiques est donc espérée dans les mois et les années à venir. Et ce bénéfice va se retrouver pour d'autres cancers visés par de nouvelles actions de sensibilisation et de dépistage. Par exemple : les cancers du col de l'utérus, du côlon ou du rectum.



LE SAVIEZ-VOUS ?

Des associations se mobilisent pour sensibiliser les populations mal suivies au plan médical sur l'importance du dépistage, notamment en milieu rural ou en périphérie des grandes villes.

la généralisation de celui du cancer du sein. Nous partons de loin. Dès 1989, quelques départements l'ont organisé, ils étaient quarante au bout de dix ans, avec un taux de participation au mieux de 50%, alors qu'il faut atteindre au moins 70% pour avoir un réel impact. Ces actions, aussi méritantes soient-elles, n'ont pas bénéficié d'une volonté politique. Or aujourd'hui, nous sommes parvenus à généraliser ce dépistage à l'ensemble des départements en dix mois seulement.»

Cette vaste campagne s'appuie notamment sur des actions d'information et de sensibilisation (spots télévisés, réunions organisées par la Mutualité sociale agricole afin de toucher les femmes en milieu rural, par exemple). Des associations ont également été particulièrement actives comme Europa Donna³ qui, présente dans 33 pays, informe les femmes sur le cancer du sein et son dépistage. « Nous avons participé à l'élaboration du Plan cancer, nous nous battons

pour que toutes les femmes bénéficient des meilleurs soins possibles, commente sa présidente, Nicole Alby. Car, il y a encore des femmes qui sont soignées dans un établissement où on n'opère qu'une dizaine de cancers du sein par an, où dans lequel on ne sait pas pratiquer des actes complémentaires essentiels pour connaître l'extension de la maladie. C'est inadmissible. »

Des professionnels mobilisés

Par ailleurs, le corps médical a évidemment été sensibilisé, et tout particulièrement les radiologues libéraux (lire l'interview p. 9). « Toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans (elles sont 7,8 millions !) auront reçu d'ici à deux ans une invitation à passer gratuitement une mammographie. Un taux de participation supérieur à 70% devrait permettre de sauver 2 000 à 3 000 vies chaque année. Les premières analyses ■■■

3. Europa Donna www.europadonna.org Tél. : 01 44 30 07 66



➔ Alors que l'augmentation du nombre de nouveaux cas de mélanome de la peau est préoccupante, la montée en puissance des actions de sensibilisation laisse espérer un diagnostic plus précoce conduisant à une meilleure efficacité des traitements.

■■■ *montrent qu'il est déjà atteint dans le Bas-Rhin* », se réjouit Pascale Briand.

À l'heure actuelle, l'ensemble des médecins s'implique dans le dépistage et le diagnostic précoce, à l'instar du Syndicat national des dermatovénérologues qui organise, depuis sept ans en mai, la Journée nationale de dépistage anonyme et gratuit des lésions précancéreuses et des cancers de la peau. Vice-présidente du syndicat, le

D^r Claudine Blanchet-Bardon en rappelle le principe : « *il suffit de se rendre dans un des centres participants (centres de santé, dispensaires...) pour être examiné des pieds à la tête par un dermatologue, qui a quitté son cabinet pour l'occasion. S'il dépiste une lésion suspecte, il incite le patient à consulter le dermatologue de son choix. Dans certains cas, il organise lui-même le rendez-vous avec le patient.* » Le bilan de cette action est très positif puisque depuis 1998, 140 000 personnes ont été examinées, 997 cancers ont été dépistés, dont environ 200 mélanomes. Il faut savoir que le mélanome représente la première cause de mortalité des femmes de 25 à 29 ans alors qu'il est guérissable dans plus de 90 % des cas, s'il est traité à son début. Dans le cas contraire, le pronostic est très sombre.

Le dépistage nous concerne tous

Le Plan cancer entend également favoriser le dépistage du cancer colo-rectal. « *Ce dépistage repose sur le test Hemocult II, qui détecte la présence de sang dans les selles, imperceptible à l'œil* », précise le P^r Denis Sautereau, chef du Service de gastro-entérologie au CHU de Limoges et président de la Société française d'endoscopie digestive. S'il est positif, on pratique une coloscopie. Si celle-ci révèle la présence de polypes, nous en pratiquons l'ablation pour éviter qu'ils se transforment en lésions cancéreuses (lire le témoignage p.10). Vingt-deux départements participent actuellement à l'évaluation de ce test pour déterminer s'il doit être généralisé. « *Ce que nous souhaitons et le plus rapidement possible, réclame le P^r Sautereau. Dans l'optique d'un dépistage par coloscopie, elle pourrait être proposée autour de 45-50 ans car le nombre de polypes diagnostiqués augmente de façon significative à partir de cet âge et que surtout, 11,6% des cancers colo-rectaux sont diagnostiqués entre 50 et 55 ans. Chez les personnes qui ont des antécédents familiaux de cancers colo-rectaux, il faut pratiquer une coloscopie encore plus tôt.* » Quant au dépistage des lésions précancéreuses du cancer du col de l'utérus, c'est la raison d'être d'une des 70 mesures du Plan cancer. Il repose sur un test, le frottis, et concerne 16 millions de femmes (lire la fiche pratique p.13). Individuel (sur notre propre initiative ou celle de notre médecin) ou organisé (sur ■■■

LES 7 SIGNES D'ALERTE

- ➔ **modification, changement d'aspect ou de couleur d'un grain de beauté ;**
- ➔ **troubles digestifs ou urinaires sans cause apparente ;**
- ➔ **toux ou enrrouement persistants ;**
- ➔ **troubles de la déglutition ;**
- ➔ **plaie qui ne guérit pas ;**
- ➔ **hémorragie digestive, urinaire, génitale ou crachat sanglant ;**
- ➔ **boule dans le sein, rétractation ou écoulement du mamelon.**

L'apparition d'un de ces signes doit amener à consulter rapidement car ils peuvent être le symptôme d'un cancer. Outre un examen clinique, le médecin pourra prescrire des examens complémentaires (radiographie, endoscopie, prélèvement...) pour déterminer l'origine exacte du symptôme. S'il s'agit d'un grain de beauté, le dermatologue pourra en réaliser l'ablation immédiate s'il l'estime nécessaire.





BSIP

FICHE PRATIQUE

COL DE L'UTÉRUS

Faire un frottis

➔ DE QUOI S'AGIT-IL ?

Chaque année en France, sont réalisés entre 5 et 6 millions de frottis. Ce test de dépistage permet de mettre en évidence d'éventuelles anomalies des cellules du col de l'utérus, dont certaines sont précancéreuses. Leur traitement évite l'évolution vers le cancer. Grâce au frottis, la fréquence des cancers du col de l'utérus a diminué d'environ 30 %.

➔ À QUI S'ADRESSE-T-IL ?

À toutes les femmes âgées de 20 à 65 ans sauf celles dont le col de l'utérus a été retiré lors d'une hystérectomie (ablation de l'utérus), par exemple. Pourtant, en France, à l'heure actuelle, on estime que 30 à 40 % des femmes n'ont jamais fait de frottis. Il y a donc beaucoup d'efforts à faire pour que ce pourcentage diminue. Ce test est remboursé à 60 % par l'Assurance maladie.

➔ À QUEL RYTHME DOIT-ON LE PRATIQUER ?

L'examen doit être régulier, selon une fréquence déterminée par le médecin en fonction des antécédents médicaux personnels. Le rythme est généralement d'un frottis tous les trois ans.

➔ COMMENT SE PRATIQUE-T-IL ?

Le frottis est totalement indolore. Il s'effectue lors d'une consultation chez le généraliste ou le gynécologue, en dehors de la période des règles, sans préparation particulière sauf après la ménopause (un traitement hormonal pendant les trois semaines précédant l'examen est alors nécessaire).

Après avoir posé un spéculum pour écarter les parois du vagin, le médecin recueille des cellules du col et de l'intérieur du col avec une spatule ou une brosse. Puis, selon la technique utilisée, le praticien étale son prélèvement sur une lame ou place le contenu de la brosse dans un liquide spécial (frottis en phase liquide). La seconde technique évite les frottis non interprétables du fait d'un mauvais étalement des cellules sur la lame (3 à 4 % des frottis).

➔ QUI PRATIQUE L'ANALYSE ?

Le prélèvement est adressé à un laboratoire de cytologie pour y être analysé. En observant les cellules au microscope, le spécialiste détermine si elles présentent ou non des anomalies, et si c'est le cas, il les caractérise selon une classification internationale (dite « de Bethesda ») : lésions bénignes, de bas grade, de haut grade...

➔ QUI COMMUNIQUE LES RÉSULTATS ? QUELLE SUITE Y DONNER ?

Le médecin qui a pratiqué l'examen sur la patiente lui communique le résultat des analyses. Si le frottis est normal, rendez-vous est pris dans trois ans.

En présence d'anomalies, le praticien proposera selon le cas un nouveau prélèvement, une surveillance tous les six mois ou un examen complémentaire (la colposcopie) pour localiser l'anomalie et en réaliser l'ablation.

Faut-il dépister le HPV ?

HPV : ces initiales désignent une famille de virus dont certains favorisent l'apparition du cancer du col de l'utérus. Un très grand nombre de femmes sont contaminées, mais dans l'extrême majorité des cas, cette infection guérit spontanément en quelques mois. Il n'est donc pas utile de chercher systématiquement ce virus. Toutefois, cette recherche est recommandée lorsque le frottis révèle certaines anomalies (frottis « ascus »). La technique en phase liquide le permet. La présence de ces virus orientera le médecin vers des examens complémentaires. Dans ce contexte, ce test est remboursé (60 % de 48,60 €).

D^r XAVIER SASTRE, CHEF DU SERVICE DE PATHOLOGIE,
D^r BERNARD HUYNH, GYNÉCOLOGUE, SERVICE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE ET SÉNOLOGIE, INSTITUT CURIE





S. Labrunie/Institut Curie

Expertise de l'Institut Curie

Depuis mars dernier, à l'Institut Curie comme dans 57 établissements de santé de 15 régions, un nouveau dispositif d'annonce du diagnostic est expérimenté impliquant 30 000 nouveaux patients en 2004. L'un des objectifs est que le diagnostic soit annoncé au patient au cours d'une consultation longue et spécifique, réalisée par un médecin acteur du traitement (oncologue, chirurgien, spécialiste d'organes...). En 2006, tous les nouveaux malades atteints de cancer devraient en bénéficier.

**Dosage sanguin
et toucher rectal
réguliers sont
recommandés dès
50 ans pour surveiller
la prostate.**

■■■ invitation des pouvoirs publics), le dépistage nous concerne tous, nous devons y adhérer et nous y soumettre de bonne grâce. Il faut en parler avec son généraliste qui se trouve en première ligne. Le Dr Gilles Erriau, animateur de MG-Cancer, une association de médecins généralistes particulièrement sensibles à la prise en charge des patients atteints de cancer, évoque son expérience : « Si j'ai en face de moi une femme de 50 ans, je lui demanderai de quand date sa dernière mammographie. S'il s'agit d'un homme, je parlerai du PSA et du toucher rectal. C'est un des rôles essentiels du médecin de famille. Nous crédibilisons également les campagnes de dépistage. En en parlant, cela facilite l'adhésion des patients. »

L'annonce du diagnostic

Qui dit dépistage, dit aussi diagnostic. Le Plan cancer prévoit à cet égard de « permettre aux patients de bénéficier de meilleures conditions d'annonce du diagnostic de leur maladie ». Plusieurs centres spécialisés, dont l'Institut Curie, ont été retenus pour expérimenter cette « consultation d'annonce », jusqu'alors souvent faite trop rapidement, parfois en quelques minutes. « C'est un moment toujours très difficile, mais le terrain a souvent été préparé lors de l'examen initial et les patientes s'y attendent, assure le Dr François Campana, chef du service

des consultations médico-chirurgicales à l'Institut Curie. *L'attitude des patientes a changé depuis quelques années. Auparavant, elles ne discutaient pas de ce que nous leur proposons, alors qu'aujourd'hui, mieux informées, elles posent des questions sur les effets secondaires des traitements, mettent en avant la qualité de vie. Il s'instaure un véritable dialogue qui aboutit à une décision.* »

Du fait d'un nombre croissant de consultations, on pourrait craindre que ce dialogue ne se réduise. Pour éviter cet écueil, l'Institut Curie, comme d'autres établissements, a adopté un système de « délégation » : les femmes soignées pour un cancer du sein sont, ou seront, suivies par leur gynécologue ou leur médecin traitant, formés tout spécialement. Les patientes ne consulteront de spécialiste hospitalier que tous les deux ans. Ce qui donnera à ces derniers plus de temps pour accompagner leurs nouveaux patients.

La nécessité de surveiller les signes avant-coureurs ne fait pas de doute, que ce soit pour être pris en charge rapidement ou pour se rassurer sur sa bonne santé. C'est l'affaire tant des médecins que de chacun d'entre nous. Les actions de dépistage seront certainement étendues dès lors que des techniques simples et fiables le permettront. Avec, à la clef, des milliers de vies sauvées...

Pierre Kanter



La Cour des Comptes fustige l'échec des politiques de lutte contre le tabagisme

LE MONDE | 13.12.2012 à 12h00 • Mis à jour le 13.12.2012 à 12h42

Par Laetitia Clavreul



Les associations de lutte contre le tabac apprécieront, les fabricants et les buralistes plutôt pas. La Cour des comptes devait remettre à l'Assemblée nationale, jeudi 13 décembre, un rapport d'évaluation des politiques de lutte contre le tabagisme. Elle y pointe une discontinuité des décisions, un manque de contrôle, trop de poids laissé aux lobbies... et, au final, un résultat «décevant» et «inquiétant», puisque la prévalence du tabac, notamment chez les femmes et les jeunes, augmente de nouveau.

La Cour estime que les politiques de lutte se sont "essouffées", mais c'est clairement leur échec qui transparaît. Cela ne devrait pas déplaire au président de l'Assemblée Claude Bartolone, qui doit recevoir ce rapport demandé par son prédécesseur Bernard Accoyer, car en filigrane, ce sont les choix de la droite depuis 2005 qui sont dénoncés.

Contrôles inexistants

Certes, des mesures ont été prises, comme l'interdiction de fumer dans les lieux publics, ou la vente aux mineurs. Mais il n'y a quasiment aucun contrôle de leur application. A titre d'exemple, un buraliste encourt un risque par... siècle d'être contrôlé par les Douanes. Quant aux préfets, auxquels le ministère de l'intérieur a demandé un bilan des contrôles, trois seulement ont répondu. Seules les associations antitabac veillent, en saisissant les tribunaux.

Discontinuité des politiques

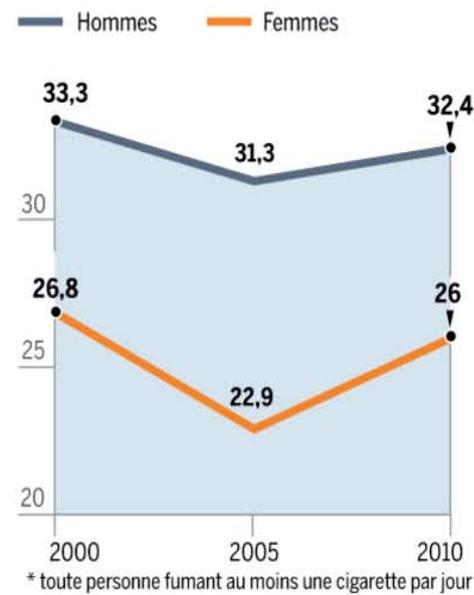
Elles ont manqué de cohérence. Après les fortes hausses de taxes (et donc de prix) en 2003-2004 imposées par Jacques Chirac, qui ont permis une baisse de la consommation, un moratoire fiscal a été décidé. Depuis 2005, les volumes de vente ne baissent plus, car les hausses de prix certes nombreuses, mais peu élevées, n'ont plus eu d'influence sur la consommation. Elles ont donc pour seul résultat une augmentation des recettes de l'Etat, et du chiffre d'affaires des fabricants et des buralistes.



Un tiers des Français fument

► PRÉVALENCE DU TABAGISME*

entre 2000 et 2010 parmi les 15-75 ans, en %

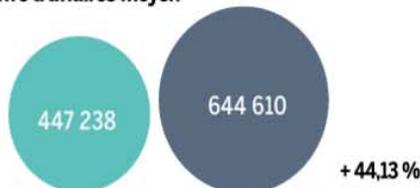


► RÉMUNÉRATION DES BURALISTES

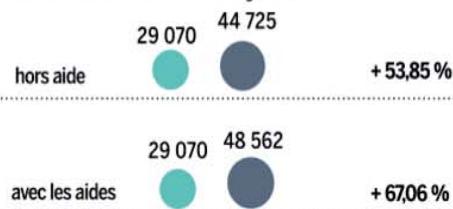
par débitant, en euros

● 2002 ● 2011

Chiffre d'affaires moyen

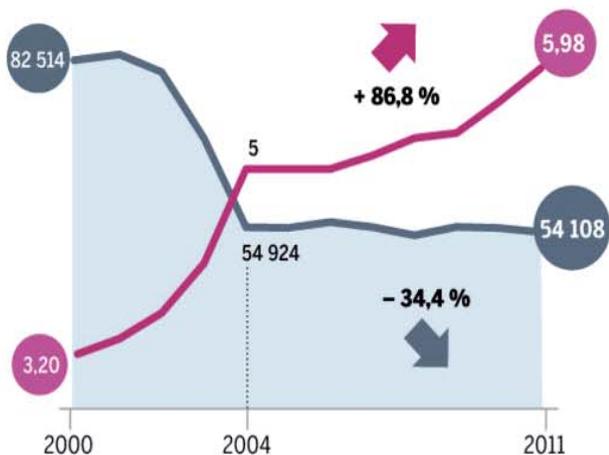


Rémunération annuelle moyenne



— ACHATS DE CIGARETTES, en millions d'unités

— PRIX MOYEN D'UN PAQUET DE CIGARETTES, en euros



SOURCE : DIRECTION GÉNÉRALE DES DOUANES ET DES DROITS INDIRECTS

Et la Cour de se faire sévère, en démontrant l'"effet d'aubaine" qu'ont constitué pour les buralistes les "contrats d'avenir". Ceux-ci ont permis aux débitants de toucher des subventions pour compenser de futures baisses des ventes, donc de revenus, qui ne se sont pas produites. Entre 2004 et 2011, 2,6 milliards d'euros d'aides leur ont été versés. Dans le même temps, leur rémunération a augmenté de près de 70 %. Tous ont bénéficié des aides, et pas seulement les buralistes des zones touchées par des baisses de ventes, soit les territoires ruraux et frontaliers – l'achat à l'étranger représente aujourd'hui 15 % –, regrette la Cour, qui préconise que les aides soient ciblées.

Face à ce paradoxe, les magistrats appellent à "remobiliser la fiscalité au service de la santé publique", avec un "relèvement soutenu" des prix du tabac à un niveau suffisant pour provoquer une baisse «effective et durable» de la consommation.

Des lobbies trop écoutés

Ce qui étonne la Cour, en outre, c'est le poids persistant des lobbies économiques et de leurs discours. Un poids jugé paradoxal au regard des enjeux, étant donné que la culture du tabac est devenue résiduelle en France – il ne reste plus que quatre usines et 700 emplois. Ce qui devrait laisser plus d'espace aux actions de lutte contre le tabagisme. Mais les multinationales réussissent particulièrement bien à se faire entendre, tout comme les buralistes. Le premier président de la Cour Didier Migaud devait estimer, devant les députés, que "les moyens de l'Etat ont été mobilisés de manière trop importante pour le soutien" de ces derniers.

Absence de plan spécifique

Sur un sujet majeur comme le tabac, première cause de mortalité évitable en France, les magistrats regrettent qu'aucun plan spécifique n'ait été lancé depuis 1976 et la loi Veil. Des mesures ont été dispersées dans différents plans, et des objectifs parfois contradictoires, et non atteints aujourd'hui, ont été fixés.

Pour insister sur les errements français, la Cour rappelle à maintes reprises le succès de la Grande-Bretagne dans sa lutte contre le tabagisme. Des objectifs ambitieux de réduction de la consommation y ont été fixés, et les moyens de les atteindre (contrôles, soutien du sevrage...) ont été octroyés. La prévalence y a été réduite de 10 points, de 30 % à 20 %. Aujourd'hui, il n'y a plus qu'un Anglais sur cinq qui fume, contre un Français sur trois.

La Cour appelle donc à passer «de politiques juxtaposées à une politique renouvelée et coordonnée» pour «modifier en profondeur les comportements».

Peu d'efforts de prévention

La comparaison est frappante. Chaque année, ce sont 100 millions d'euros qui sont investis dans la prévention du tabagisme, à comparer aux 300 millions pour les aides versées aux buralistes. Or "fumer tue", et "trop de Français ignorent à quel point", devait insister M. Migaud. Selon un sondage IFOP commandé pour l'évaluation, une personne sur quatre sous-estime la proportion de décès liés au tabac. La modestie des moyens de communication attribués au tabagisme est en cause: les budgets consacrés à la sécurité routière (4000 morts par an) sont dix fois supérieurs à ceux dédiés au tabagisme (73000 morts).

Soutien faible au décrochage

Alors qu'il est particulièrement difficile de décrocher du tabac, les magistrats estiment que les Français sont mal accompagnés. Les outils d'aide au sevrage comme les consultations spécialisées sont mal identifiés. La prise en charge par l'assurance-maladie des substituts nicotiques fait l'objet d'une expérimentation limitée et hésitante. Elle recommande donc la prise en charge du sevrage, particulièrement pour des groupes ciblés.

La Cour, d'ailleurs, ne se montre pas tendre avec l'assurance-maladie à laquelle il est aussi reproché de n'avoir pas d'idée précise des coûts du tabagisme pour la Sécu –au minimum 12 milliards d'euros, les taxes en rapportant 15. Et regrette que le coût pour la société de ces décès prématurés n'ait jamais été finement évalué. Ces imprécisions ne peuvent que fragiliser la lutte contre le tabagisme en laissant planer l'idée que la contribution des fumeurs à la collectivité par le biais des taxes acquittées serait supérieure aux coûts qu'ils induisent.

La Cour appelle au final à ce que le ministère de la santé reprenne le rôle de coordination de la lutte contre le tabagisme. La majeure partie de ces préconisations sont réclamées depuis des années par les associations, qui rappellent à chaque faible hausse de prix son improbable impact sur la consommation.

Le ministère de la santé, qui a déjà prévu une hausse, mais légère, pour juillet 2013, assure que le tabac sera l'une de ses priorités pour la nouvelle loi de santé publique, qu'il promet pour l'an prochain. Elle aurait dû être renouvelée en 2009.

Laetitia Clavreul



Résumé

Le tabac demeure la première des causes de mortalité évitable avec plus de 70 000 morts par an, soit près de dix-huit fois plus que les accidents de la route. Pour autant les coûts sanitaires directs du tabagisme pour l'assurance maladie sont très insuffisamment connus. Une étude réalisée par la CNAMTS à la demande de la Cour estime, dans une évaluation qui reste très partielle, à 12 Md€ par an la charge pour la seule branche maladie du régime de sécurité sociale, mais ses effets indirects et différés ne font pas l'objet d'analyse fine. De la même manière, les incidences négatives pour la collectivité en prenant en compte notamment les pertes liées aux décès prématurés des fumeurs, estimées à plus de 45 Md€, devraient être plus méthodiquement évaluées. Ces imprécisions ne peuvent en effet que fragiliser la politique de lutte contre le tabagisme.

Malgré une dangerosité désormais reconnue, une grave méconnaissance des risques liés au tabagisme persiste néanmoins au sein de la population, et les résultats des politiques de lutte contre le tabagisme ne sont pas à la hauteur d'un tel enjeu de santé publique.

Notre pays a été le premier en Europe à ratifier la convention-cadre de lutte contre le tabac de l'Organisation mondiale de la santé en octobre 2004, Ce texte et ses directives d'application recommandent l'utilisation de différents outils pour lutter contre le tabagisme dans le cadre d'une politique globale et les invitent en particulier à prendre des dispositions nouvelles visant à limiter l'attractivité des produits du tabac, telles que l'instauration d'un paquetage neutre ou l'interdiction de les exposer sur les lieux de vente. Malgré les obligations internationales ainsi souscrites, la lutte contre le tabagisme a eu tendance à s'essouffler dans la période récente.

La prévalence tabagique dans la population française a connu de fait depuis cinq ans une remontée qui contraste avec sa baisse tendancielle de long terme comme avec les résultats de la politique plus vigoureuse conduite en 2003-2004. Actuellement, un français sur trois fume, contre un anglais sur cinq. La diminution des ventes de tabac s'est interrompue depuis 2005. Par ailleurs les résultats récents sont particulièrement préoccupants pour certaines catégories de population, les femmes, les jeunes, chez qui se note depuis 2011 une nette remontée de la prévalence du tabac contrastant avec les évolutions antérieures à la baisse et les personnes en situation de précarité. Par rapport aux objectifs de diminution de la prévalence fixés par la loi de santé publique d'août 2004, l'écart est de plus de 7 points pour les hommes et de 6 points pour les



femmes. Notre pays se trouve ainsi dans une position médiocre sur le plan international.

Il est vrai que le tabac met également en jeu d'importants intérêts économiques et financiers. La tabaculture française est aujourd'hui résiduelle, et la fabrication de produits du tabac n'est plus assurée en France que par quatre usines comptant environ 700 salariés, ce secteur industriel étant désormais complètement internationalisé. L'industrie du tabac, dont le chiffre d'affaires hors taxes était de 2,2 Md€ en 2011, est pour autant un acteur présent et critique à l'égard des modalités de la lutte contre le tabagisme, notamment sur l'efficacité de fortes hausses de prix dont ils considèrent qu'elles ont pour principal effet l'augmentation des achats hors réseau des buralistes. Ces derniers ont en tant que préposés de l'administration le monopole de la distribution du tabac. Ils ont bénéficié de près de 2,6 Md€ d'aides publiques entre 2004 et 2011, notamment par le biais de trois « contrats d'avenir » successifs destinés à l'origine à compenser l'impact sur leur chiffre d'affaires de la diminution attendue de la consommation du tabac. La hausse de prix de ce dernier, conjuguée à l'arrêt de la baisse des ventes depuis 2005, s'est cependant traduite par une hausse de la rémunération moyenne des débiteurs, hors aides publiques, de près de 54 % de 2002 à 2011, dès lors que celle-ci est demeurée proportionnelle aux prix. Aides publiques comprises, la progression a été de 70 %, à comparer à une inflation de l'ordre de 20 % sur la période. Il en est résulté pour la plupart d'entre eux un effet d'aubaine massif. Même si les débiteurs situés à proximité des frontières ont effectivement souffert de la progression des achats transfrontaliers qui représentent environ 15 % de la consommation (le trafic illicite étant pour sa part évalué à 5 %), les aides n'ont pas été ciblées sur eux.

Le tabac par ailleurs apporte une contribution importante au financement des comptes sociaux. Les ressources tirées de la fiscalité du tabac atteignent près de 15 Md€ par an, désormais pour l'essentiel affectées au financement de l'assurance maladie, laquelle supporte la charge la plus directe du tabagisme.

Dans ce contexte, les politiques de lutte contre le tabagisme ont souffert d'un pilotage marqué par de nombreuses faiblesses et des discontinuités préjudiciables. Depuis la loi « Veil » de 1974, la lutte contre le tabagisme n'a plus jamais fait l'objet d'un plan de santé publique spécifique. Le plan cancer 2009-2013 reste actuellement le seul plan de santé publique à traiter de la lutte contre le tabagisme, mais contrairement au précédent qui avait témoigné d'une très forte volonté politique, il a été considéré, en particulier par le Haut conseil de santé publique, comme témoignant d'un fléchissement préjudiciable de l'action publique en ce domaine. La coordination des politiques mises en œuvre



est restée incertaine en raison de l'absence persistante d'une instance de décision clairement identifiée. Les crédits de lutte contre le tabagisme sont demeurés modestes - de l'ordre de 100M€ par an -, à comparer aux aides publiques consacrées aux tabaculteurs et aux débitants - de l'ordre de 150 M€ - et aux 15 Md€ apportés à la protection sociale par la fiscalité sur le tabac.

Après les hausses importantes des taxes sur le tabac de 2003-2004, un moratoire fiscal s'est par ailleurs prolongé, et les hausses de prix pratiquées depuis lors, si elles ont été fiscalement et commercialement rémunératrices, sont restées en deçà du rythme propre à modérer durablement le volume de consommation, selon une stratégie d'optimisation financière à la fois pour les fabricants, les buralistes et l'Etat qui est entrée en contradiction avec les objectifs de santé publique. La réorientation amorcée à cet égard fin 2012 devra être renforcée et poursuivie, afin d'en revenir à un usage actif du levier fiscal propre à assurer une hausse des prix suffisamment soutenue et à réduire les écarts entre les différents produits du tabac.

Les multiples réglementations à visée sanitaire font l'objet d'une application souvent défaillante. Il en est ainsi tout particulièrement de l'interdiction de la vente aux mineurs et de l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Les contrôles sont particulièrement déficients : un buraliste ne risque d'être contrôlé sur place qu'une fois par siècle par l'administration des douanes ; à trois exceptions près, les préfets n'ont pas fait remonter au ministère de l'intérieur de bilan de l'application de l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Dans ces conditions, ce sont les associations anti-tabac qui, par leurs actions judiciaires, veillent, dans la mesure de leurs moyens limités, à l'application de la réglementation. La revue de jurisprudence à laquelle la Cour a fait procéder dans le cadre de cette évaluation est à cet égard particulièrement instructive sur les manquements qu'elles ont pu relever et faire condamner.

Alors que la communication est un outil indispensable à la lutte contre le tabagisme, la modestie des moyens qui lui sont consacrés à cette action en limite la portée : ils sont près de dix fois moins importants que ceux consacrés à la communication sur la sécurité routière, alors même que le tabac provoque un nombre de décès sans commune mesure avec les accidents de la route. Plus généralement, une attention très insuffisante est portée à la prévention de l'entrée dans le tabagisme, en particulier chez les jeunes : les services de santé scolaire sont dépourvus d'outils et en demeurent à des initiatives isolées, faute d'une politique globale s'intégrant comme le montrent les exemples étrangers évalués favorablement aux actions conduites en dehors de l'école pour promouvoir des habitudes de vie et l'estime de soi en lien avec les



enseignants, les professionnels de santé et les parents au lieu d'un discours parfois moralisateur sur le risque qui n'est pas entendu des jeunes. Quant à l'aide à l'arrêt du tabac, elle pâtit d'une offre de consultations spécialisées mal identifiée et d'une relation insuffisamment structurée de la ligne « Tabac Info service » avec ces dernières. La prise en charge des substituts nicotiques par l'assurance maladie fait l'objet d'une expérimentation à la fois limitée dans son champ et hésitante dans son ciblage, au lieu de s'intégrer, comme cela est notamment le cas en Grande Bretagne, dans une stratégie d'ensemble mettant en cohérence politique de prix élevés, réglementation rigoureuse et à l'application effective méthodiquement contrôlée, campagnes de communication active, aide au sevrage dans le cadre d'un accompagnement spécifique organisé autour d'un réseau au maillage dense de centres ad hoc.

C'est de fait dans la cohérence et la complémentarité d'actions portées par une volonté politique sans faille que doit s'affirmer une stratégie pluri-annuelle à même de permettre de relever l'enjeu majeur de santé publique que constitue le tabagisme.

L'évaluation réalisée par la Cour met en effet en lumière la nécessité impérieuse de passer de politiques juxtaposées à une politique renouvelée et coordonnée de lutte contre le tabagisme. Cette politique doit être définie et conduite comme telle dans la durée, eu égard à l'échelle de temps dont il est besoin pour modifier en profondeur les comportements et à la nécessité de la persévérance de l'effort pour obtenir des résultats pérennes.



Principales recommandations

On trouvera ci-dessous, ordonnées selon les grands leviers d'action publique, les différentes recommandations formulées par la Cour à l'issue des constats effectués à l'occasion de la présente évaluation. La numérotation figurant à la suite de chacune d'entre elles renvoie à l'ordre de leur formulation au fil du rapport.

Construire une stratégie pluriannuelle de lutte contre le tabagisme :

- *confier au ministre chargé de la santé le rôle de coordination et de pilotage de l'ensemble des actions publiques en ce domaine et l'animation à cet effet d'un comité interministériel ad hoc (recommandation n° 8) ;*
- *inscrire la politique de lutte contre le tabagisme dans une nouvelle loi de santé publique sous forme d'un volet spécifique :*
 - *fixant de manière réaliste des objectifs quantifiés de réduction par étape de la prévalence en population générale et par groupes-cibles ;*
 - *précisant les modalités de mise en œuvre des dispositions de la convention-cadre de l'OMS et de ses directives d'application, et de la future directive européenne en ce domaine (recommandation n° 9) ;*
- *décliner la loi sous forme d'un plan de santé publique dédié articulant et programmant les contributions respectives pour atteindre les objectifs fixés des actions en matière de fiscalité et de prix, de réglementation comme de prévention et d'aide à la sortie du tabagisme (recommandation n° 10) ;*
- *veiller à ce que le mode d'association des acteurs de la politique de lutte contre le tabagisme respecte strictement les dispositions de la convention-cadre de l'OMS visant à préserver l'indépendance de la décision publique (recommandation n° 7) ;*
- *rendre obligatoire, dans la publication de toutes expertises, études ou contribution publique sur la lutte contre le tabagisme, la mention explicite des éventuels liens de leurs auteurs soit avec l'industrie du tabac, soit avec l'industrie pharmaceutique ou les fournisseurs de produits d'aide au sevrage (recommandation n° 6).*



Améliorer la connaissance du tabagisme et de ses effets :

- élaborer un programme pluriannuel interdisciplinaire pour la recherche dans le domaine du tabac et en sécuriser le financement (recommandation n° 12) ;
- évaluer selon une méthodologie rigoureuse et publique les coûts de la morbidité et de la mortalité liée au tabac pour l'assurance maladie et pour la collectivité dans son ensemble (recommandation n° 2) ;
- analyser régulièrement, selon une méthodologie partagée, les modes d'approvisionnement, licites ou non, des consommateurs de tabac (recommandation n° 4) ;
- charger la direction générale de la santé de publier annuellement un tableau de bord de référence, regroupant l'ensemble des données tant épidémiologiques qu'économiques ou budgétaires relatives au tabac et des indicateurs de mise en œuvre, de suivi financier et de résultats de la politique de lutte contre le tabagisme (recommandation n° 11).

Remobiliser la fiscalité au service de la santé publique :

- mettre en œuvre dans la durée, au-delà des mesures déjà annoncées pour 2013, une politique volontariste de relèvement soutenu des prix du tabac en usant de l'outil fiscal à un niveau suffisant pour provoquer une baisse effective et durable de consommation (recommandation n° 18) ;
- poursuivre la réforme de la fiscalité du tabac afin de réduire rapidement l'écart de charge fiscale et de prix existant au bénéfice notamment du tabac à rouler, à tuber ou des cigares et cigarillos (recommandation n° 19) ;
- mettre en place, après concertation avec la profession, un mécanisme dégressif appliqué à la remise nette en fonction des niveaux de chiffre d'affaires (recommandation n° 5).

Renforcer la réglementation et en garantir l'application :

- établir un programme national de contrôle de l'application de la réglementation relative au tabac, décliné annuellement par corps de contrôle et selon des objectifs de vérification quantifiés dans chaque département, et faisant l'objet d'un suivi précis de sa mise en œuvre et de ses résultats en termes de type d'infractions constatées, de procédures engagées et de sanctions prononcées (recommandation n° 24) ;



- *veiller à l'application la plus stricte de l'interdiction de toute mention publique affirmant ou suggérant le caractère moins nocif d'un produit du tabac (recommandation n° 20) ;*
- *confirmer l'opposition de la France à toute légalisation européenne du « snus » ou du « tabac à chauffer » (recommandation n° 25) ;*
- *prendre sans tarder les mesures nécessaires à une application incontestée de l'interdiction des cigarettes à goût sucré et étendre celle-ci aux autres produits du tabac de même type (tabac à rouler et à tuber notamment) (recommandation n° 21) ;*
- *interdire la publicité sur les lieux de vente (recommandation n° 22) ;*
- *faire rigoureusement respecter par les débits de tabac l'interdiction de vente aux mineurs, en étudiant l'instauration d'une sanction de fermeture temporaire en cas de manquements graves et répétés à la réglementation (recommandation n° 23) ;*
- *instaurer dans une prochaine loi de santé publique la suppression de la vente des paquets de tabac sur linéaires (recommandation n° 27) ;*
- *interdire de manière générale l'usage du tabac sur les terrasses qui ne sont pas totalement en plein air et séparées des espaces intérieurs (recommandation n° 28).*

Organiser la prévention et l'aide à l'arrêt du tabac :

- *conduire une stratégie pluriannuelle de campagnes d'information à l'instar de ce qui a été fait pour la sécurité routière, financées par une fraction forfaitaire de l'augmentation des recettes liées au tabac (par exemple à hauteur de 50 M€ par an, soit 0,03 %) (recommandation n° 1) ;*
- *développer des actions spécifiques et ciblées de prévention et d'aide au sevrage à l'égard des jeunes, des femmes et des personnes en situation de précarité (recommandation n° 17) ;*
- *faire de la prévention du tabagisme une priorité à part entière de la politique d'éducation à la santé du ministère de l'éducation nationale dans le primaire comme dans le secondaire, explicitement intégrée à la*



formation des enseignants, et associant tous les professionnels concernés ainsi que les parents et partenaires extérieurs (recommandation n° 29) ;

- *organiser un parcours d'aide au sevrage prévoyant un accompagnement systématisé par un professionnel de santé de premier recours (médecin traitant, pharmacien, voire infirmière), en coordination avec la ligne Tabac info service et avec des centres d'arrêt du tabac pouvant assurer une prise en charge individualisée (recommandation n° 30) ;*
- *renforcer à cet effet les consultations d'addictologie dans les structures hospitalières et médicosociales, en y identifiant des compétences spécialisées en tabacologie (recommandation n° 31) ;*
- *faire prendre en charge le sevrage tabagique par l'assurance maladie dès lors qu'il s'inscrit dans un parcours d'accompagnement ou qu'il concerne des groupes cibles, notamment en remboursant les substituts nicotiniques comme des médicaments (recommandation n° 32).*

Développer la coopération internationale :

- *mobiliser l'influence diplomatique de la France pour promouvoir une révision de la directive européenne qui intègre les principales dispositions antitabac issues de la convention-cadre de l'OMS et de ses directives d'application (recommandation n° 3) ;*
- *soutenir l'inscription dans la directive européenne en cours de préparation du principe du paquetage générique des produits du tabac et, le moment venu, en transposer l'obligation en droit interne (recommandation n° 26) ;*
- *engager activement les actions sur un plan européen ou bilatéral propres à permettre une meilleure harmonisation des niveaux de taxation et de prix du tabac notamment avec les pays frontaliers (recommandation n° 16) ;*
- *promouvoir au sein de l'Union européenne un régime de stricte limitation des importations privées de tabac, dérogeant pour des raisons majeures de santé publique au droit commun de la libre circulation (recommandation n° 15) ;*
- *mettre en œuvre sans délai les dispositifs de traçage des produits du tabac prévus par le récent protocole de l'OMS de lutte contre la*



contrebande et le projet de loi de finances rectificative présenté en conseil des ministres le 14 novembre 2012 (recommandation n° 13) ;

- *renforcer les coopérations internationales en matière de trafic de tabac afin de réprimer plus efficacement ce dernier (recommandation n° 14).*



Tabac et adolescence

Enquête sur les motivations et les connaissances des effets du tabac

N. Hastier, K. Quinque, A.S. Bonnel, S. Leménager, P. Le Roux

Résumé

Introduction Le tabagisme chez les adolescents est une préoccupation de santé publique. L'objectif de notre enquête prospective et descriptive a été de mieux comprendre les habitudes tabagiques des adolescents.

Méthodes Un questionnaire a été distribué aux enfants de 12 à 16 ans se présentant aux Urgences Pédiatriques du Havre de septembre 2003 à mai 2004. Les items recueillis ont porté sur les habitudes et les connaissances sur le tabagisme.

Résultats Cent réponses ont été recueillies chez des adolescents avec une moyenne d'âge de 14 ans. Nous avons trouvé 35 % de fumeurs. Chez les fumeurs, la moyenne d'âge du début du tabagisme est à 12,2 ans. Les filles fument significativement plus que les garçons (42 % versus 22 %, $p < 0,01$). Le sexe ratio est de 2,8 (26 filles et 9 garçons). Le degré de dépendance a été évalué par le score de Fagerström. La moitié des adolescents interrogés sont moyennement à fortement dépendants (score > 5), malgré une consommation quotidienne de 5 cigarettes en moyenne. La consommation d'autres « drogues » a été signalée chez 51,5 % des fumeurs. Sur les 100 adolescents, 7 ont arrêté de fumer, mais 3 pensent fumer à nouveau un jour. Les adolescents de famille monoparentale ou séparée fument significativement plus que si les parents sont en couple (58,3 % versus 41,6 %, $p < 0,01$). La classe de troisième a représenté le pic de prise de contact avec le tabac.

Conclusion Le tabac chez les adolescents est une conduite à risque justifiant la poursuite des actions de prévention par l'ensemble des médecins.

Mots-clés : Tabac • Adolescent • Dépendance • Nicotine • Addiction.

Service des Urgences pédiatriques, Groupe hospitalier, Le Havre, France.

Correspondance : P. Le Roux
Service des Urgences pédiatriques, Groupe hospitalier,
55, bis rue Gustave Flaubert, 76600 Le Havre.
pleroux@ch-havre.fr

Réception version princeps à la Revue : 26.08.2005.
Retour aux auteurs pour révision : 12.10.2005.
Réception 1^{ère} version révisée : 02.02.2006.
Acceptation définitive : 14.02.2006.

Rev Mal Respir 2006 ; 23 : 237-41



**Smoking and adolescent.
An inquiry into motivation and knowledge
of the effects of tobacco**

N. Hastier, K. Quinque, A.S. Bonnel, S. Leménager, P. Le Roux

Summary

Introduction The nicotineism at the teenagers is a concern of public health. The objective of our prospective and descriptive investigation was to better include/understand the nicotinic practices of the teenagers.

Methods A questionnaire was distributed to the children from 12 to 16 years presenting at the Paediatric emergency department of Le Havre from September 2003 on May 2004. The items collected related to the practices and knowledge on the nicotineism.

Results Hundred answers were collected at teenagers with an average age 14 years. We found 35% of smokers. Among smokers, the average age of the beginning of the nicotineism is at 12,2 years. The girls smoke significantly more than the boys (42% versus 22%, $p < 0.01$).

Sex ratio is 2,8 (26 girls and 9 boys). The degree of dependence was evaluated by the score of Fagerström. Half of the questioned teenagers are fairly with strongly dependent (score > 5), in spite of a daily consumption of 5 cigarettes on average. The consumption of other "drugs" was announced at 51.5% of the smokers. On the 100 teenagers, 7 stopped smoking, but 3 think of smoking a day again. The teenagers of single-parent family or separate smoke significantly more than if the parents are in couple (58.3% versus 41.6, $p < 0.01$). The class of third represented the peak of making of contact with the tobacco.

Conclusion The tobacco at the teenagers is a control at the risk justifying the continuation of the actions of prevention by the whole of the doctors.

Key-words: Tobacco • Adolescent • Smoke patterns • Addiction • Dependence.

Rev Mal Respir 2006 ; 23 : 237-41
pleroux@ch-havre.fr

Introduction

Le tabagisme est responsable de 60 000 décès par an en France. C'est la première cause de mortalité évitable. L'évolution récente de la consommation de tabac montre en France une diminution de la vente des cigarettes de 13,5 % en 2003 par rapport à 2002, parallèlement à une augmentation du prix de 40 % entre 2003 et 2004. La prévalence du tabagisme était de 34,5 % en 1999 contre 30,4 % en 2003, et pour la tranche d'âge 15-24 ans elle est passée de 32,4 % à 29,1 % [1]. L'initiation du tabagisme se fait généralement au moment de l'adolescence.

Nous avons réalisé une enquête prospective dans le service des Urgences médico-chirurgicales pédiatriques du Groupe Hospitalier du Havre. Elle avait pour objectif d'évaluer le taux du tabagisme chez les adolescents et de caractériser les principaux facteurs jouant un rôle potentiel dans l'attrait vers le tabac et dans la connaissance par les adolescents des effets nocifs sur leur santé.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale, réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire écrit, remis en main propre à chaque adolescent après consentement oral de l'adolescent et de l'adulte l'accompagnant. Cent adolescents âgés de 12 à 16 ans ont été inclus de manière aléatoire (présence de S.L.) lors des passages aux urgences quel que soit le motif de consultation médico-chirurgicale (sans sélection des pathologies diagnostiquées), sur la période de septembre 2003 à mai 2004. Le questionnaire a comporté 86 questions. Ce questionnaire a inclus des items centrés sur 4 parties : 1) les conditions sociodémographiques familiales, 2) le contexte tabagique de la famille et les circonstances de découverte et les habitudes de tabagisme de l'adolescent, les notions d'image du tabac pour le jeune et son entourage, 3) les anciens fumeurs et 4) les non fumeurs. Les adolescents fumeurs ont rempli en plus le test de Fagerström. Le score de Fagerström permet de calculer le taux de dépendance : score entre 0 et 2 : pas de dépendance, score entre 3 et 4 : dépendance faible, score entre 5 et 6 : dépendance moyenne, – score entre 7 et 8 : dépendance forte et score entre 9 et 10 : dépendance très forte.

Nous avons défini comme fumeurs les jeunes qui déclarent fumer au moins une cigarette par jour. L'âge de début correspond à l'âge rapporté de la première cigarette. Nous avons considéré arbitrairement comme anciens fumeurs ceux qui au moment de l'enquête ont déclaré ne plus fumer aucune cigarette depuis au moins six mois. Les non-fumeurs ont déclaré ne jamais avoir fumé.

Statistiques

Les résultats ont été analysés sous le logiciel informatique SPHINX[®]. Les variables qualitatives ont été comparées à



l'aide du test statistique du χ^2 . La significativité statistique est fixée à $p < 0,05$.

Résultats

Description des conditions sociodémographiques

Les cent questionnaires remis ont tous été récupérés et exploités. L'âge moyen de notre population est de $14,1 \pm 1,8$ ans. Le sexe ratio est de 1,5. La médiane du niveau scolaire se situait sur la classe de quatrième (fig. 1). Nous avons noté un fort taux de redoublement (48 %) sans pouvoir apporter de comparaison dans cette analyse descriptive. Les parents vivent en couple dans 59 % des cas, la taille de la famille a été en moyenne de 4,2 personnes. Les deux tiers des jeunes interrogés ont au moins un parent fumeur (55 % des mères, 67 % des pères). La moitié, environ, des adolescents ont un membre de leur fratrie qui fume déjà (44 % un frère, 40 % une sœur). Les adolescents ont déclaré leur père ayant une activité professionnelle dans 91 % et dans 38 % des cas leur mère. Nous n'avons pas analysé les relations tabac et activité professionnelle des parents. Les adolescents ont déclaré pratiquer des activités sportives pour 64 % d'entre eux, voire de compétitions chez un tiers.

Le tabagisme

Sur les 100 adolescents, 35 sont fumeurs (soit 35 %). Les filles fument significativement plus que les garçons (42 % versus 22 %, $p < 0,01$). Chez les fumeurs, la moyenne d'âge de début du tabagisme est de 12,2 ans (fig. 2). La découverte de la cigarette a été pour 74,3 % avec les copains, pour 48,6 % en vacances et pour 31,4 % en cours d'année. Les membres de la famille ont été évoqués « découvreurs » par 17 % des adolescents. Nous ne retrouvons pas d'influence statistiquement significative du statut tabagique de la famille dans le tabagisme des adolescents questionnés, ni du redoublement scolaire. Le tabagisme a été rapporté plus souvent dans les familles monoparentales ou séparées versus parents en couple (58,3 % versus 41,6 %, $p < 0,01$). Le pic de début du tabagisme a été constaté en classe de troisième (fig. 3).

La majorité (87,5 %) des adolescents ont noté fumer à domicile. Chez 48,3 % des fumeurs, le score de Fagerström a été supérieur ou égal à 5 ; ils sont ainsi moyennement à fortement dépendant (fig. 4). Environ deux tiers des adolescents

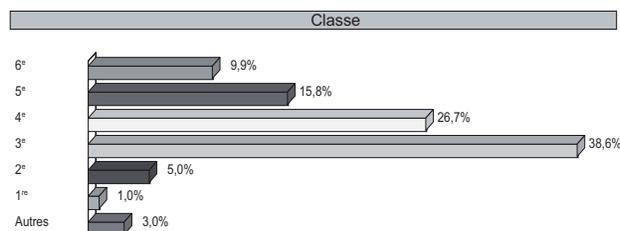


Fig. 1. Niveau scolaire des adolescents.

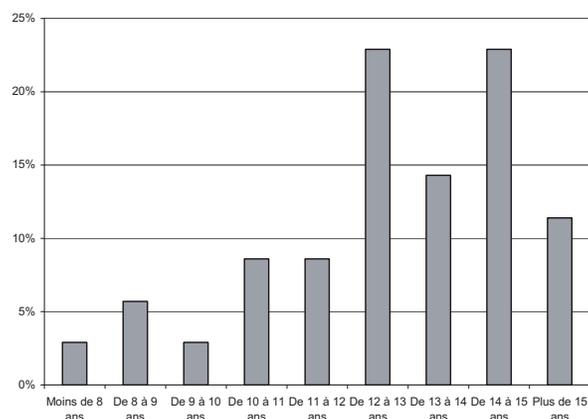


Fig. 2. Âge de début du tabagisme.

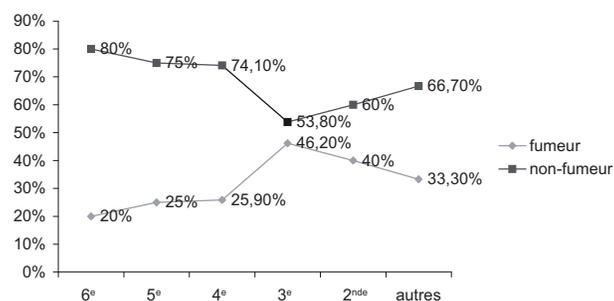


Fig. 3. Tabagisme selon le niveau scolaire.

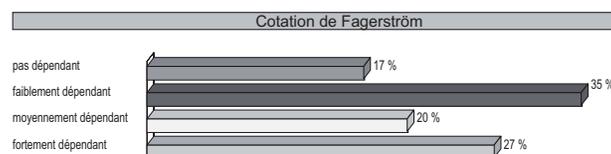


Fig. 4. Test de Fagerström.

(62,8 %) ont rapporté fumer leur première cigarette moins d'une heure après le réveil. Le nombre moyen de cigarette par jour a été noté de 8 ± 2 . Quarante pour cent fument moins de 5 cigarettes par jour, 65,7 % moins de 10 et 11 % plus de 20. Le plus souvent, les adolescents ont noté que la meilleure cigarette a été fumée le matin pour 34 % d'entre eux et pour 40 % le midi. Ils ont signalé fumer même en étant malades dans 66 % des cas. Quant au type de tabagisme, 79,4 % ont évoqué fumer des « blondes », seulement 23,5 % des « légères ». Un tiers des adolescents fumeurs a rapporté ressentir des conséquences négatives sur leur activité sportive et sur leur santé (essentiellement la toux en relation avec le tabac). La pratique sportive n'a pas d'impact sur le tabagisme. Un quart a pensé que le tabac joue un rôle positif dans leurs relations amicales et/ou affectives. 65,7 % des fumeurs ont une



bonne image des non-fumeurs. Nous rappelons que les questionnaires ont été remis de manière aléatoire. Concernant les addictions associées : 52,9 % des fumeurs ont relaté consommer « parfois » de l'alcool et 8,8 % « souvent ». La consommation d'autres « drogues » (hachisch) a été signalée par 51,5 % des fumeurs. En ce qui concerne l'arrêt du tabac : 68,5 % ont déjà essayé d'arrêter. Chez 86,9 %, l'arrêt a duré moins de 6 mois. Cinquante pour cent ont envisagé arrêter de fumer : 6/35 en raison des risques sur la santé, 3 en raison du prix. Les autres raisons évoquées sont l'essoufflement au sport, la prise de contraceptif oral, une grossesse, la dépendance au tabac. La moitié a envisagé diminuer leur consommation. Cependant sur les 35 fumeurs, un tiers n'a pas envisagé modifier son comportement vis-à-vis de la cigarette quelle que soit la réponse précédente.

Les anciens fumeurs

Sur les 100 adolescents interrogés, 7 ont arrêté de fumer. La moyenne d'âge de début du tabagisme a été de 10,7 ans. Quatre consommaient cinq cigarettes ou moins, 5 n'ont pas ressenti l'arrêt comme une épreuve difficile, mais 3 ont rapporté fumer à nouveau ultérieurement. Aucun n'a évoqué avoir eu besoin d'aide à l'arrêt du tabac. Cinq sur sept ne se sont pas sentis mieux au sein de l'école depuis l'arrêt, mais 2/7 ont trouvé un mieux chez eux. Le faible nombre de cette sous-population ne permet d'analyser les autres items et de les comparer aux fumeurs, notamment pour l'âge d'arrêt (grande dispersion).

Les non-fumeurs

Nous avons relevé 58 enfants ayant déclaré n'avoir jamais fumé. Parmi eux, 39,5 % ont noté ne pas fumer par peur pour leur santé, trois quarts n'ont jamais ressenti l'envie de fumer. Au niveau de la réaction de l'entourage, 90 % pensent être approuvés par leur famille dans ce statut de non-fumeur, mais 12 % ne se sentaient pas approuvés par leurs camarades dans cette position de « refus » du tabac. Les non-fumeurs ont une mauvaise image des fumeurs dans 68,3 %. Tous ont déclaré ne jamais consommer d'autres drogues (alcool, haschich).

L'autorité parentale est ressentie de façon comparable chez les fumeurs et chez les non-fumeurs. Nous ne mettons pas en évidence de différence significative entre le taux de redoublement observé. Concernant les informations générales sur les méfaits du tabac, nous ne mettons pas en évidence de différence significative sur la perception de l'information reçue entre fumeurs et non fumeurs. Les questions sur l'accès au tabac et sur le budget n'ont pas été exploitables car non ou insuffisamment remplies.

Discussion

La tendance globale selon les données des baromètres santé en France est à une diminution régulière du tabagisme

chez les adultes comme chez les adolescents [2]. Entre 1999 et 2004, la prévalence totale est passée de 33,2 à 29,9 % ; avec en 2004 33,4 % d'hommes pour 26,6 % de femmes [2]. Chez les 16-17 ans, une tendance à la baisse est également rapportée pour la consommation quotidienne passant de 31 % à 25 % entre 1999 et 2003 chez les garçons et de 35 à 28 % chez les filles [3]. Le biais du recrutement hospitalier aux urgences de notre étude peut altérer les comparaisons. L'atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes français rapporte un tabagisme quotidien chez 41 % des jeunes de 17 ans en Haute-Normandie (moyenne nationale 39 %) [4]. En 2002, sur le plan national, les filles fumaient leur première cigarette à 13,7 ans en moyenne et les garçons à 13,6 ans [5]. Dans notre étude, l'âge moyen de début est plus jeune (12,2 ans). En 2002, les garçons devenaient des fumeurs réguliers vers 14,7 ans et les filles vers 14,8 ans [6]. Nous avons retenu la définition de l'usage régulier du tabac dès une cigarette par jour [3].

Nous avons constaté une surreprésentation significative des filles fumeuses dans notre enquête par rapport aux données nationales sans pouvoir retenir des motifs particuliers (42 % de filles et 22 % de garçons pour notre groupe *versus* 34 % de filles et 37 % de garçons selon l'enquête ESPAD 2003) [3]. Dans le recrutement du service, nous n'avons pas de déséquilibre fille/garçon lors des demandes de consultation en urgence. En 1999 pour Baudier et coll. [7], les 12-18 ans fumaient en moyenne 7,6 cigarettes par jour, ces chiffres sont similaires à ceux de notre enquête (moyenne à 8 cig.). En France l'initiation au tabac se fait en règle générale avec des camarades (51 %) et en famille pour 22 % [8]. Dans notre étude, l'initiation se fait majoritairement avec les amis et pendant les vacances. Chez les jeunes non-fumeurs français, 54 % citent l'interdiction parentale comme motif de ne pas fumer [9]. Dans notre étude, seulement 16 % des jeunes citent cette raison, 39,5 % ne fument pas par peur des risques pour leur santé. Par rapport aux facteurs sociaux favorisant le tabagisme des jeunes, le fait de fumer leur permet de s'identifier aux adultes, de transgresser les interdits [10]. Dans notre étude seulement 2,6 % des jeunes reconnaissent que fumer donne l'image d'être adulte. Dans l'étude ACE (*Adverse Childhood Experiences*) il a été montré un taux de fumeurs plus important chez les personnes ayant connu une difficulté : émotionnelle, physique, abus, mère battue, parents séparés, toxicomanie, alcool... ; mais plus particulièrement chez les garçons [11]. Nous n'avons pas posé de question sur les raisons ayant amené les jeunes à fumer, mais les enfants de parents séparés fument significativement plus que les autres. La consommation de tabac par les parents et la fratrie a été notée également comme un important facteur influençant le tabagisme des jeunes. En France, on estime que trois quarts des enfants dont les deux parents fument, sont fumeurs [10, 12]. Nous n'avons pas retrouvé de relation significative entre le tabagisme des parents et des jeunes questionnés. La désapprobation parentale joue un rôle important dans la lutte anti-tabac des jeunes [13]. Dans notre étude, 87,5 % des fumeurs le font à domicile, avec



le consentement des parents selon les adolescents interrogés. Au niveau économique, l'argent de poche favorise le tabagisme des jeunes, en général le tabac représente 50 % de leur budget [9]. Nous n'avons pu cerner le rôle de l'interdiction de vente du tabac au moins de seize ans faute de données suffisantes. Dans notre étude, 71,8 % des jeunes pensent être bien informés sur les méfaits du tabac et ont cité le cancer, les problèmes de santé respiratoire, les maladies cardio-pulmonaires, la mort, la dépendance... Mais cela n'a pas évité le tabagisme de 34 % d'entre eux. Le taux de fumeurs en France est moins important chez les jeunes ayant reçu des informations dans l'enseignement primaire (32 % versus 25 %) [14]. Nous avons utilisé le score de Fagerström pour l'évaluation de la dépendance à la nicotine. Ce score, référence en tabacologie adulte teste surtout la dépendance physique à la nicotine. Son objectif est d'adapter chez l'adulte les méthodes de substitution nicotinique. Il n'est pas validé chez l'adolescent. Un score supérieur à 5 a été retrouvé chez 48 % des adolescents fumeurs malgré une consommation moyenne de moins de 5 cigarettes par jour. Ceci montre la dissociation entre le comportement vis-à-vis du tabac et/ou de la nicotine et la quantité quotidienne de cigarettes. Le score de Fagerström a été utilisé pour évaluer les patchs et les gommes chez les adolescents dans un programme d'aide à l'arrêt du tabac (score > 5 pour l'inclusion) [15]. Les données constatées sur les addictions (alcool, cannabis) sont comparables aux données régionales et nationales [3, 4]. Dans notre étude, 7 % disent être des anciens fumeurs, mais 50 % pensent fumer de nouveau dans le futur. Parmi les fumeurs, 68,5 % ont déjà arrêté de fumer en moyenne moins d'un mois. Les aides pharmacologiques constituent un apport de nicotine par patch, gommes ou pastilles. Les substituts nicotiniques ont l'AMM à partir de 15 ans. Le butropion n'est pas recommandé chez les moins de 18 ans. D'autres moyens peuvent être associés : les psychotropes, les aides psychologiques [15], les consultations anti-tabac sans oublier les mesures préventives : l'augmentation des prix du tabac, l'interdiction de vente au moins de 16 ans (mise en vigueur depuis le 6 septembre 2004), l'interdiction du tabac dans les établissements scolaires.

Conclusion

Notre enquête a permis d'évaluer la fréquence du tabagisme chez les adolescents se présentant aux Urgences Pédiatriques du Havre. Nous avons pu mettre en évidence l'importance de la tolérance familiale et du tabagisme chez les adolescentes, ce qui présume de plus en plus de conséquences sur les futurs bébés, surtout au niveau des pathologies respiratoires. Grâce au test de Fagerström, nous avons pu tenter d'évaluer la dépendance (moyenne à forte) chez ces adolescents

malgré une consommation quotidienne « modeste ». Leurs connaissances sur les effets du tabac sur la santé ont semblé bonnes mais ne modifiant pas ou peu leur comportement. Des efforts de prévention restent indispensables.

Références

- 1 Arwidson P, Léon C, Lydié N, Wilquin JL, Guilbert P : Évolutions récentes de la consommation de tabac en France. *BEH* 2004 ; 22-23 : 95-6.
- 2 Guilbert P, Gautier A, Beck F, Peretti-Watel P, Wilquin JL, Léon C, Legleye S, Arwidson P : Tabagisme : estimation de la prévalence déclarée, Baromètre santé, France, 2004-2005. *BEH* 2005 ; 21-22 : 97-8.
- 3 Choquet M, Beck F, Hasseler C, Spilka S, Morin D, Legleye S : Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommation en 2003 et évolutions depuis dix ans. Tendances 2004, OFDT-INSERM. www.ofdt.fr
- 4 Beck F, Legleye S, Spilka S : Atlas régional de produits psychoactifs des jeunes français. Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003. OFDT-ESCAPAD. www.ofdt.fr.
- 5 Saadjian M, Gouitaa M, Lanteaume A, Ramadour M, Vervloet D, Charpin D : Facteurs associés au tabagisme en classe de sixième. *Rev Mal Respir* 2002 ; 19 : 431-4.
- 6 Beck F, Legleye S : Tabac à l'adolescence : résultats de l'enquête Escapad 2002. *BEH* 2003 ; 22-23 : 101-2.
- 7 Baudier F, Orlandini C, Oddoux K, Guilbert P : Les Français et le tabac. *Concours Med* 2000 ; 122 : 1538-42.
- 8 Oriol P, Patois E, Guenin-Tostain F, Kauffmann F : Facteurs de risque du tabagisme chez les jeunes de 11 à 16 ans. *Rev Mal Respir* 1998 ; 5 : 393-400.
- 9 Grizeau D, Baudier F, Allemand H : Opinions et comportements des adolescents français face au tabac en 1995. *Arch Pédiatr* 1997 ; 4 : 1079-1086.
- 10 Tredaniel J, Hirsch A. Epidémiologie et pathologie liées au tabac. *Rev Prat* 1998 ; 48 : 433-5.
- 11 Anda RF, Croft JB, Felitti VJ, Nordenberg D, Giles WH, Williamson DF, Giovino GA : Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA* 1999 ; 282 : 1652-8.
- 12 Farkas AJ, Gilpin EA, White MM, Pierce JP : Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *JAMA* 2000 ; 284 : 717-22.
- 13 Beier SR, Rosenfeld WD, Spitalny KC, Bontempo AN : The potential role of an adult mentor in influencing high-risk behaviours in adolescents. *Arch Pédiatr Adolesc Med* 2000 ; 154 : 327-31.
- 14 Renard F, Deccache A : Réflexion sur les aspects éducatifs de la prévention du tabagisme : quelle communication avec l'adolescent ? *Arch Pédiatr* 2004 ; 11 : 599-600.
- 15 Moolchan ET, Robinson ML, Ernst M, Cadet JL, Pickworth WB, Heischman SJ, Schroeder JR : Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction. *Pediatrics* 2005 ; 115 : e407-e414.



SOMMAIRE

- I - La nutrition, situation épidémiologique
- II - Promotion de la santé, nutrition et activités physiques
- III - Dispositifs et ressources régionaux en promotion et éducation pour la santé
- IV - Définitions et concepts utilisés

COMITE DE PILOTAGE

Le comité de pilotage est composé de Mme DIEULEVEUT (AFDN), Mme DUTRUEL (DRAAF), Mme GOUBAULT (DRJSCS), Mme MARCHEIX (ARS) et Mme ROUX (Rectorat).

Nous tenons à remercier chacun des membres de ce comité pour leur aide dans l'élaboration de ce bulletin.

Rédacteurs :
Julien Giraud
Médéric Roncheau
Emmanuelle Vail

BOS Bulletin
Observation
Santé

La nutrition... un déterminant de santé

L'amélioration de l'état nutritionnel de la population constitue un enjeu majeur, en ce début du 21^{ème} siècle, pour la politique de santé publique menée en France. **Une nutrition satisfaisante est un facteur de protection de la santé.** Elle englobe deux facteurs comportementaux ; l'alimentation et l'activité physique. Les avancées de la recherche ont précisé le rôle que jouent l'inadéquation des apports nutritionnels et l'insuffisance d'activité physique dans le déterminisme de nombreux cancers et maladies cardio-vasculaires et le rôle des facteurs nutritionnels dans le risque ou **la protection** vis-à-vis du diabète et de l'obésité.

L'évolution de la consommation alimentaire a fortement modifié les apports énergétiques d'un individu : alimentation trop riche en sucre, matières grasses et sel et à l'inverse pauvre en glucides complexes, fibres alimentaires, vitamines, minéraux. La place des comportements sédentaires (temps passé devant un écran, moyens de déplacement motorisés etc.) se sont intensifiés réduisant ainsi le temps d'activité physique journalier.

La France est l'un des pays européens qui présente les plus fortes inégalités sociales en matière d'obésité et de diabète. La prévalence de l'obésité augmente régulièrement quand le niveau socio-économique diminue (que l'on considère le niveau de revenu ou le niveau de diplôme). Aussi, en l'absence d'une politique appropriée (à la fois sanitaire et sociale), le risque est réel d'augmenter les inégalités sociales de santé en termes d'alimentation et d'activité physique tout en améliorant la situation de la population générale (au détriment des publics les plus en difficulté). C'est dans cette optique que le Programme National Nutrition Santé 3 (PNNS 3) traite spécifiquement de cette question des inégalités de santé.

Ce programme vient à la suite des recommandations et objectifs quantifiés initiés dès 2000, dans le cadre du PNNS 1, puis par la Loi de santé publique 2004, le Plan Obésité et le Programme National pour l'Alimentation (PNA). Ces différents dispositifs, qui trouvent leurs déclinaisons en région permettent d'associer de nombreux acteurs de la recherche, de la promotion et de l'éducation à la santé, du soin ou de l'offre alimentaire. En Poitou-Charentes, le Projet Régional de Santé piloté par l'Agence Régionale de Santé (ARS) se fixe également comme objectif de prévenir les maladies de la nutrition et notamment le diabète et l'Obésité. C'est avec l'objectif de diffuser une information actualisée et fiable sur les aspects nutritionnels et sur les programmes, objectifs et ressources en promotion de la santé pouvant impacter les liens entre santé et nutrition que le service promotion de la santé de l'ARS Poitou-Charentes a missionné l'Observatoire Régional de la Santé pour rédiger ce Bulletin d'Observation de la Santé.

Faits marquants

- ◆ Une évolution de la prévalence de l'obésité moins rapide en Poitou-Charentes mais 43 % des picto-charentais de 15-85 ans sont en surcharge pondérale.
- ◆ Le niveau de revenu et d'instruction, les principaux déterminants de la nutrition
- ◆ Un champ d'intervention mobilisant de nombreux partenaires (Education Nationale, centres sociaux culturels, Ateliers Santé Ville, villes actives PNNS...)
- ◆ Des actions spécifiques en direction des personnes défavorisées (ateliers cuisine)

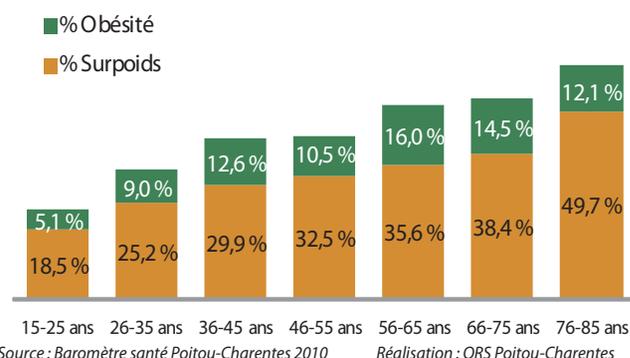


I - Situation épidémiologique

Cette partie dresse l'état des lieux de la situation nutritionnelle en Poitou-Charentes au travers, soit de données déclaratives par le biais d'enquêtes nationales périodiques présentant des échantillons régionaux (ObÉpi - Roche, Baromètre Santé, l'enquête HBSC (Health Behavior School-aged Children)), soit des données objectives issues des services de santé scolaire. Ce caractère déclaratif des données d'enquête induit une sous-estimation de l'Indice de masse corporel (IMC) et donc du surpoids et de l'obésité.

SURPOIDS ET OBESITE : POPULATION DE 15 ANS ET PLUS

Surpoids et obésité par tranche d'âge en Poitou-Charentes en 2010 (en%)



Selon le Baromètre santé Poitou-Charentes 2010, **42,9 % des picto-charentais** de 15 à 85 ans sont en surcharge pondérale (31,6 % en surpoids et 11,3 % en obésité). Le surpoids concerne plus fréquemment **les hommes** (38,1 % vs 25,5 % chez les femmes). La proportion de personnes en **surpoids augmente avec l'âge** passant de 18,5 % chez les 15-25 ans à 49,7 % chez les 76-85 ans. Le taux de personnes en situation d'obésité est relativement stable à partir de 36-45 ans. Chez les **femmes**, c'est parmi les **15-25 ans** que la proportion de surpoids et obésité est **la plus faible** (7,5 % en surpoids et 7 % en obésité).

* chez les hommes, la significativité selon l'âge ne peut être testée en raison de la faiblesse des effectifs

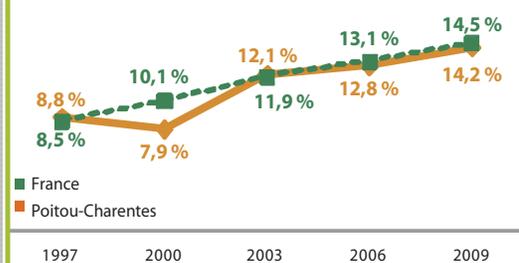
EVOLUTION DE LA PREVALENCE DE L'OBESITE DEPUIS 1997

Selon l'enquête ObÉpi - Roche 2009, le Poitou-Charentes fait partie des régions françaises pour lesquelles la prévalence de l'obésité chez les 18 ans et plus se situe dans la moyenne nationale (14,2 % vs 14,5 %) et ce, depuis 1997. ObÉpi - Roche 2000 fait état d'une situation d'exception dans 3 régions (la Basse-Normandie, la Bourgogne et le Poitou-Charentes) avec une stabilisation de l'obésité sans pour autant qu'il y ait d'explication ; les autres régions voient leur nombre de personnes obèses croître. Dans la région, la prévalence de l'obésité chez les 18 ans et plus est passée de **8,8 % en 1997 à 14,2 % en 2009**, soit une évolution significative de plus de 61 % : toutefois, moins rapide que celle observée pour la métropole (+ 71 %). Ainsi depuis 12 ans, l'augmentation relative moyenne est de 5,1 % par an en Poitou-Charentes (France métropolitaine : 5,9 %).

En appliquant ces taux à la population picto-charentaise de 18 ans et plus, **près de 90 000 personnes sont nouvellement en situation d'obésité** depuis 1997. Ainsi, la population régionale d'adultes obèses peut être estimée à **plus de 198 600 individus**.

En 2009, ObÉpi met en évidence, qu'au niveau national, **la prévalence de l'obésité diffère selon le sexe** (15,1 % chez les femmes vs 13,9 % chez les hommes) et aussi **selon l'âge** avec une prévalence, chez les hommes à partir de 45 ans, supérieure à 15 % (avec un pic qui atteint 20,1 % pour les 55-64 ans). Même tendance chez les femmes avec une prévalence de l'obésité supérieure à 14 % dès l'âge de 35 ans (et un pic à 19,5 % pour les 55-64 ans). L'augmentation relative de la prévalence de l'obésité entre 2006 et 2009 a été identique chez les hommes et les femmes (environ +11 %). Cette **augmentation relative** est particulièrement importante **chez les 25-34 ans** (+19,5 %). Quant à la prévalence du surpoids, elle est passée de 29,8 % en 1997 à 31,9 % en 2009. Chez les hommes, le surpoids atteint 38,5 % et 26 % chez les femmes lors de cette dernière année d'enquête. À noter, que si la prévalence de l'obésité avait, dans certaines catégories socioprofessionnelles, diminuée entre 2003 et 2006, ce constat n'est plus valable sur la période la plus récente. Ainsi, **en 2009, la prévalence de l'obésité augmente dans toutes les catégories socio-professionnelles**.

Evolution de la prévalence de l'obésité depuis 1997 (données déclaratives)



* en 2009, la population nationale retenue est de 25 286 individus adultes de 18 ans et plus, représentative de la population française vivant en ménage ordinaire, hors institution

Surpoids et obésité des enfants de maternelle

Depuis 1999, la DREES met en place un cycle triennal d'enquêtes de santé en milieu scolaire, réalisés par les médecins et infirmiers de l'Éducation Nationale. L'enquête 2005-2006 menée auprès des enfants en dernière année de maternelle (5-6 ans) a mis en évidence une baisse du surpoids et de l'obésité, passant de 14,4 % (dont 3,4 % d'obésité) en 1999-2000 à 12,1 % (dont 3,1 % d'obésité) en 2005-2006. Si la surcharge pondérale des enfants du Poitou-Charentes était plus basse que celle de la métropole en 1999-2000 (12,8 % contre 14,4 %), sa relative stabilisation la place en 2005-2006 au-dessus de la moyenne nationale (12,7 % contre 12,1 %). L'évolution de la prévalence de l'obésité est également plutôt défavorable, passant de 3 % (contre 3,4 % au niveau national) en 1999-2000 à 3,2 % (contre 3,1 %) en 2005-2006.

La prévention de la dénutrition

Souvent associée au pays en voie de développement, la dénutrition touche aussi une partie de la population française, notamment les personnes âgées, les populations souffrant de maladies aiguës ou chroniques, les individus en situation économique précaire, mais aussi les adolescents et jeunes adultes atteints de troubles des conduites alimentaires. En Europe, la prévalence de la dénutrition est estimée entre 5 à 10 %. Elle est supérieure chez les séniors, en effet, avec l'âge, plusieurs facteurs influencent la façon de s'alimenter : une baisse de l'appétit, des modifications métaboliques, voire des facteurs pathologiques ou environnementaux. Un poids stable est le garant d'un bon équilibre entre les apports alimentaires et les dépenses énergétiques (activité physique). La mise en place d'actions spécifiques permettant d'agir le plus en amont possible sont donc nécessaires.



ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SÉDENTARITÉ

L'**activité physique** correspond à « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui entraînent une augmentation substantielle de la dépense d'énergie au dessus de la dépense énergétique au repos ». L'**inactivité physique** ou **comportement sédentaire**, peut être définie comme « un état dans lequel les mouvements corporels sont réduits au minimum et la dépense énergétique proche de la dépense énergétique de repos » [1, 2].

D'après l'enquête HBSC Poitou-Charentes 2007, l'activité physique est définie par la pratique d'une activité physique d'une intensité au moins modérée, c'est-à-dire au moins 1 heure par jour au moins 5 jours/semaine au cours des 7 derniers jours. Ainsi, **près de 30 %** des jeunes adolescents scolarisés (11, 13 et 15 ans) **atteignent le niveau d'activité physique recommandé**. Cette proportion est proche de celle observée au niveau national.

La sédentarité est le fait de consacrer au moins 4 heures/jour à la télévision, aux jeux vidéos ou à l'ordinateur, seuil au-delà duquel l'activité sédentaire serait trop importante. Concernant ces activités, ce sont **près de 62 %** des jeunes adolescents qui sont concernés en Poitou-Charentes soit la même proportion qu'en France.

PRATIQUES ET HABITUDES ALIMENTAIRES

Le petit déjeuner...

D'après l'enquête HBSC Poitou-Charentes 2007, les picto-charentais âgés de 11, 13 et 15 ans sont **plus d'un tiers à déclarer qu'ils ne prennent pas de petit déjeuner quotidiennement** : cela concerne plus généralement les filles (38 % vs 33 % chez les garçons), et cette proportion augmente avec l'âge, passant de 25 % à 11 ans à 46 % à 15 ans. Dans la région, ils sont en proportion moins nombreux à sauter le petit déjeuner par rapport au niveau national (27,6 % vs 33,6 %).

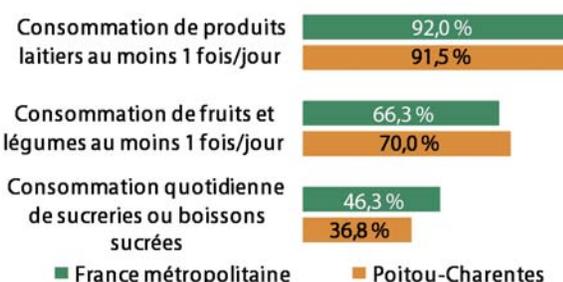
Et dans la journée ?

Plus de 9 jeunes sur 10 consomment au moins un produit laitier quotidiennement, ce qui est comparable avec le niveau national. La déclaration de consommation de fruits et légumes au moins 1 fois par jour est un peu plus élevée qu'en France métropolitaine. En revanche, la consommation quotidienne de produits sucrés (boissons ou sucreries) se situe à **plus de 20 % en deçà de la moyenne nationale**.

L'activité sportive chez les 15-85 ans

Selon le Baromètre santé Poitou-Charentes 2010, l'absence de pratique sportive est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (30 % contre 23 %), tandis que les hommes ont plus fréquemment que les femmes une pratique sportive au moins 3 fois par semaine (23 % contre 17 %). L'absence de pratique sportive augmente avec l'âge passant de 5 % chez les 15-25 ans à près de 58 % chez les 76-85 ans.

Profils de consommation des adolescents picto-charentais



Source : HBSC 2007

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

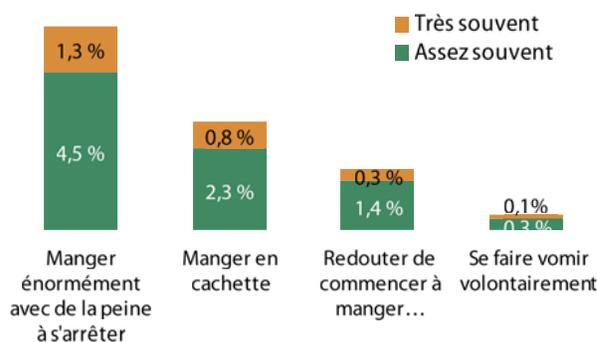
DES CONSÉQUENCES INDIVIDUELLES DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ

Dans son communiqué de presse en date du 6 octobre 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) déclare qu'une situation de surpoids ou d'obésité installée chez un enfant augmente le risque de rester dans cette situation à l'âge adulte. Or, les conséquences du surpoids et de l'obésité sont nombreuses et parfois graves : augmentation du risque de diabète, de maladies cardio-vasculaires, conséquences morphologiques et esthétiques, stigmatisation, retentissement psychologique, etc.

Ainsi, la HAS émet un ensemble de recommandations :

- Le **réflexe pour repérer le surpoids et l'obésité** par calcul systématique de l'IMC, chez tout patient,
- Le **changement durable des habitudes plutôt que rechercher la perte de poids à tout prix** par un accompagnement diététique et un suivi régulier (les régimes amaigrissants sans suivi ne sont pas recommandés ; ils sont nocifs et inefficaces à long terme), l'augmentation de l'activité physique et pas seulement le sport, un accompagnement psychologique,
- Le **renoncement à la prise de médicaments pour maigrir**.

Troubles du comportement alimentaire chez les 15-85 ans⁽¹⁾



(1) Au cours des 12 derniers mois

Source : Baromètre Santé Poitou-Charentes 2010

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

D'après l'enquête HBSC Poitou-Charentes 2007, **8 %** des jeunes de 11, 13 et 15 ans **déclarent suivre un régime** ; les filles étant deux fois plus nombreuses que les garçons (11 % vs 5,5 %). Aussi, près d'un élève sur cinq estime avoir besoin de perdre du poids.

Selon le Baromètre santé Poitou-Charentes 2010, **9 % des 15-85 ans présentent un trouble de l'alimentation**, les femmes plus que les hommes (11 % vs 6 %) et les 15-25 ans sont particulièrement concernés (21 %). Le trouble du comportement alimentaire le plus souvent cité est « **manger énormément avec de la peine à s'arrêter** » et concerne près de **6 % de la population picto-charentaise de 15 ans et plus**.



II- Promotion de la santé, nutrition et activité physique

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la promotion de la santé comme « le processus qui confère aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ». Elle s'appuie sur une conception positive et globale de la santé, comme un état de bien être physique, psychologique et social et utilise des méthodes d'intervention fondées sur la participation des personnes et des groupes, sur l'implication des communautés et sur la mobilisation des ressources présentes sur chaque territoire. Plan de santé publique visant à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur la nutrition, le PNNS est une réponse au rapport du Haut Conseil de la Santé Publique qui mettait en évidence l'impact de l'évolution alimentaire des français et de la sédentarisation sur la santé en matière de prévention, d'analyse et d'actions.

Le PNNS1 a établi un socle de repères nutritionnels constituant désormais la référence française, associant à l'objectif de santé publique les notions de goût, de plaisir et de convivialité.

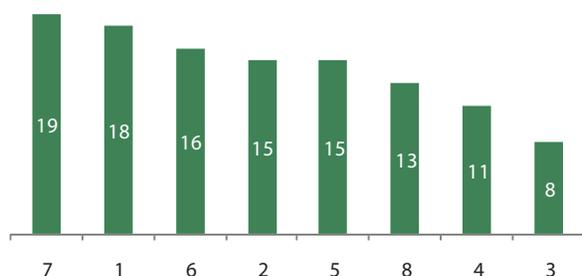
Réduire les inégalités sociales de santé : la priorité nationale du PNNS 3

Si plusieurs des objectifs des PNNS précédents ont été totalement ou partiellement atteints (comme la réduction de la prévalence de surpoids et de l'obésité chez l'enfant), ces améliorations n'ont pas concerné l'ensemble de la population et les inégalités sociales de santé se sont creusées dans le domaine de la nutrition. La lutte contre les inégalités sociales de santé est devenue la priorité nationale et constitue l'axe premier du PNNS3. Les mesures en faveur d'une bonne alimentation prévues dans le PNA s'inscrivent dans la stratégie de prévention nutritionnelle du PNNS.

Ces objectifs ont été regroupés selon quatre axes :

1. Réduire l'obésité et le surpoids dans la population,
2. Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges,
3. Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque,
4. Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles (dénutrition, troubles du comportement alimentaire).

Population en situation d'obésité en France par catégories socio-professionnelles (CSP) en 2009 (en %)



1 : Agriculteurs exploitants
2 : Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3 : Cadres et professions intellectuelles sup.
4 : Professions intermédiaires
5 : Employés
6 : Ouvriers
7 : Retraités
8 : Autres personnes sans activité prof.

Source : ObEpi 2009

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Etude ABENA (Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire)

L'étude ABENA, réalisée en 2004-2005 à la demande du Secrétariat d'état à la lutte contre l'exclusion dans le cadre du Plan Alimentation et Insertion, est une réponse au souhait des associations d'aide alimentaire de mieux connaître les bénéficiaires afin de mieux adapter l'aide alimentaire. Les objectifs étaient de décrire les consommations alimentaires et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Les résultats confirment des prévalences élevées du surpoids et de l'obésité. Les mesures anthropométriques indiquent une fréquence de 37,6 % de personnes en surpoids et de 27,4 % de personnes obèses. Cette obésité touche particulièrement les femmes, 36 % contre 13 % chez les hommes, soit deux à trois fois plus que dans la population générale.

Une très faible présence de certains groupes d'aliments fondamentaux, tels que les fruits et légumes, est également constatée.

Cette étude est reconduite en 2011-2012 afin d'analyser l'évolution sociodémographique et économique des usagers et actualiser leurs risques nutritionnels. De nouvelles thématiques, pour approfondir les résultats, sont introduites (insécurité alimentaire, accès aux soins...).

Pour en savoir plus : www.invs.sante.fr

Les ouvriers, davantage touchés par l'obésité

Partout dans le monde, l'espérance de vie et la mortalité suivent un « gradient socio-économique » : l'état de santé est d'autant meilleur que le statut socio-économique est élevé. Ces inégalités sociales de santé concernent toutes les pathologies chroniques, et notamment celles directement liées à la nutrition telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires...

Selon ObÉpi 2009, si l'obésité concerne 15 % des adultes toutes professions et catégories socioprofessionnelles confondues, elle est deux fois plus répandue dans les catégories les moins favorisées (16 % chez les ouvriers) que dans les catégories aisées (8 % pour les cadres). Le niveau de diplôme joue un rôle important dans la détermination des pratiques alimentaires ; le taux d'obésité est trois fois plus élevé chez les personnes d'un niveau d'instruction équivalent à l'école primaire (24 %) que chez les diplômés d'un troisième cycle d'études supérieures (7 %).

Le revenu est également un facteur déterminant. L'obésité concerne 18 % des adultes vivant dans un foyer aux revenus inférieurs à 1200 euros contre 5 % de ceux qui ont un revenu mensuel supérieur à 5301 euros [4].

La structure des prix des denrées alimentaires est effectivement plutôt défavorable à l'équilibre alimentaire ; les aliments dont il est conseillé d'augmenter la consommation pour préserver sa santé (fruits, légumes, poissons) sont chers alors que les produits gras et/ou sucrés apportent des calories bon marché [5]. Inégalités de santé que l'on retrouve chez les jeunes : un enfant de grande section de maternelle fils d'ouvrier a 3,6 fois plus de risque d'être obèse qu'un enfant de cadre [6]. De même, 15,9 % des enfants scolarisés en grande section de maternelle dans une école publique située en Zone d'Education Prioritaire sont en surpoids, contre 11,9 % des enfants fréquentant une école publique hors ZEP.

Les habitudes de vie, dont la pratique d'une activité physique, sont également différenciées selon les catégories sociales. Les jeunes non diplômés sont deux fois moins nombreux à pratiquer un sport couramment que les diplômés de l'enseignement supérieur. De plus, la sédentarité est défavorable pour les enfants d'ouvriers, dont 47 % passent au moins une heure par jour devant un écran contre 24 % pour les enfants de cadres [7].



Les ARS, acteurs clés de la déclinaison régionale du PNNS

Les ARS ont un rôle central dans la déclinaison régionale du PNNS. Déclinant la politique de santé à mettre en œuvre dans la région, le Projet Régional de Santé Poitou-Charentes inscrit les orientations du PNNS et ce, à plusieurs niveaux (Schéma prévention, Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins...).

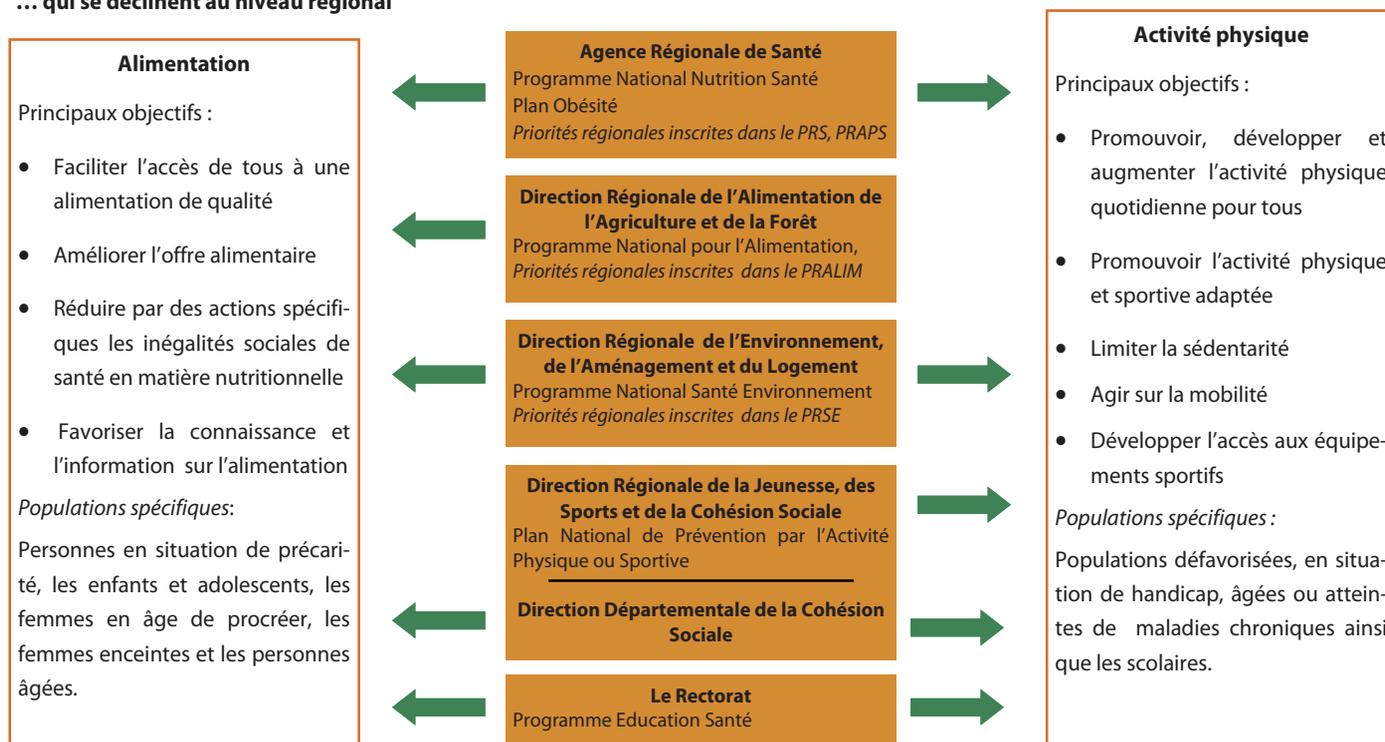
Pour en savoir plus : site de l'ARS Poitou-Charentes

La nutrition au cœur de nombreux plans et programmes...

Si le PNNS/PO et le PNA sont les principaux programmes nationaux en matière de nutrition, la diversité des domaines d'intervention (alimentation, activité physique et cadre de vie) et la nécessité de toucher l'ensemble de la population font que cette thématique est transversale à de nombreux plans de santé publique qui s'articulent et se complètent :

- le Plan National Santé Environnement (PNSE) agit sur la qualité de l'alimentation (réduction de pollution, des pesticides...) et surtout, à travers son volet transport, encourage l'activité physique en favorisant les mobilités douces. La Direction Régionale de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement du Poitou-Charentes assure sa déclinaison régionale (Plan Régional Santé Environnement 2).
- l'éducation nutritionnelle (apprendre à bien manger, formation au goût...) et la prévention du surpoids et de l'obésité (interdiction des distributeurs alimentaires, promotion de l'activité physique...) sont des missions de l'Education Nationale inscrites au sein du Programme Education Santé (PES) ainsi que dans les projets d'écoles et d'établissements.
- le Plan National de Prévention par l'Activité Physique et Sportive (PNAPS) est une réponse pour développer l'activité physique à tous les âges,
- la nécessité d'une activité physique régulière et d'une alimentation adaptée aux besoins des personnes âgées sont des éléments du Plan National Bien Vieillir initié en 2008...

... qui se déclinent au niveau régional



Le Comité Technique Régional Nutrition (CTRN) Poitou-Charentes

Des missions d'appui à l'ARS :

Participer à la réflexion sur le schéma prévention et ses déclinaisons, assurer une déclinaison cohérente du PNNS 3 dans la région et suivre l'état d'avancement des axes nutrition du schéma régional de prévention.

Un comité représentatif et ouvert :

Piloté par l'ARS, de multiples partenaires extérieurs composent le CTRN : des institutions (Education Nationale, DRAAF, DRJSCS...), des professionnels (diététiciens, médecins), des acteurs (Instance Régionale en Education et Promotion de la Santé, ORS...), des Collectivités territoriales (Villes actives PNNS...) et des usagers (associations de parents d'élèves, représentant des personnes âgées).

En fonction des orientations, d'autres professionnels peuvent être associés au comité : psychiatre/psychologue, sociologue, anthropologue, démographe, statisticien, géographe...

Rôle des Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) dans la promotion de l'activité physique

L'accès à une activité pour tous est une mission majeure des DRJSCS. Dans ce cadre, la DRJSCS de Poitou-Charentes peut apporter des aides aux porteurs d'actions et de projets en rapport avec la nutrition et l'activité physique. L'expertise de son équipe de terrain, constitué de Conseillers Techniques Sportifs (CTS) régionaux, de conseillers d'animation sportive et d'un médecin conseiller, permet en effet d'associer à la nutrition la promotion et la mise en pratique d'une activité physique en s'appuyant sur les associations sportives œuvrant dans le « sport santé ».

Pour en savoir plus : site de la DRJSCS de Poitou-Charentes



Les outils d'information et d'éducation nutritionnelle

Depuis son lancement le PNNS a mis en place divers outils et procédures pour inciter les multiples acteurs à s'engager en matière de nutrition santé et valoriser leurs actions :

- Mise à disposition d'outils validés scientifiquement : affiches, brochures, coffret pédagogique, dépliants et flyers à destination de la population générale et de populations spécifiques (enfants, adolescents, femmes enceintes, personnes âgées, etc.) et des professionnels de la santé, du social et de l'éducation (kits d'outils d'évaluation nutritionnelle, disques calcul IMC adultes et enfants, logiciel « Evaluer et suivre la corpulence des enfants », fonds documentaire et pédagogique, mallette pédagogique pour collégiens « Fourchettes et baskets, le classeur « Alimentation atout prix »...).
- Création de sites internet : manger.bouger.fr, oqali.fr, alimentation.gouv.fr, reseauillesactives.fr
- Procédure d'attribution du logo PNNS :



Le logo PNNS a été créé en octobre 2011 afin d'identifier les actions et documents qui sont rédigés, élaborés et mis en œuvre dans le cadre du PNNS. La procédure d'attribution est ouverte aux entreprises publiques et privées, associations, fondations et collectivités pour des projets qu'ils développent en direction des populations.

Un comité pluridisciplinaire d'experts en nutrition, communication, éducation pour la santé, activité physique et les administrations concernées se réunissent mensuellement au sein de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INEPS) pour statuer sur les demandes.

Outils et informations disponibles sur les sites www.mangerbouger.fr, www.inpes.sante.fr et www.sante.gouv.fr

Les « Formateurs PNNS » de Poitou-Charentes

Une formation permettant de devenir formateur « référencé PNNS » et d'être ensuite sollicité prioritairement par les organismes de formation est proposée aux professionnels de la nutrition et de l'activité physique. Cette formation intègre la mise à disposition d'outils de formation remis à jour régulièrement. En Poitou-Charentes, 8 professionnels sont référencés « formateurs PNNS ».

Pour en savoir plus : www.sante.gouv.fr

Les Instances Régionales d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS)

Opérateur financé par l'ARS, l'IREPS a pour principales missions l'appui méthodologique aux porteurs de projet, la formation et la sensibilisation à la promotion de la santé des professionnels relais et la communication et le relai des priorités de santé. Les IREPS sont également centre de diffusion et de documentation.

En matière de nutrition, l'IREPS a participé, sur la région, au développement d'actions spécifiques : animations ludiques d'éducation nutritionnelle et d'ateliers cuisine adaptées au public, basées sur l'interactivité, la mise en situation des personnes et la prise en compte de leurs expériences et savoirs, formation de professionnels relais, principalement des responsables d'épiceries sociales, animateurs d'ateliers cuisine et aides à domicile (Formation Nutrition Précarité) et travail sur l'amélioration de l'offre alimentaire en restauration collective (crèches*, EHPAD, Maison d'arrêt...).

Pour en savoir plus : <http://www.educationsante-pch.org/>

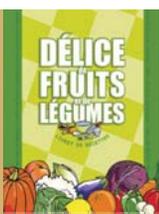
Actions associant nutrition et activité physique

« Bien Bouger, Mieux Manger », (Rectorat de Poitiers, GRSP)

Face à l'augmentation du surpoids et de l'obésité des collégiens de la région, le Rectorat a impulsé un programme d'éducation alimentaire et de promotion des activités physiques sur 4 ans (2006-2010). L'ORS a été chargé de l'évaluation de ce programme et les résultats de l'étude indiquent une interruption de l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité. Ce programme a suscité l'implication et la mobilisation de nombreux acteurs, impulsant alors une dynamique favorable à l'élaboration de projets d'établissement concernant la nutrition. De plus, les actions ont été très majoritairement appréciées aussi bien des élèves que des opérateurs.

Le projet 3S « Santé Sport Scolaire » (2012-2014)

Dans le prolongement du programme BBMM, le projet 3S vise à réduire l'augmentation de la prévalence de l'obésité et du surpoids des élèves de CM2 et 6^{ème} par le développement d'activités physiques et sportives et la promotion de comportements favorables de santé. Ce projet nécessite l'implication forte des enseignants (principalement d'EPS et SVT), des référents des Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté des établissements ainsi que des familles.



Action en direction des personnes précaires: « Déllice de fruits et de légumes » (ARS, DRAAF et IREPS Poitou-Charentes)

Classeur de recettes de fruits et de légumes illustré, réalisé à partir d'un travail partenarial mis en place depuis 2007 avec les structures d'aide alimentaire et les établissements sociaux volontaires animant des ateliers cuisine, « Déllice de fruits et de légumes » est un véritable outil de promotion de la consommation des fruits et des légumes basé sur les savoir faire locaux et culturels de la région.

Né du constat que les fruits et les légumes mis à disposition dans les structures d'aide alimentaire ne sont que partiellement consommés, ce classeur s'adresse donc en priorité aux ateliers cuisine et à toutes les structures d'aide alimentaire accueillant des personnes en situation de précarité afin de valoriser les fruits et les légumes dans l'alimentation au quotidien.

Un CDrom, comprenant les fiches recettes et une base de données d'illustrations est disponible en prêt auprès des antennes départementales du réseau IREPS.

*Action en direction des enfants : « Amélioration de l'offre alimentaire dans les structures petite enfance en Charente » (IREPS)

L'objectif de cette action est d'agir sur l'offre alimentaire dans les crèches du département pour participer à la prévention de l'obésité infantile en offrant un environnement alimentaire cohérent. Cette action comporte :

- un audit de la qualité nutritionnelle des prestations proposées,
- une formation des directeurs et cuisiniers à la maîtrise des recommandations en restauration collective,
- un appui méthodologique pour la mise en place d'actions nutrition,
- un accompagnement des structures à l'élaboration des menus
- des ateliers de suivi et des groupes de travail thématiques,
- des soirées auprès des équipes des structures petite enfance de la ville d'Angoulême et du Grand Angoulême
- l'animation d'un réseau de partenaires réunis au sein d'un Comité de pilotage.



Définitions et concepts utilisés

Surpoids et obésité : selon l'OMS, le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. L'indicateur permettant d'estimer la corpulence des individus est l'Indice de masse corporelle (IMC). Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m².

L'IMC est la mesure la plus utile du surpoids et de l'obésité dans une population car, chez l'adulte, l'échelle est la même quels que soient le sexe ou l'âge du sujet. Il donne toutefois une indication approximative car il ne correspond pas forcément au même degré d'adiposité d'un individu à l'autre.

Ainsi, l'OMS définit :

- **chez l'adulte** : le surpoids comme un IMC égal ou supérieur à 25 kg/m², l'obésité comme un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m².
- **chez l'enfant de 0 à 18 ans**, les seuils du surpoids et de l'obésité varient en fonction du sexe et de l'âge. Les valeurs seuils sont issues des normes de références de l'International Obesity Task Force (IOTF), groupe de travail de l'OMS.

Activité physique : d'après le Haut Comité de la Santé publique (HCSP), elle correspond à « *tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui entraînent une augmentation substantielle de la dépense d'énergie au dessus de la dépense énergétique au repos* ». Ses principales caractéristiques sont l'intensité, la durée, la fréquence et le contexte dans lequel elle est pratiquée. Du fait de cette définition, l'activité physique recouvre un domaine plus large que celui de la seule pratique sportive. En fonction du contexte dans lequel l'activité physique est réalisée, on peut identifier deux situations principales : l'activité physique lors des activités professionnelles et de la vie courante (par ex. transport), et l'activité physique lors des activités de loisirs (de type sportif ou non).

Inactivité physique ou comportement sédentaire : toujours d'après le Haut Comité de la Santé publique (HCSP), par analogie avec l'activité physique, l'inactivité physique ou comportement sédentaire, peut être définie comme « *un état dans lequel les mouvements corporels sont réduits au minimum et la dépense énergétique proche de la dépense énergétique de repos* ». Cependant, l'inactivité physique ne représente pas seulement une absence d'activité, mais correspond à des occupations telles que regarder la télévision ou des vidéos, travailler sur ordinateur, ainsi qu'aux activités intellectuelles.

Troubles du comportement alimentaire (TCA) : ce sont des conduites alimentaires qui induisent des troubles somatiques et psychologiques. Les troubles alimentaires les plus fréquents sont : l'anorexie, la boulimie, la forme mixte (anorexie associée à des crises de boulimie). Ils se déterminent au moyen de **4 assertions** par la survenue « **assez souvent** » et « **très souvent** », au cours des 12 derniers mois d'au moins un des comportements suivants : *manger énormément avec de la peine à s'arrêter, se faire vomir volontairement, redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir s'arrêter, manger en cachette*.

Villes EPODE : le programme Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants (EPODE), rebaptisé Vivons en forme (VIF) mobilise tous les acteurs de proximité (personnels municipaux, professionnels de l'éducation et de la santé, acteurs associatifs et économiques...) pour faire évoluer les habitudes (alimentation, activité physique et rythme de vie favorisant le bien être) dans un sens favorable à la santé.

Villes OMS : Le programme Villes-Santé propose aux villes considérées comme des organismes vivants, de décider d'agir pour améliorer leur santé et celle de leurs habitants, en envisageant l'environnement comme une ressource fondamentale à protéger et à enrichir de manière solidaire, dans une perspective aussi bien locale que mondiale.

Références bibliographiques

- [1] HECBERG S., TALLEC A., **Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France, enjeux et propositions. Juin 2000. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Haut Comité de la Santé Publique. 275 p.**
- [2] OPPERT J-M., GUEZENNEC C-Y., RIVIERE Y., SIMON C., **Activité physique et santé, Arguments scientifiques, pistes pratiques. Octobre 2010. Ministère de la Santé et des Solidarités, Société Française de Nutrition. 58 p.**
- [3] CACHERA M-F., CASTETBON K., **Surpoids et obésité chez les enfants de 7 à 9 ans, France 2000. Conservatoire des Arts et Métiers, Institut de Veille Sanitaire.**
- [4] **Obésité et milieux sociaux. Janvier 2010. Observatoire des inégalités.fr**
- [5] DARMON N., **Manger équilibré pour 3,5 euros par jour : un véritable défi ». Juillet 2009. La santé de l'homme n° 402.**
- [6] **L'obésité chez les jeunes. Octobre 2010. Observatoire des inégalités.fr**
- [7] Drees. **La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Etudes et résultats, n°737. Septembre 2010**

Pour en savoir plus

- Observatoire régional de la santé de Poitou-Charentes. Baromètre santé Poitou-Charentes 2010
- INSERM, TNS HEALTHCARE, ROCHE - ObÉpi 2009, enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. ObÉpi Roche 2009. Octobre 2009, 56 p.
- Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées. Habitudes alimentaires et activité physique chez les adolescents de 11 à 15 ans en Midi-Pyrénées, résultats du volet régional de l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2007. Avril 2009, 16 p.
- ROBIN S., JOUHET V. - Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Poitiers 2007, les comportements de santé des élèves de l'Académie de Poitiers âgés de 11, 13 et 15 ans. Rapport Observatoire régional de la santé de Poitou-Charentes n°118. Septembre 2008, 130 p + annexes.
- MANGER BOUGER - PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTE : www.mangerbouger.fr, visité le 02/11/2011.
- Programme National pour l'Alimentation : www.alimentation.gouv.fr
- Sites : sante.gouv.fr, ineps.sant.fr et anses.fr

Cette publication est téléchargeable sur les sites ORS (www.ors-poitou-charentes.org) et ESPRIT (www.esprit-poitou-charentes.com).

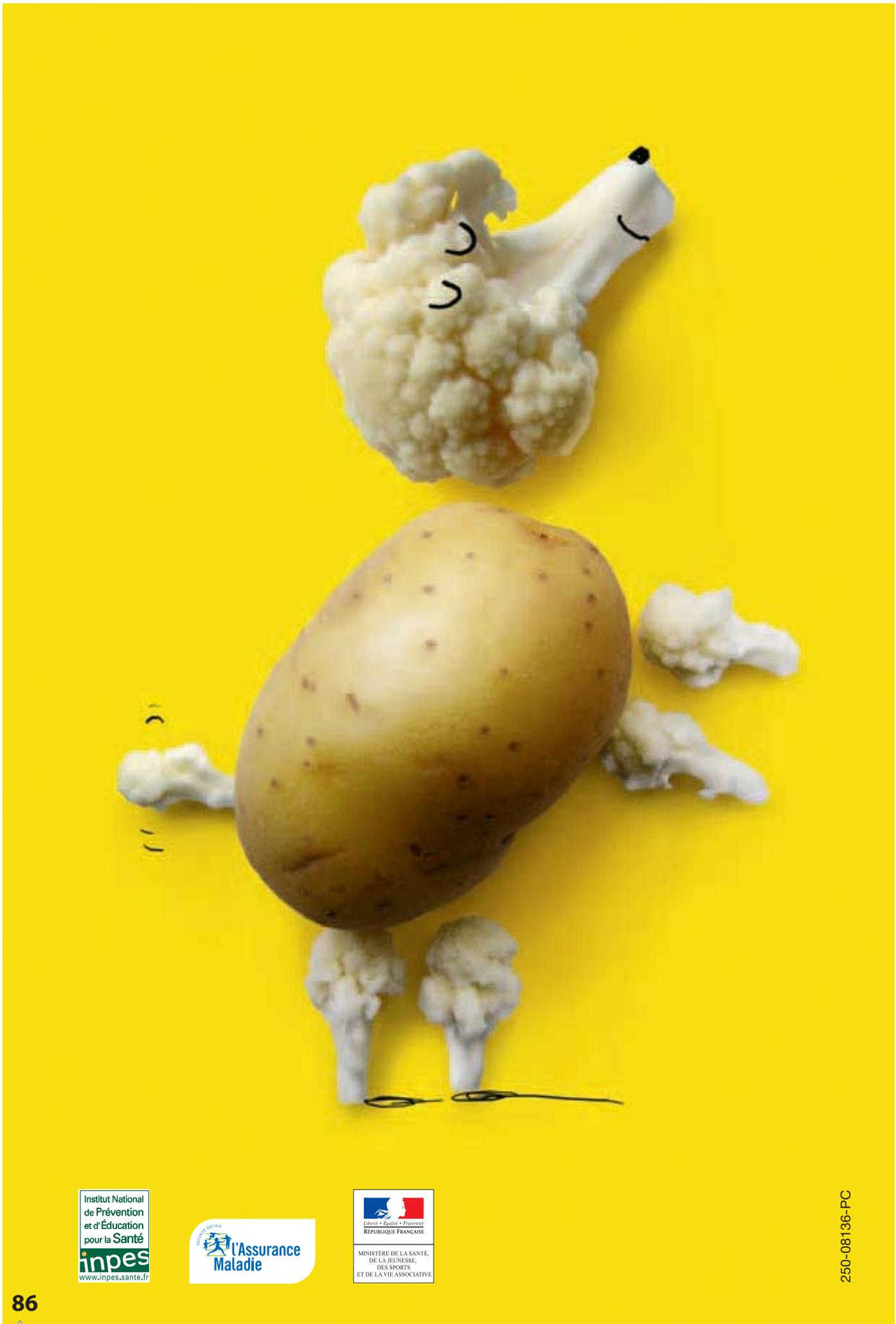


DOCUMENTS TELECHARGEABLES

Documents de l'INPES <i>http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/rech_doc.asp+</i>	85
Quelques opinions : A votre avis, vrai ou faux ? <i>Quizz Nouvel Elan Contre le Cancer. 2010-2011</i>	89
C'est bon pour la santé (ou ce n'est pas très bon) ? <i>Quizz Semaine des Accessifs. 2011</i>	99
J'ai l'impression que je ne suis pas sur la bonne route... <i>Thésaurus pour quizz 2010</i>	126
Plateau des Clés de FORT LAVIE*	163
Principes et règles du jeu des Clés de FORT LAVIE*	164
Cartes des Clés de FORT LAVIE*	167
Nouveau plateau de la CARTE DES TRESORS* <i>Février 2013</i>	174
Quelques cartes nouvelle de la CARTE DES TRESORS* <i>Conformes aux recommandations du PNNS</i>	175
Quelques panneaux pour dérivés PISTE DES ETOILES*	176







La courbe des repères



Céréales et dérivés
à chaque repas selon l'appétit

Fruits et légumes
Au moins 5 par jour

Activité physique : au moins 30 minutes par jour en une ou plusieurs fois

Produits laitiers
3 par jour

Viande, poisson, œuf
1 à 2 fois par jour

Matières grasses ajoutées

Produits sucrés

Sel

à limiter

eau
à volonté

Graisses, sucres et sel cachés

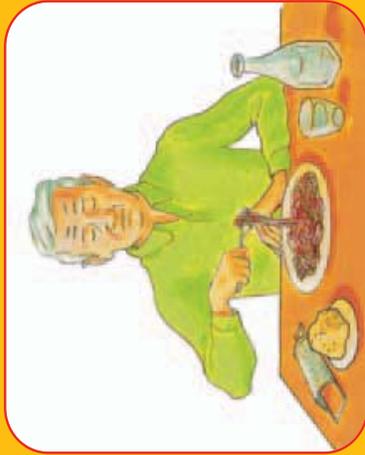


www.mangerbouger.fr

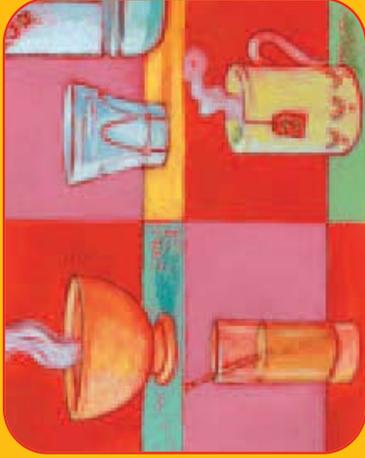
Mémo nutrition



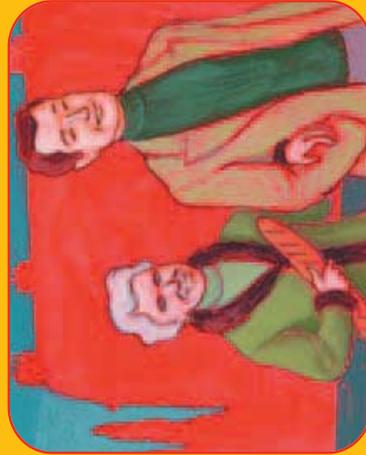
Faire 3 repas par jour
et prendre une collation le matin,
l'après-midi ou dans la soirée



Boire régulièrement
dans la journée
sans attendre d'avoir soif



Bouger chaque jour,
le plus possible



Se peser une fois par mois
et noter son poids
pour s'assurer qu'il est stable



Suivre au mieux les repères :

Fruits et légumes 	Au moins 5 par jour <ul style="list-style-type: none"> • A chaque repas et en cas de petit creux (goûter, collation) • Frais, surgelés ou en conserve
Pain et autres aliments céréaliers, pommes de terre et légumes secs 	A chaque repas et selon l'appétit
Lait et produits laitiers (yaourts, fromage blanc, fromage...) 	3 ou 4 par jour <ul style="list-style-type: none"> • Privilégier leur variété
Viandes, poissons et produits de la pêche, œufs 	2 fois par jour
Matières grasses ajoutées 	Sans en abuser
Produits sucrés 	Sans en abuser
Boissons 	1 litre à 1,5 litre d'eau par jour

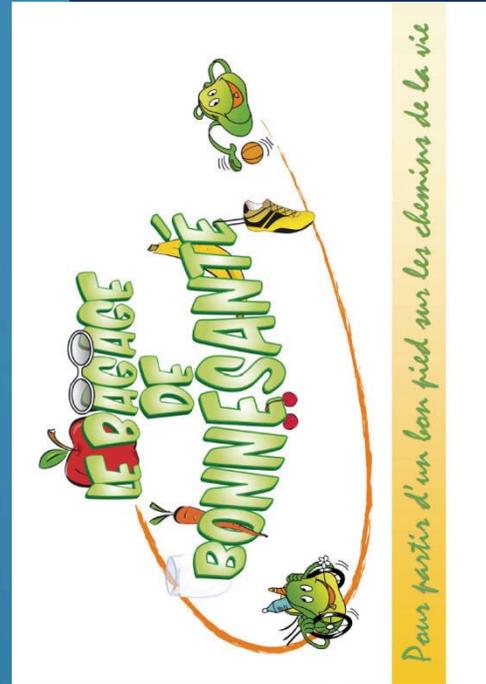
Quelques Opinions

A votre avis :

VRAI

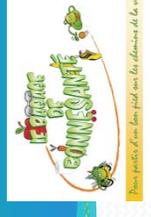
Ou

FAUX



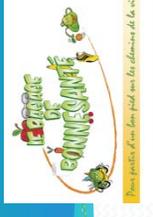


Tabac



- Ne fumer qu'une ou deux cigarettes par jour n'est pas nocif.
- Les cigares sont moins mauvais pour la santé que les cigarettes.
- Le tabac à chiquer ne présente pas de danger.
- Si une personne fume dans la même pièce que moi, je ne risque rien puisque je ne fume pas.
- Cela fait dix ans que j'ai arrêté de fumer, je ne risque plus rien.
- Ce n'est pas parce que je ne fume pas que je n'aurai pas de cancer.
- Ça ne sert à rien de s'arrêter maintenant de fumer puisque je ne suis pas malade.
- Je suis plus détendu après avoir fumé une cigarette.
- Le tabac accroît le seuil de pauvreté de ceux qui fument.
- Je fais du sport je peux bien fumer un petit peu.
- Je peux m'arrêter de fumer quand je veux, ce n'est qu'une question de volonté.
- Le tabac abîme ma peau.
- Un cancer de la vessie à cause du tabac ? Je ne vois pas par comment on fume là !
- Le Tabac risque de rendre stérile.

Alcool

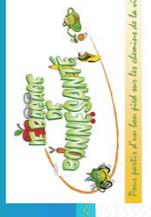


- Le vin protège de certaines maladies.
- Ce n'est pas parce que je prends une « cuite » de temps en temps que je risque quelque chose.
- La bière c'est convivial, et puis ce n'est pas comme l'alcool.
- Sans alcool la fête est plus folle.
- Les femmes supportent moins bien l'alcool que les hommes.
- Je ne suis jamais saoul, je n'ai donc pas de problème avec l'alcool.
- Jamais d'alcool pour la femme enceinte.
- Pas de consommation d'alcool pendant la période d'allaitement maternel.
- Une consommation excessive d'alcool déséquilibre le régime alimentaire.
- Un petit verre de temps en temps, ça n'a jamais tué personne.
- L'alcool ça réchauffe : la preuve le tonnelet des Saint-bernards.



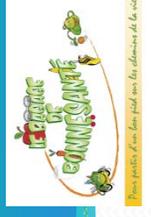


Soleil



- Si je suis bronzé je n'ai pas besoin de crème protectrice.
- Sous un parasol, je ne risque rien donc je ne mets pas de crème.
- En montagne il fait froid je n'ai pas besoin de me protéger du soleil.
- Il n'y a que ma peau qui risque quelque chose avec les U.V.
- En été c'est : Chapeau, tee-shirt, lunettes de soleil et rester à l'ombre aux heures chaudes.
- Je me « tartine » de crème solaire une bonne fois pour toutes et je suis tranquille pour la journée.
- Sans soleil il n'y aurait pas de vie.
- J'ai besoin du soleil pour fixer le calcium de mes os.
- C'est pas pour un petit coup de soleil que je vais m'arrêter de bronzer, au contraire après je bronze encore plus vite.
- Le bronzage protège des coups de soleil : les noirs ne risquent pas d'en avoir.
- Toute dorée à la fin de l'été je sens ma peau plus jeune.

Agents Infectieux

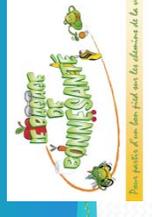


- Le cancer ça ne s'attrape pas comme la grippe.
- HPV ? Ah oui le cancer du col de l'utérus ! Je suis un homme ça ne me concerne pas.
- Un traitement antibiotique qui a fait reculer certains cancers... Vous rigolez ?
- Si un vaccin pouvait me protéger contre le cancer du foie, ça se saurait.
- Le cancer du foie c'est dû à l'excès d'alcool, pas à un virus.
- La vaccination contre l'HPV ne protège que les femmes du cancer du col de l'utérus.
- Un ulcère de l'estomac qui ne guérit pas risque de devenir un cancer à cause d'une bactérie.
- On peut soigner certains cancers de la vessie avec des traitements anti infectieux.
- Papilloma Virus s'associe très souvent à l'alcool et au tabac pour favoriser la survenue d'un cancer.
- Il n'y a que le cancer du col de l'utérus qui peut être développé à cause d'un virus.
- L'alcool ça tue les germes et c'est moins dangereux que les vaccins.



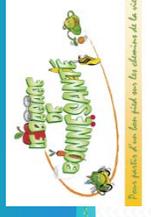


Graisses animales



- Plus la viande est grasse, meilleure elle est au barbecue.
- Chez moi il n'y a que de la cuisine au beurre, c'est meilleur pour la santé.
- Chaque jour pas plus d'une petite ration de beurre étalé sur ma tartine du matin.
- Les huiles végétales naturelles c'est mieux pour la santé.
- Moi je ne prends que des huiles riches en Oméga 3 - 6 - 9 ... cela protège mon cœur et ma santé.
- Ce sont les graisses cuites qui sont mauvaises pour la santé.
- Il est nécessaire de manger un peu de graisses chaque jour.
- Il y a des vitamines dans le beurre.
- Je fais du sport je peux bien manger aussi gras que je veux.
- Le poisson c'est mieux il n'y a pas de graisses.
- Les frites actuelles ne sont plus grasses.

Fruits et Légumes

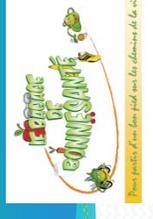


- Cinq fruits et légumes par jour c'est trop cher.
- Les légumes congelés ont tout perdu de leurs qualités nutritionnelles.
- Il n'y a que les fruits frais qui apportent des vitamines.
- C'est dans la peau des fruits qu'il y a toutes les substances nocives qu'on ajoute pour les cultiver.
- Les boîtes de conserves sont dangereuses.
- Les enfants n'aiment pas les légumes verts.
- Les légumes ce n'est que de l'eau et des fibres qui ne digèrent pas, ça ne sert à rien.
- Les fruits et légumes c'est le plein de vitamines et de sels minéraux.
- On ne peut pas faire du sport si on ne mange que des légumes.
- Boire un jus de fruits c'est pareil que de manger un fruit.
- On peut très bien vivre en ne mangeant que des fruits et des légumes.



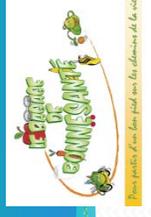


Activité physique



- J'ai trop de travail, je ne peux pas m'autoriser une demi-heure d'activité physique par jour.
- Le sport c'est bon pour les jeunes, à mon âge c'est plus possible.
- A trop faire de sport on se « dégingue » de partout.
- Je fais un tennis par semaine et cela suffit bien.
- La sédentarité est un facteur de risque reconnu de cancer du sein.
- Le sport c'est bien à la télé.
- Je préfère un bon film à une balade en forêt.
- Je fais du sport en vacances, l'été, quand j'ai le temps.
- Sport ou études il faut choisir.
- Bien bouger, mieux manger ; ce n'est qu'un slogan, personne ne peut le faire.
- Du sport y'en a pour tout le monde, pour tous les âges et pour tous les goûts.

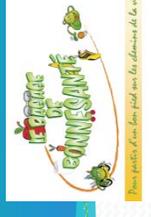
Substances Toxiques



- La réglementation en vigueur protège bien en deçà du seuil de toxicité.
- Il n'y a pas que des substances chimiques qui sont toxiques pour la santé.
- Les particules de bois inhalées peuvent être responsables de cancer des sinus.
- En 2005, Il y a eu 17 cancers reconnus comme maladie professionnelle dans notre région.
- La demande de reconnaissance d'un cancer comme maladie professionnelle ne concerne que l'amiante.
- Une campagne d'évaluation des risques phytosanitaires dans le monde agricole est en cours.
- Dans certaines professions on ne sait même pas quels sont les produits que l'on manipule.
- Les infirmières doivent se protéger les yeux et les mains lors de la préparation de certaines chimiothérapies.
- Les hôpitaux ont des systèmes plombés de récupération des urines des malades après une séance de radiothérapie.
- Certaines substances toxiques font courir un risque de maladie à mes futurs enfants.
- Certaines substances toxiques peuvent rendre stérile celui qui les utilise.



Environnement

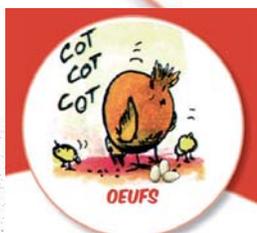
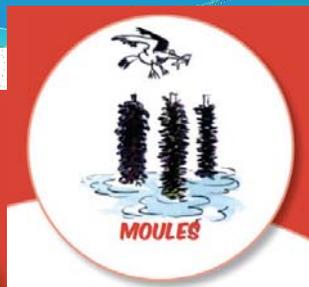
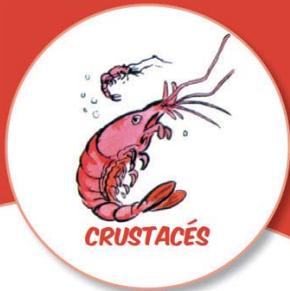


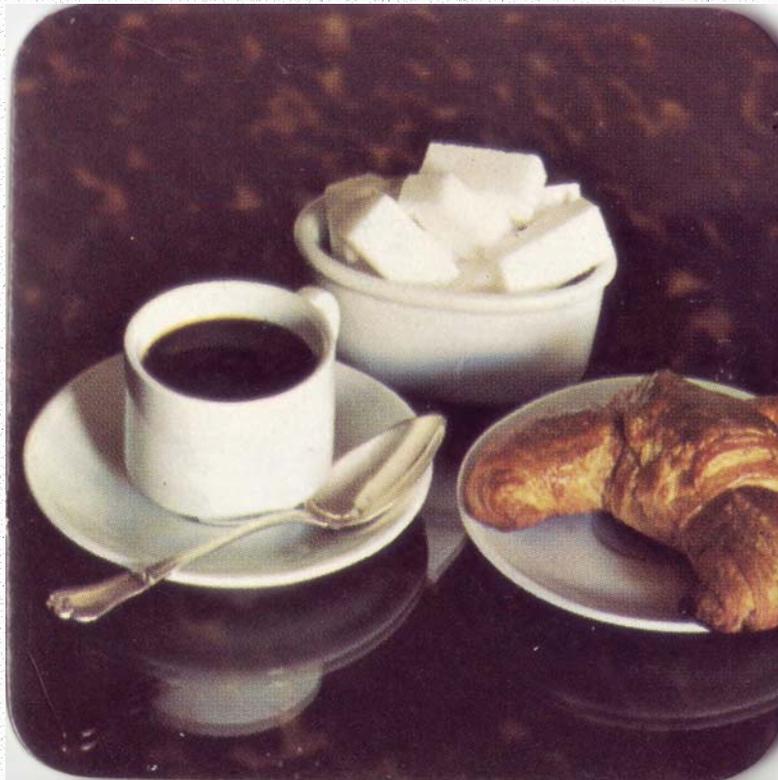
- Les ondes des relais sont dangereuses pour la santé.
- Il y a plus de leucémies dans les régions qui ont une forte concentration en équipements électriques à haute tension.
- Les portables risquent de favoriser les tumeurs du cerveau.
- La cuisson au four à micro-ondes rend les aliments potentiellement cancérigènes.
- Les particules dans l'atmosphère n'interviennent pas comme facteur de risque de survenue d'un cancer.
- Il y a des régions en France qui sont surexposées à des radiations naturelles.
- Certains cours d'eaux sont menacés d'accumulation de résidus toxiques industriels et médicamenteux.
- Dans certaines régions on a vu augmenter le nombre de cancers de la thyroïde depuis l'accident de Tchernobyl.
- Pierre et Marie CURIE sont morts d'un cancer causé par leur découverte des rayons X.
- Les centrales nucléaires ne rejettent dans l'atmosphère que de la vapeur d'eau.
- La température de l'eau des rivières en aval d'une centrale nucléaire est plus élevée.

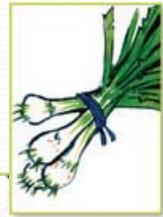
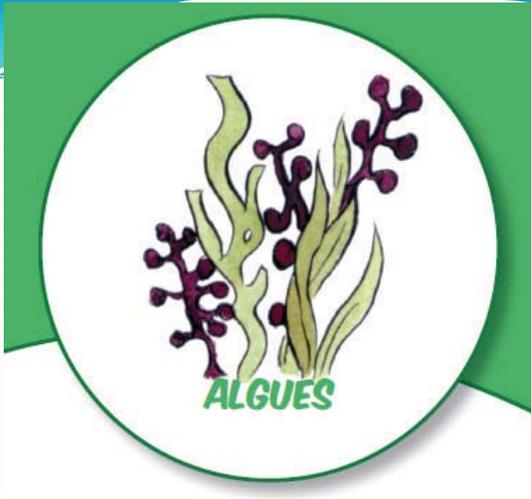
C'est bon pour la santé ?

Ou ce n'est pas très bon...?



























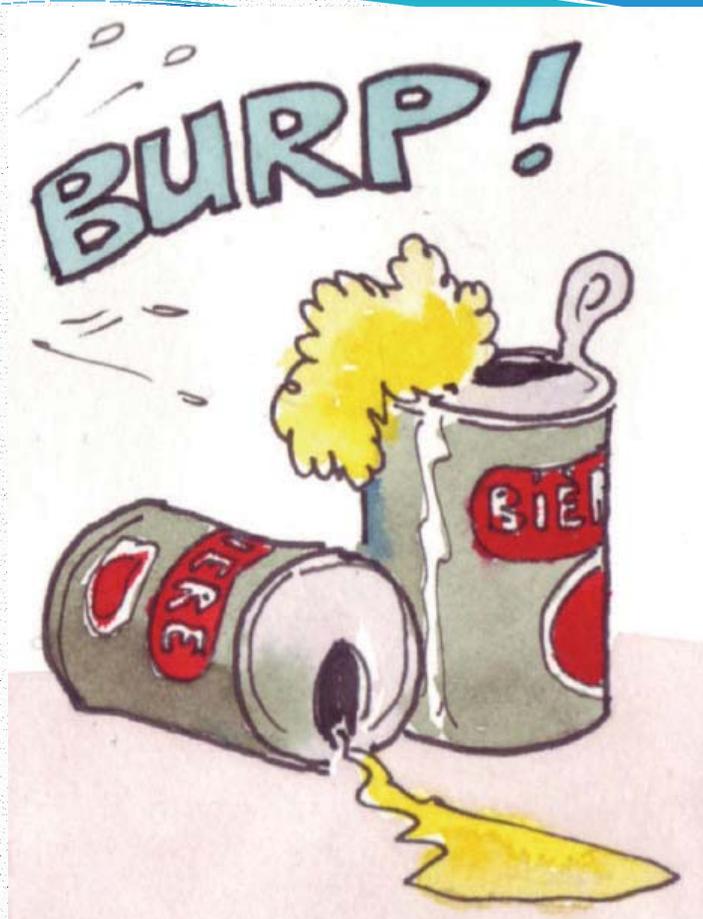






Sel

- ▶ Limiter la consommation
- ▶ Préférer le sel iodé
- ▶ Ne pas resaler avant de goûter
- ▶ Réduire l'ajout de sel dans les eaux de cuisson
- ▶ Limiter les fromages et les charcuteries les plus salés et les produits apéritifs salés











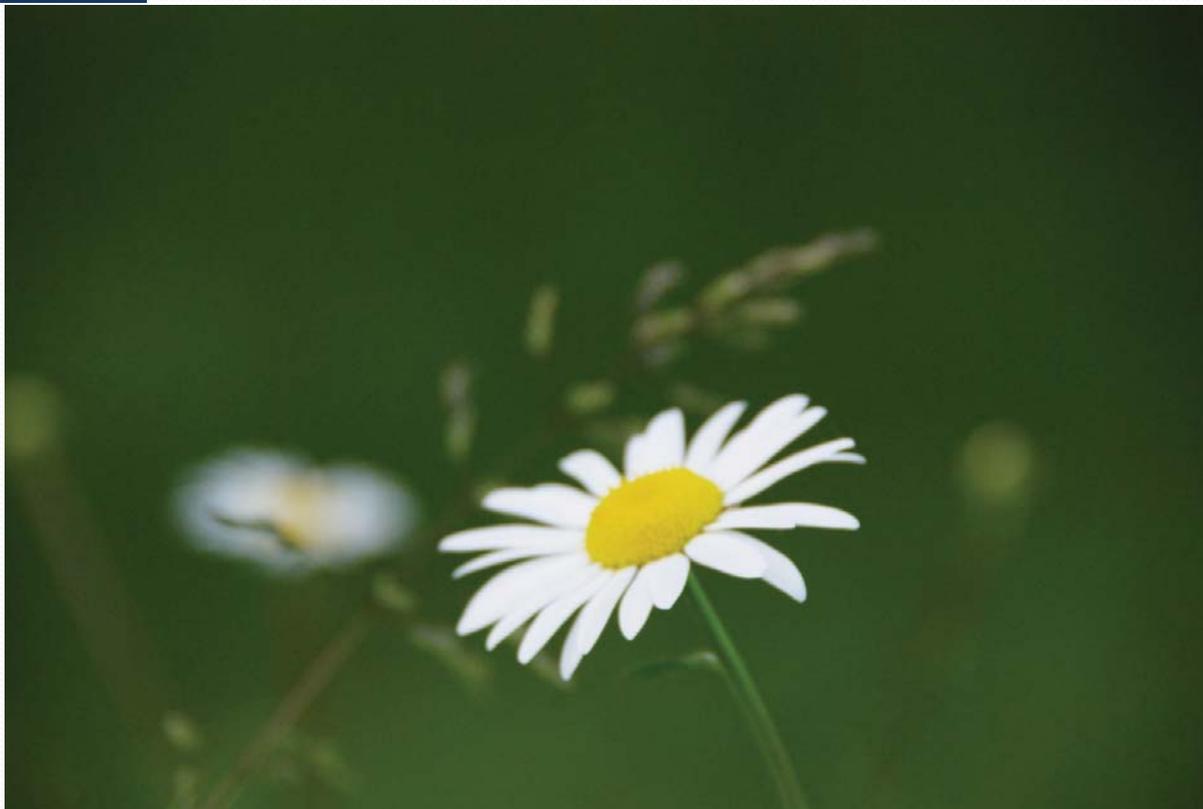














Les documents ci-dessus veulent provoquer une discussion, à partir des opinions du groupe mais aussi des idées reçues, autour de ce qui favorise une « Bonne Santé » ou ce qui constitue un facteur de risque d'altération de cette « Bonne Santé ».

La question à chaque illustration est donc :

« A votre avis cela est-il favorable ou non à ma santé ? »

Pour les pages suivantes, le diaporama à venir, le principe est un peu différent. Les illustrations (une dizaine à chaque série) sont regroupées par catégories de « risques » (Tabac, alcool, soleil, environnement, risques infectieux, graisses animales, alimentation, activités physiques...).

Ces groupes sont « ponctués » par une diapositive reprenant l'interrogation de BONNESANTE : « J'ai l'impression que je ne suis pas sur la bonne route » qui rappelle une partie des catégories de risques, et qui peut prêter aussi à discussion.

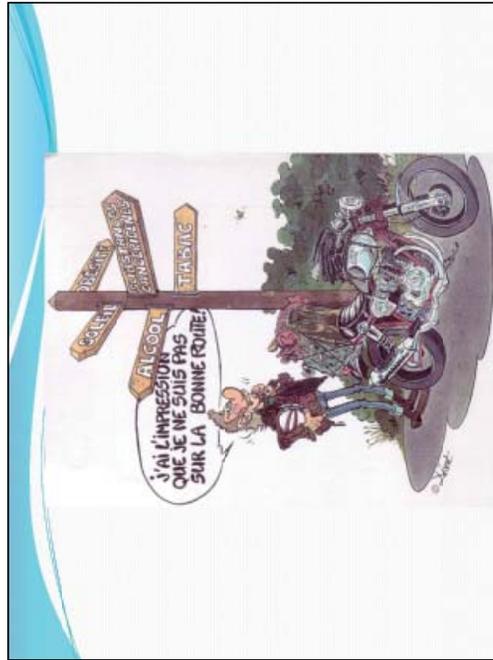
Le premier objectif est de reconnaître dans quelle catégorie de facteur de risque on se situe et pourquoi.

Le second objectif est de chercher s'il n'y aurait, par hasard, « un intrus », une illustration qui n'a rien à faire dans cette catégorie ou qui est complètement farfelue...

Attention ! Ne nous fions pas aux apparences, certains qui paraissent à première vue incongrus, peuvent cependant avoir un rapport avec le thème évoqué...

A vous de jouer !





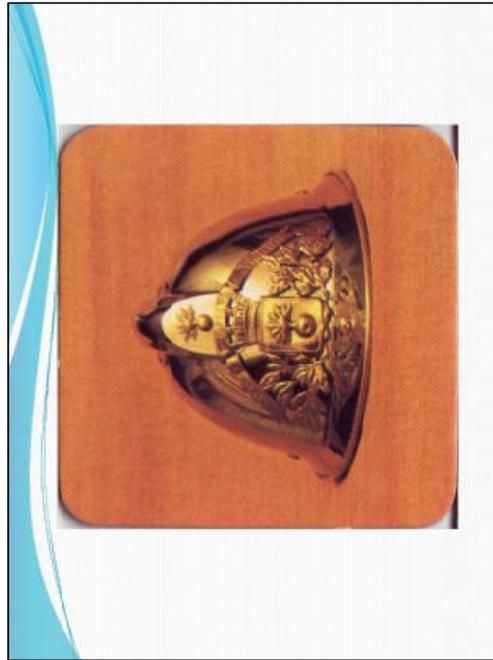
Nos mauvaises habitudes nous amènent parfois à nous fourvoyer...

A nous de choisir de prendre une autre direction. Il n'y a pas si longtemps que qu'on se pose ce genre de question sur le rôle que peut avoir notre mode vie sur notre santé.

Entre chaque diapo de ce totem une série de huit diapos:

- A vous de dire à quoi elles vous font penser;
- Y a-t-il des « intrus » des illustrations qui ne sont pas à leur place ?
- Est-ce que cela vous évoque des attitudes bénéfiques ou au contraire des risques pour la santé?

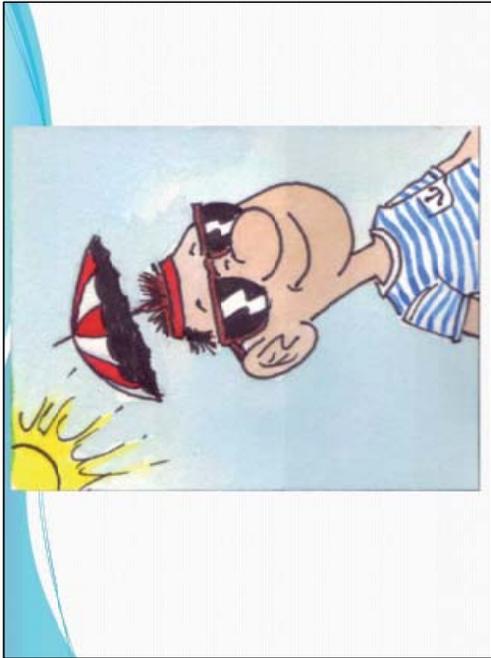
1



Ce pourrait-être une protection... un couvre-chef.

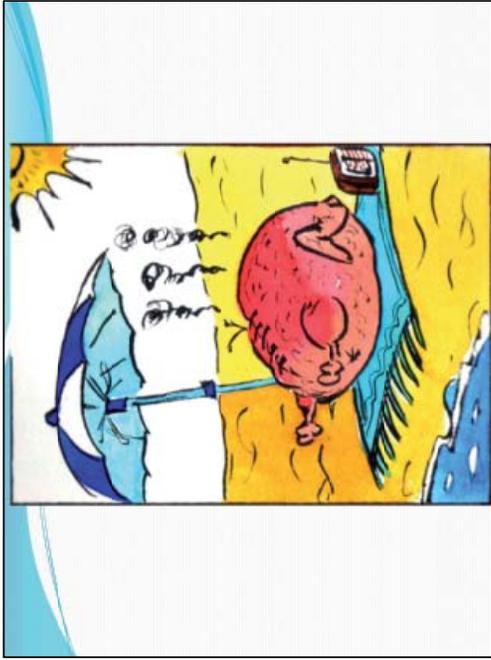
Mais il est plus évocateur du respect des règles de sécurité

2



Tout y est...
S'il a mis sa crème solaire et qu'il la renouvelle toute les deux heures c'est un modèle!

3



Bien rôtie au soleil j'ai l'air d'une dinde, non?
Le parasol est-il suffisant aux heures chaudes?

4



Intrus?

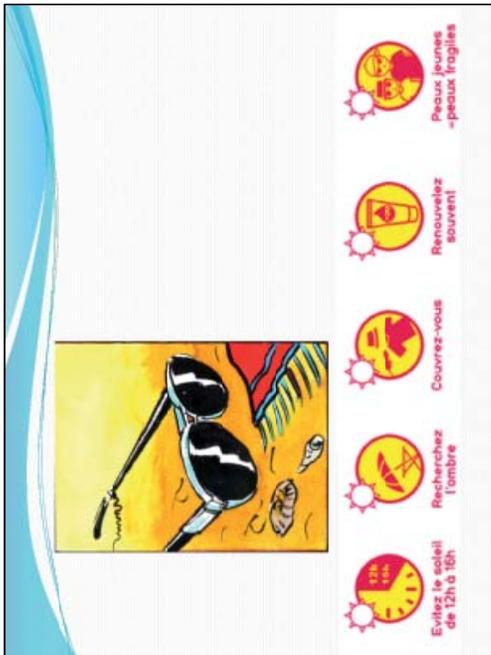
Le fromage c'est un produit laitier...

Donc riche en calcium...

Et le calcium on ne peut l'absorber que si l'on a suffisamment de vitamine D...

Et c'est le soleil qui permet à notre organisme de fabriquer la Vitamine D!

Donc pas si intrus que ça.



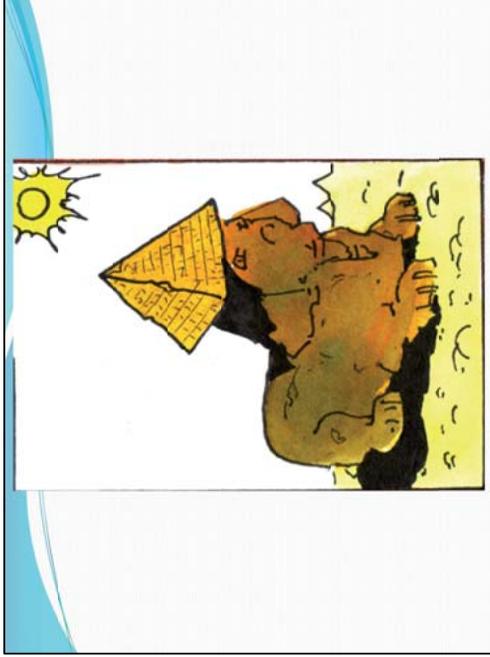
Soleil Mode d'emploi...

N'oubliez pas les lunettes de soleil. Notre rétine est aussi menacée par l'excès de rayons du soleil.



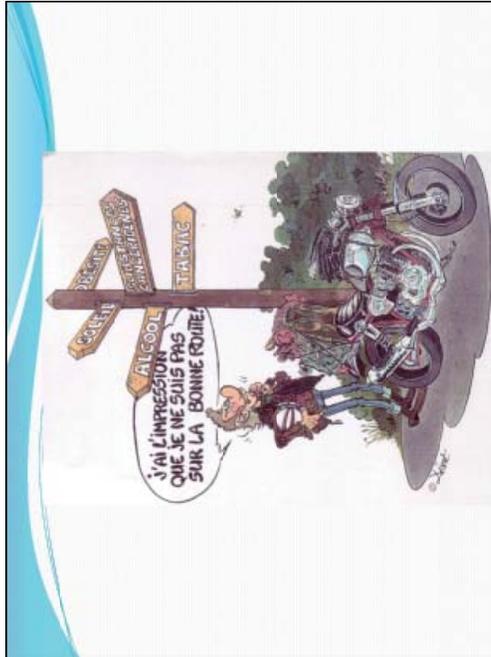
Au moins protection 50
L'écran total n'existe pas, il faut renouveler l'application souvent et au sortir de l'eau
quand on s'est essuyé!
Il y a des zones de peau plus fragiles: les fesses, sous les seins, sous les bras... tous les
endroits qui ne voient pas souvent directement le soleil.

7



Un chapeau... c'est essentiel à tout âge.

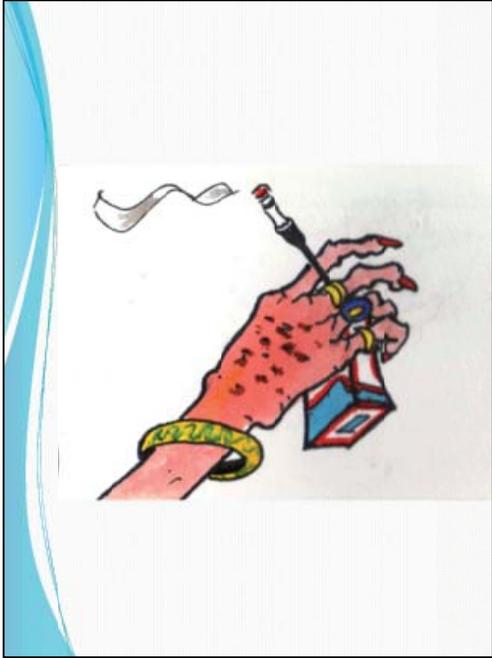
8



Le thème suivant quel est-il?



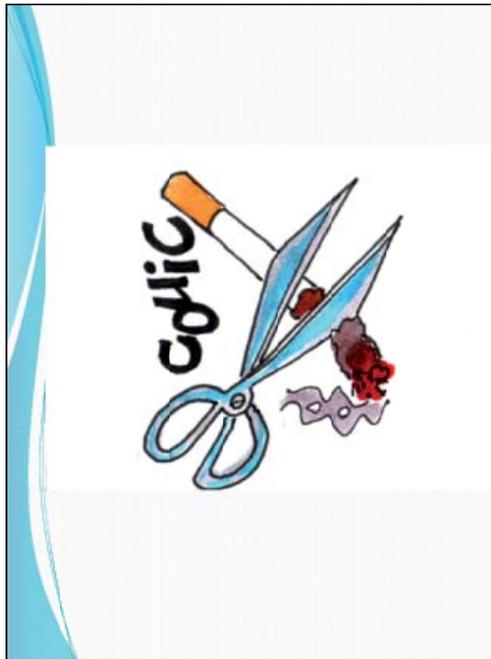
Tous les conscrits qui faisaient leur service militaire en avaient ... Gratuitement!



Le tabac abîme aussi la peau; il la fait vieillir beaucoup plus vite.



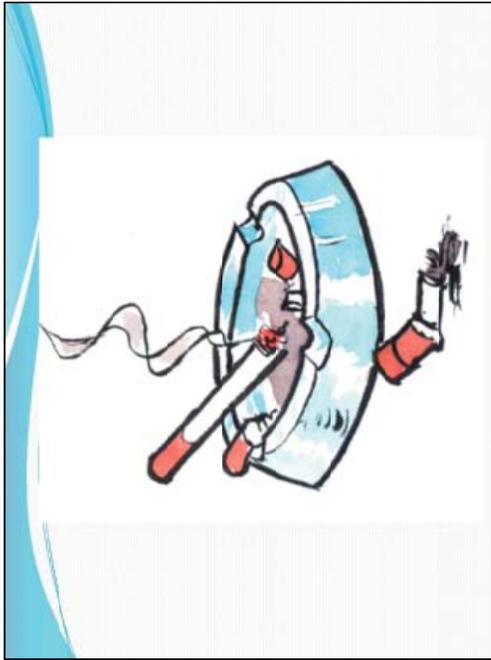
Anachronique non?
Mais il a ses lunettes de soleil...



Couper court aux mauvaises habitudes c'est plus facile au début.



Les cancers du poumon augmentent en nombre chez les femmes, alors que les décès chez l'homme ont diminué... mais stagnent actuellement.



INTRUS?

Je dirait que OUI, parce qu'il ne doit plus y avoir de cendrier dans les lieux publics depuis l'interdiction du tabac.

Dialogue dans l'ascenseur entre un cendrier et une tasse:

« - *Vouslez-vous descendre Mademoiselle?* »

« - *Non, merci. Je préfère monter!* »



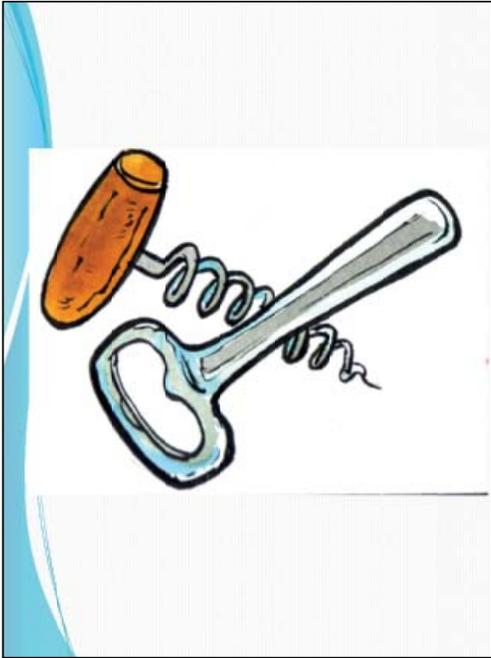
Le décret d'application de la loi EVIN (1991) interdisant de fumer dans les lieux publics date de ... 2005



Et maintenant que vais-je faire...?

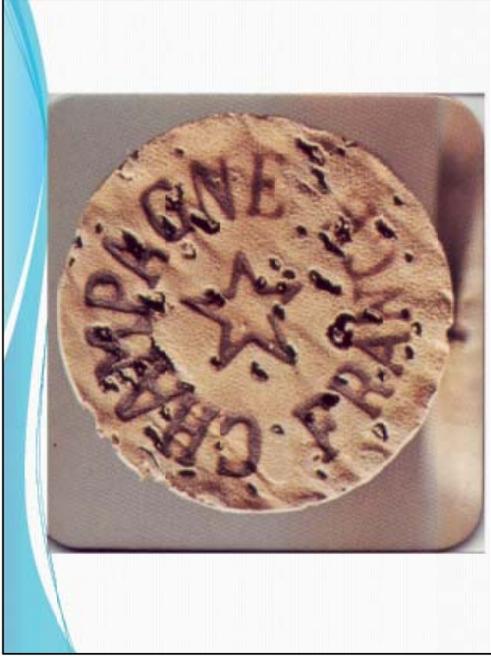


La bière : Un faux ami, peu alcoolisé mais alcoolisé quand même... D'où les risques d'excès.



A chacun ses outils...
Intrus ou non?

19



Inscrit au patrimoine de notre pays... Unique!
Attention à ne pas pousser trop loin le bouchon question consommation!

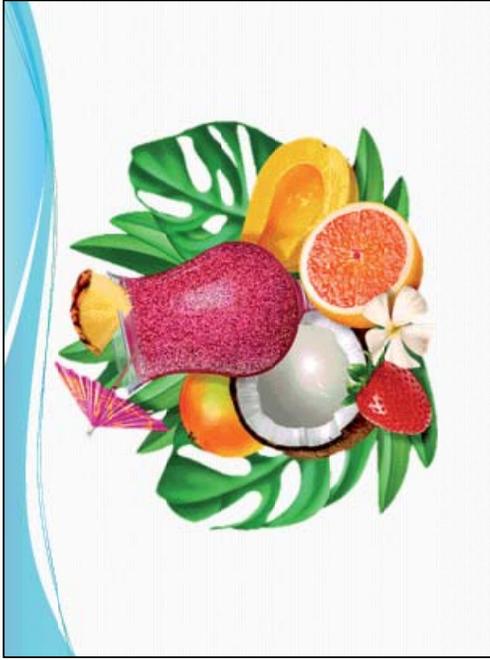
20



Les canettes dans les tribunes devraient être « hors-jeu »



Les risques au volant sont bien connus.
Il n'y a pas que l'alcool qui risque de modifier les réflexes et la perception des conducteurs !
Et il n'y a pas que des voitures sur la route, il ya aussi des vélos, des scooters et des motos... La règle de ne pas boire d'alcool avant de conduire vaut pour tous les pilotes de n'importe quel engin.



Sans alcool la fête est plus folle!
Alors: intrus ou pas?

ALCOOL

CONSUMER AVEC MODERATION

Alcool

↳ Chez l'adulte : ne pas dépasser par jour,
1 verre de vin (de 10 cl) pour les femmes*
et 2 pour les hommes.
↳ 2 verres de vin sont équivalents à 2 demi-
litres ou 6 cl d'alcool fort.)

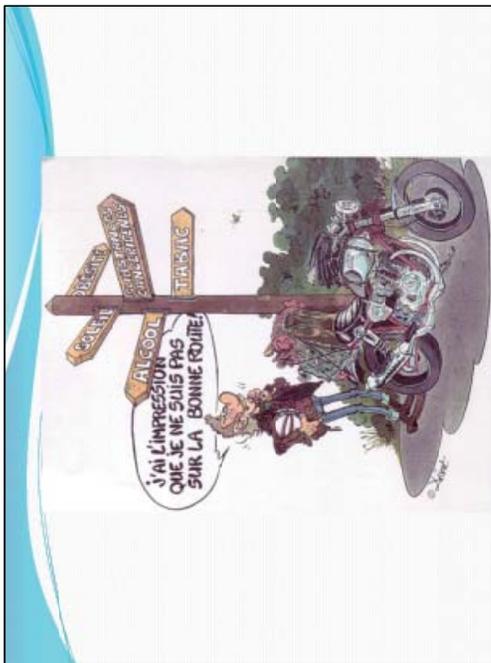
* En présence de maladies chroniques associées à l'alcool ou de médicaments.

**INTERDIT
AUX MINORS
DE MOINS
DE 18 ANS**

**ATTENTION
POUR LES ADULTES**

Interdiction absolue pour les enfants et les femmes enceintes ou allaitantes.
Prudence et modération en toute autre circonstance.

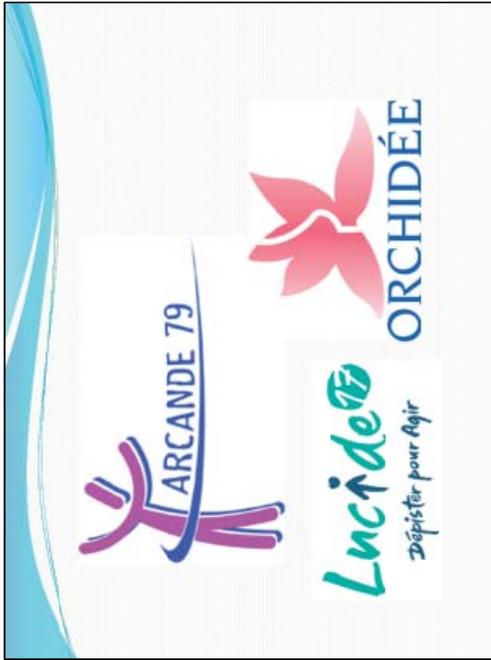




Peut-on éviter le cancer?
Prévenir c'est guérir, dit-on!

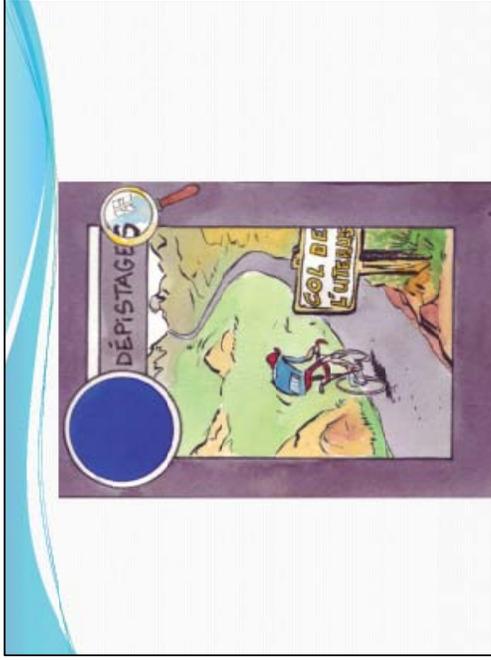


Suivre le « crabe » à la trace, et le découvrir tant qu'il est encore tout petit, inoffensif... pas facile!
Il faut une patience de sioux...



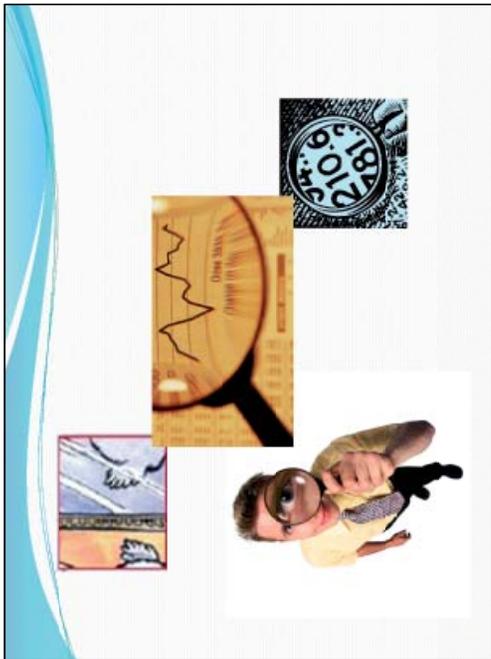
Connaissez-vous ces logos?

27

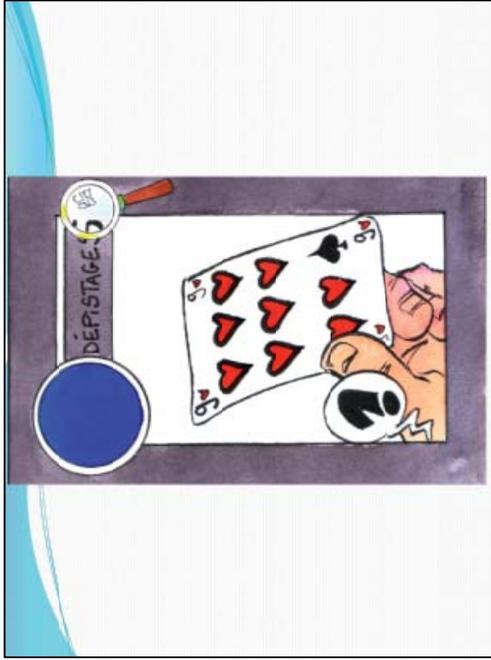


Dépister?
Cela veut-il dire que l'on ouvre la piste?

28



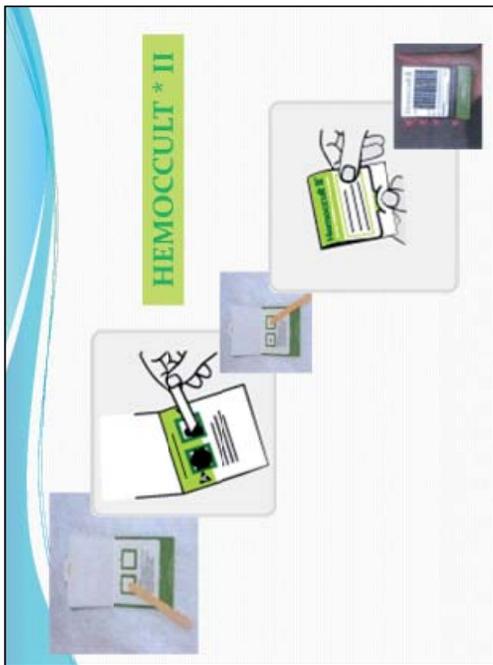
Surveiller, comme l'oise dans sa glace, les moindres modifications « anormales » de son corps et aller consulter...
 Dépister un cancer au début demande de l'attention, et d'y regarder de près, de très près.



Le moindre petit détail, la moindre petite modification, peut être un signe.
 Il faut beaucoup de curiosité, et rester vigilants.



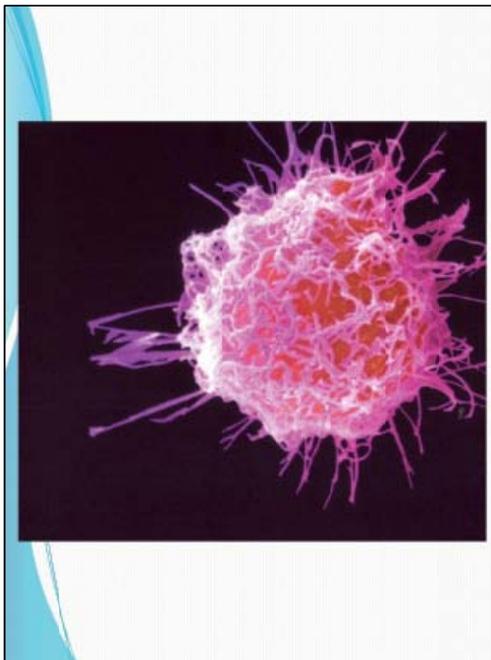
C'est parfois lors d'un examen de laboratoire que l'on découvre une anomalie qui va faire faire un bilan.



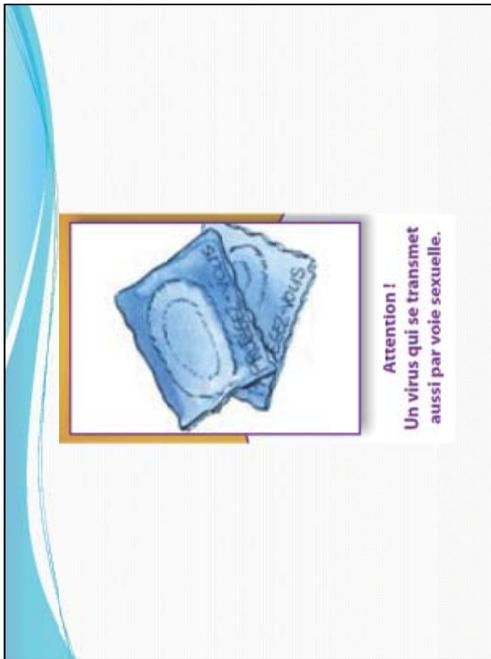
Dépistage des traces de sang dans les selles: Dépistage du cancer du côlon et du rectum.
Hommes et femmes entre 50 et 74 ans sont invités à participer à cette campagne de dépistage organisé. Le test est à refaire tous les deux ans.



Est-ce que ça s'attrape docteur?

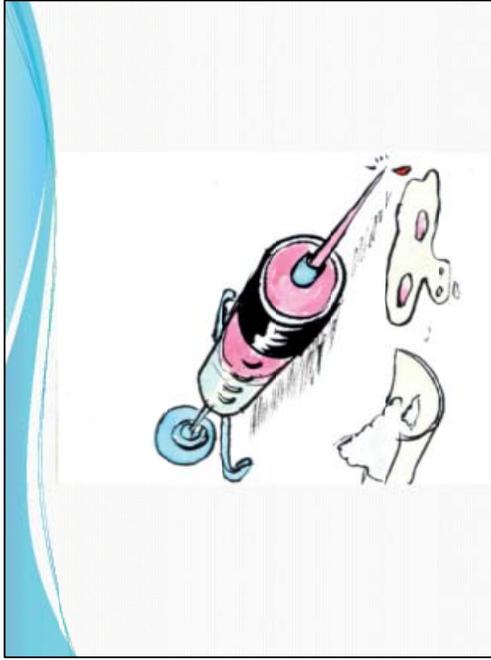


Certains virus et quelques rares bactéries sont impliquées dans la survenue de certains cancers.



Le préservatif protège de toutes sortes de maladie sexuellement transmissibles, dont le SIDA, l'Hépatite ou les maladies due au papilloma virus.

35

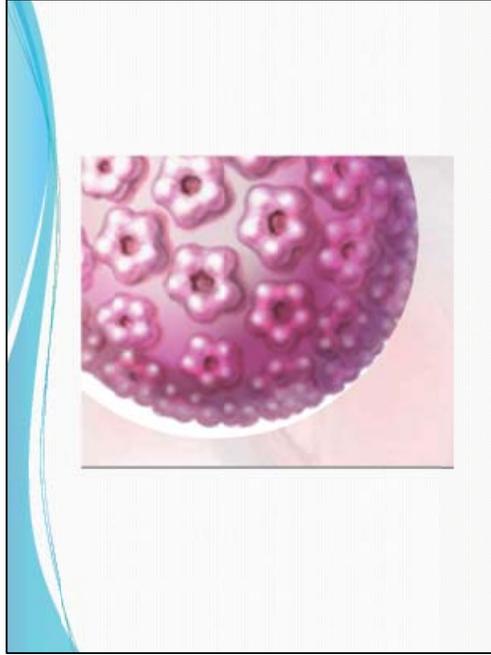


Une même seringue utilisée par plusieurs personnes droguées fait courir un très grand risque de transmission du virus de l'hépatite et du virus du SIDA.

36

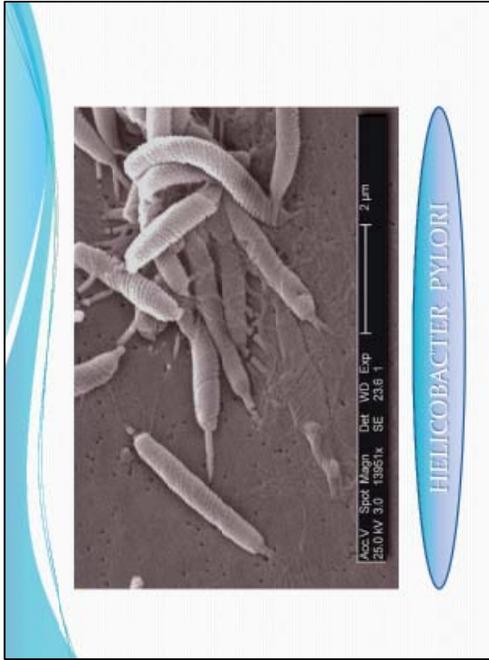


Pour certaines personnes exposées au risque de l'hépatite B la vaccination est obligatoire.



Qu'esaco?

Cette jolie bestiole est un Herpes Virus du groupe des papilloma virus . Il en existe une centaine de variétés, dont les HPV 16, HPV 18 et HPV 70 entre autres peuvent être impliqués dans la survenue d'un cancer . Surtout du col de l'Utérus.



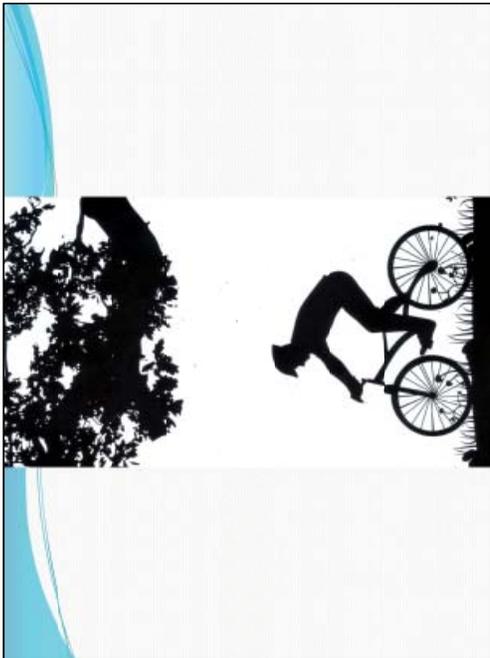
Cette bactérie est responsable de la difficulté à faire cicatriser les ulcères de l'estomac. Les ulcères « chroniques » sont très exposés à se transformer en cancer. Dans ce cas, on peut donc éviter un cancer en prenant des antibiotiques appropriés.

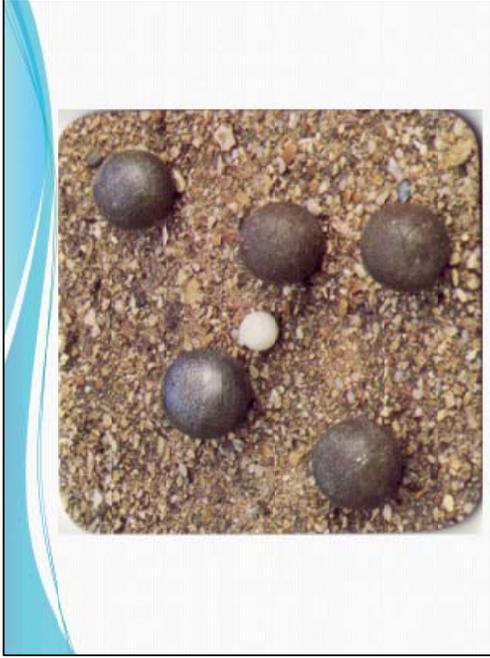
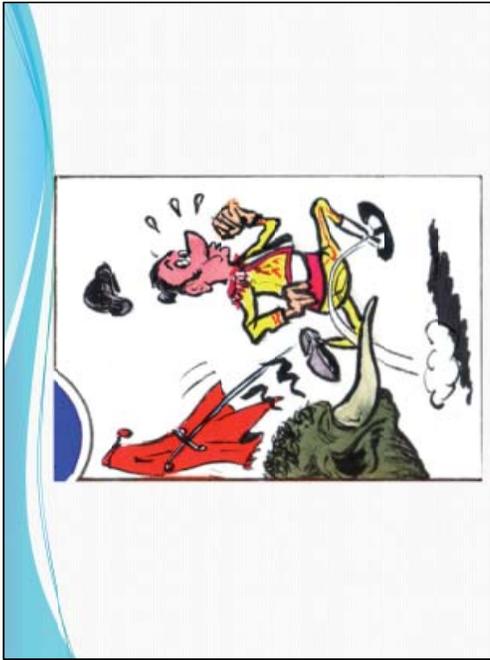


Le véritable intrus serait celui -ci ; car il n'existe malheureusement pas de panneau de signalisation nous indiquant la présence d'un virus . Cependant pour le col de l'utérus et HPV il existe des tests pour savoir si l'on est, ou si l'on a été, en contact avec le virus.



Peut-être que je devrais me bouger un peu...
La sédentarité est le facteur majeur responsable de l'augmentation de l'obésité dans la population. Jeunes et moins jeunes...





La PETANQUE!

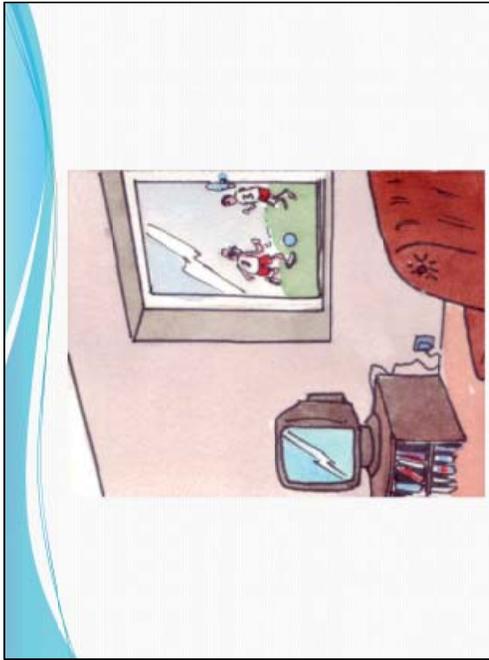
Cela peut constituer une activité physique adaptée à certains âges de la vie, surtout si l'on va à pieds au terrain de jeu, et qu'on pratique régulièrement. Donc, malgré les apparences, ce n'est pas vraiment un intrus. Et il existe d'autres pratiques de la « boule » beaucoup plus sportives.



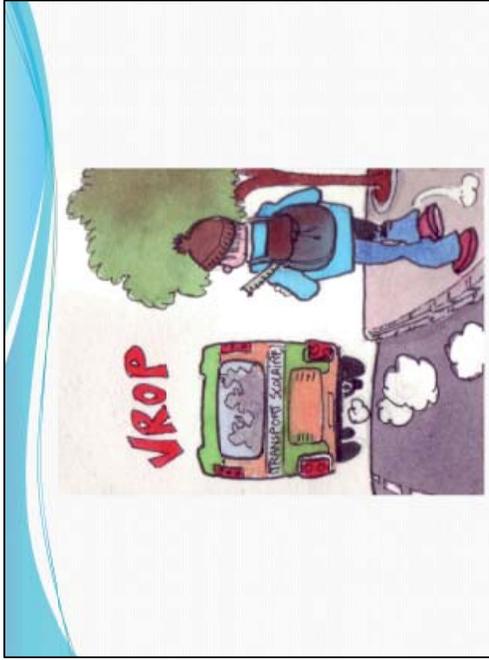
L'entraînement est essentiel pour permettre de faire normalement des efforts habituels.
Si l'on est trop vite essoufflé, il faut consulter son médecin.



Le sport c'est bien!
Mais il faut privilégier une activité physique quotidienne.



La TELE!
Voilà l'intrus... mais là elle est sagement éteinte et les jeunes tapent dans le ballon dehors.



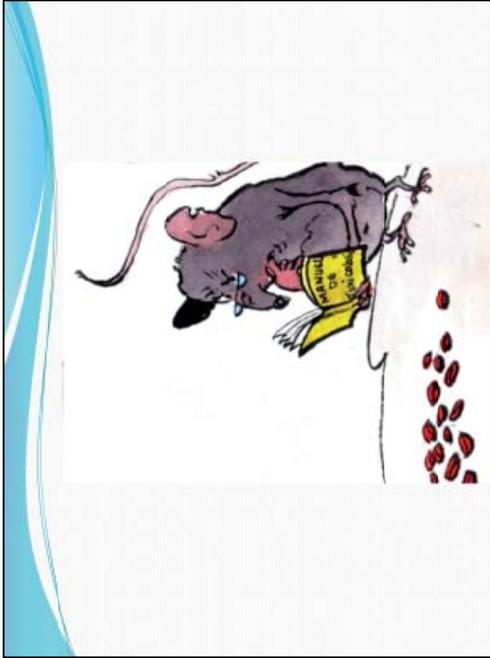
Un peu de marche à pieds quotidienne et la forme est garantie.
86% des jeunes de moins de 14 ans habitent à moins d'un quart d'heure à pieds de leur établissement scolaire... Surtout en ville. On peut aussi prendre le vélo matin et soir!



Pour respecter les règles de sécurité il faut les apprendre et les connaître...

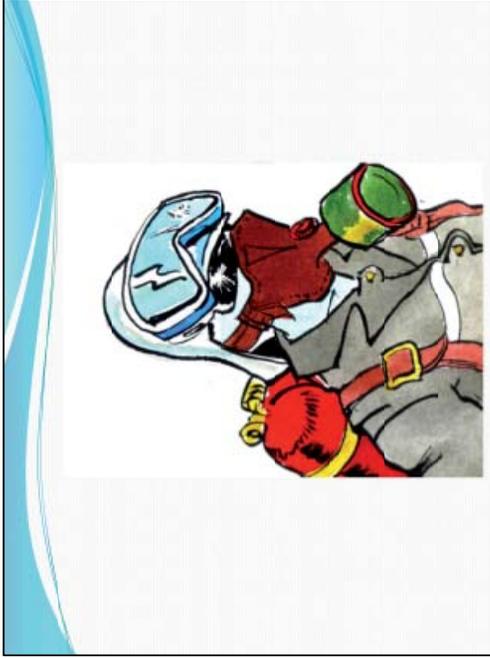


C'est presque comme le code de la route...



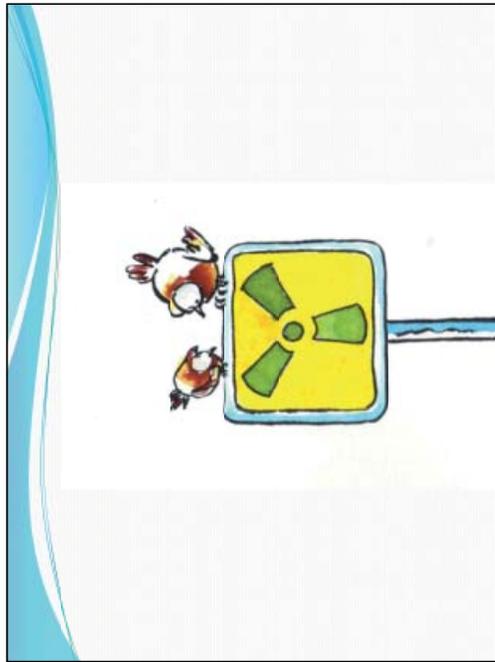
Les produits toxiques ne le sont pas pour toutes les espèces.
Prudence et apprentissage.

51

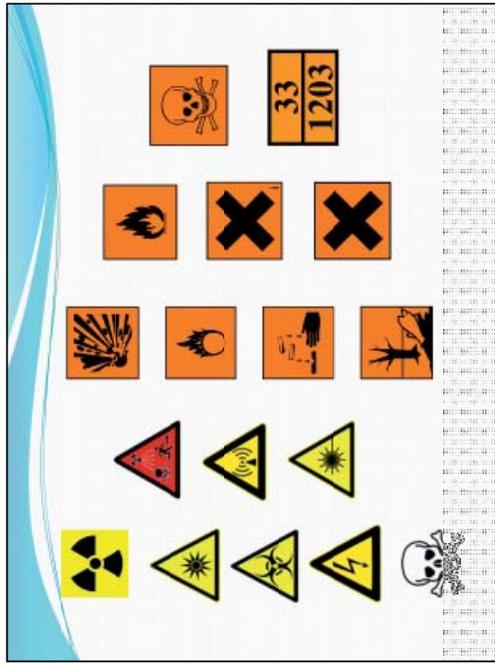


Les réglementations existent ... appliquons les!
Protégeons-nous de certains risques.

52



L'éducation vient aussi de l'expérience des aînés.

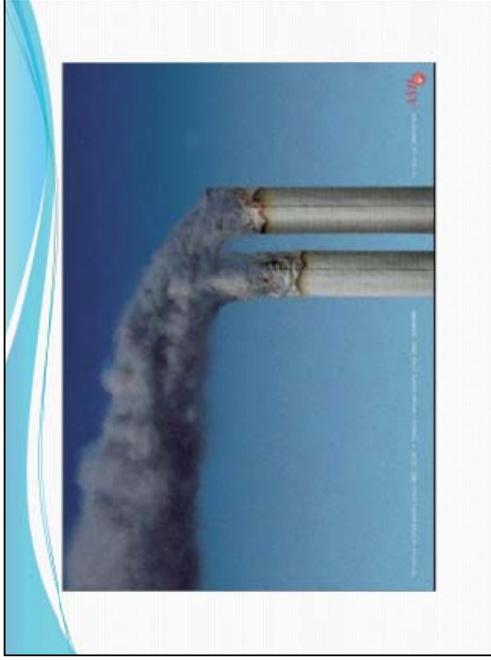


Vous les connaissez tous bien sûr...! De haut en bas et de gauche à droite:

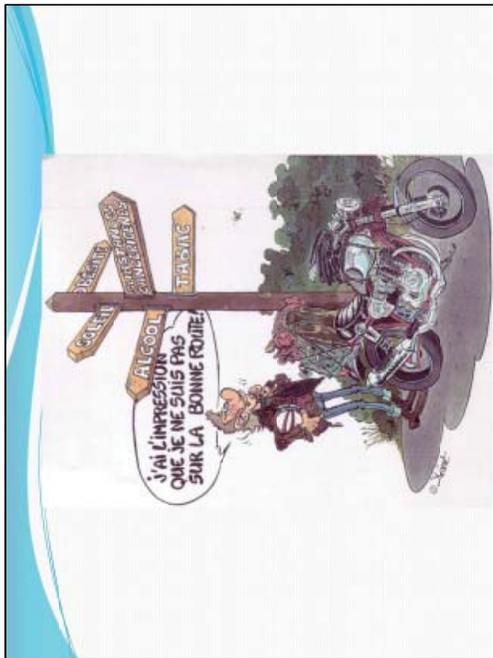
- Rayons X Zone protégée
 - Pollution lumineuse
 - Danger biologique
 - Danger électrique
 - Poison
 - Radiations ionisantes
 - Radiations non ionisantes
 - Rayonnement laser
 - Produit explosif
 - Produit comburant
 - Produit corrosif
 - Produit dangereux pour l'environnement
 - Produit hautement inflammable
 - Produit irritant
 - Produit nocif
 - Produit toxique
- Et les numéros signifient: Produit très hautement inflammable, Essence



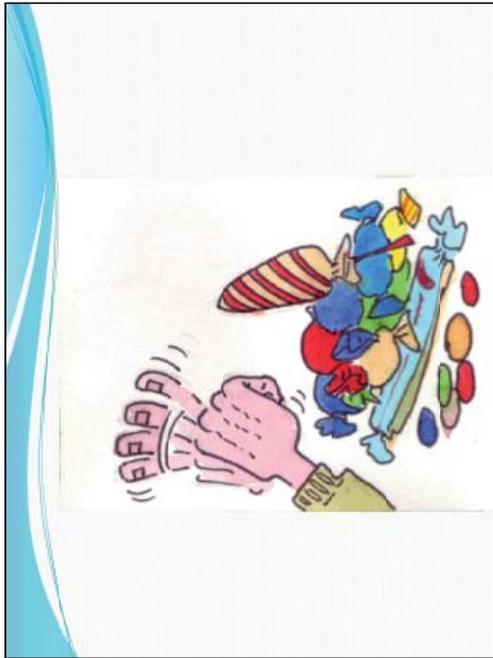
Le respect des normes réglementaires en matière de culture industrielle est à l'heure actuelle la règle. La réglementation protège aussi les agriculteurs qui manipulent ces produits phyto-sanitaires.



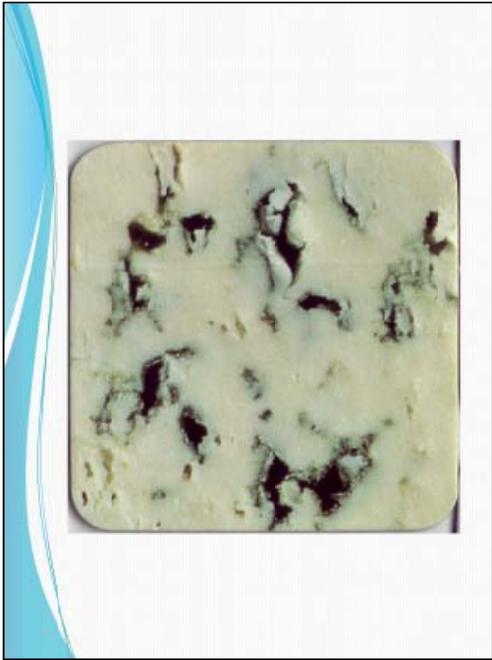
Et si ce n'était pas un intrus?
Le tabagisme passif est une « pollution » qui touche à l'environnement des non-fumeurs!



Un peu moins de ceci...
Un peu plus de cela...
A consommer avec modération...



Le Sucre te les sucreries, on peut y être « accro »
La modération doit prévaloir.



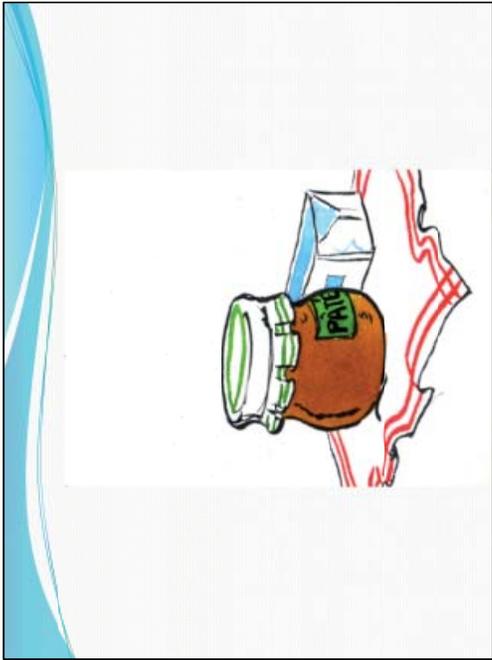
HMMMM...
Un bon fromage! Bien gras et souvent très salé.
Là encore avec modération, et en variant les plaisirs: la France est un très grand plateau de fromages.

59



Diminuer sa ration de graisses animales.
Privilégier les graisses végétales, les huiles vierges naturelles.
Eviter de les faire cuire ou de les utiliser en friture.

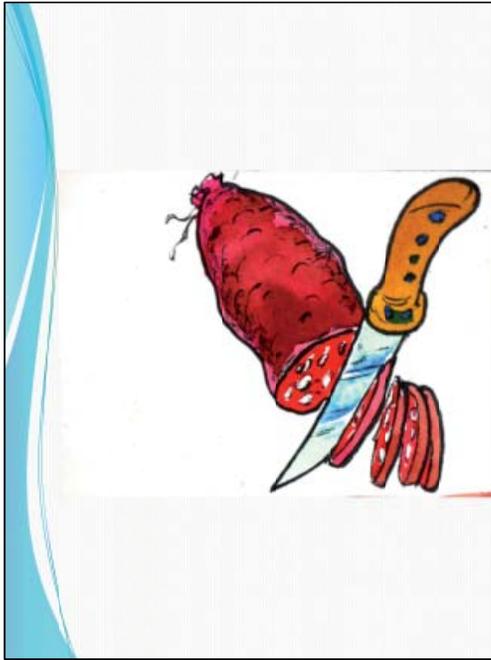
60



Les charcuteries... une tradition souvent culturelle qui nous fait augmenter inutilement notre ration de graisse et de sel. Donc avec modération !



Une ration (10 g.) par jour et tout au plus fondu mais pas cuit.



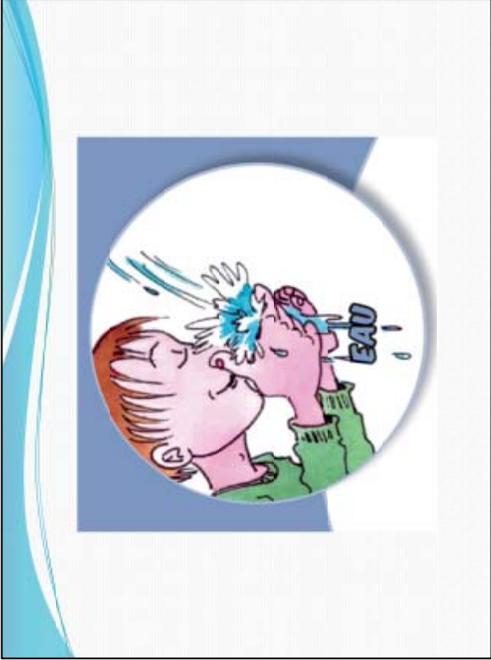
Salaisons ... Elles portent bien leur nom.
Ce serait à cause de notre consommation de charcuteries que nous serions, en France (toutes catégories socioculturelles confondues), en excès de consommation journalière de sel (AJR: 6 g.)



Une ration journalière de sel.
A la cuisson, sans en rajouter systématiquement dans l'assiette.
6 grammes par jour, y compris ce que les aliments apportent naturellement!



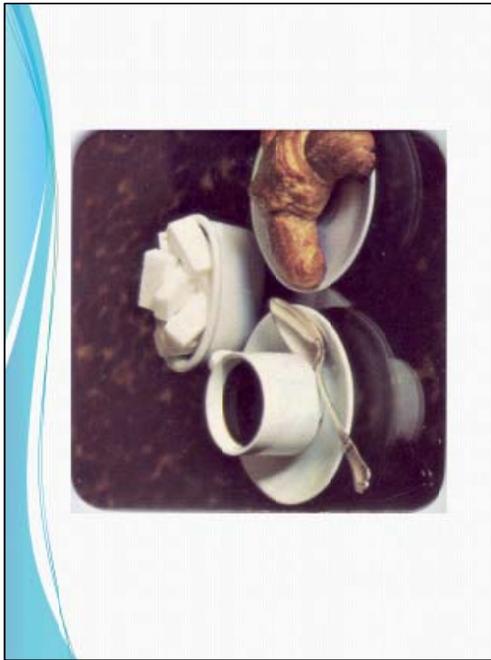
C'est quoi une journée équilibrée?



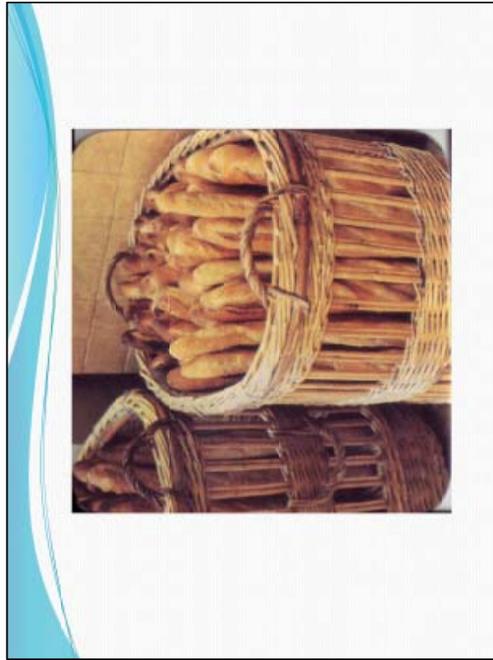
A volonté, au moins 1.5 litre par jour.



Des féculents à chaque repas.



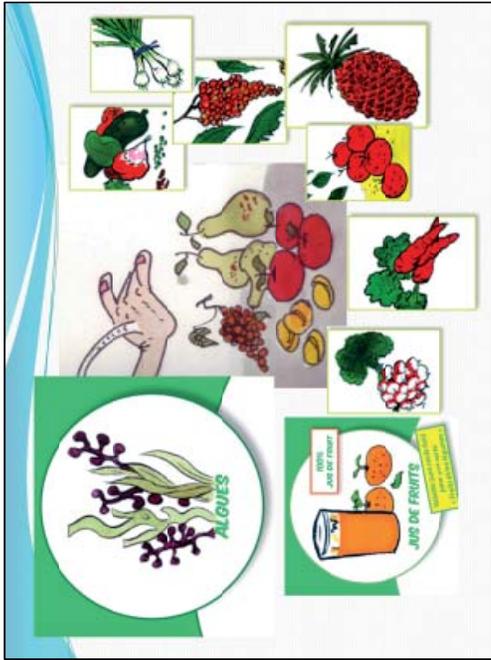
Attention...
Viennoiseries en général grasses
Le sucre avec modération.
Le café aussi, mais là ce n'est pas sa valeur nutritionnelle, mais son rôle d'excitant qui
demande à être raisonnable.
Mais bien entendu ce n'est pas interdit de temps en temps de se faire plaisir...



Le pain français est très goûteux, il serait en général trop salé. Il entre dans la catégorie des céréales et des « féculents » dont nous avons besoin à chaque repas pour notre activité physique.



Les protéines sont tirées essentiellement du règne animal, mais pas uniquement. Les végétariens sont rarement carencés. Une fois par jour au moins.



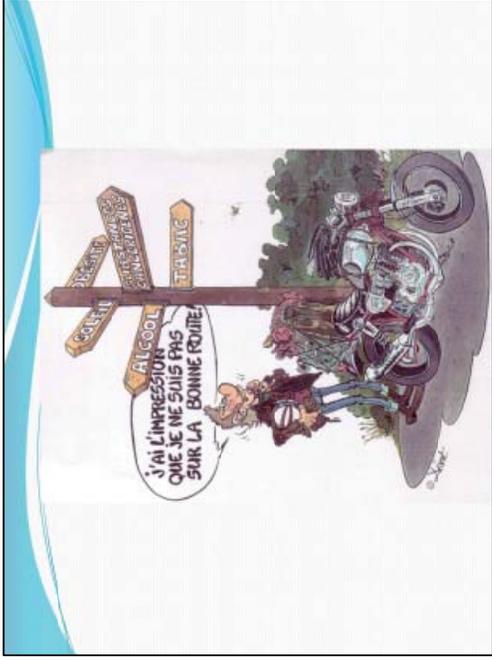
Autant qu'on en veut...
La variété ne gâche rien au plaisir, il est recommandé d'en consommer au moins cinq par jour.



Un petit déjeuner équilibré c'est essentiel, justement parce que nous jeunons depuis un grand nombre d'heures.
Produits laitiers et céréales sont à privilégier avec un jus de fruits.



Mais le chocolat c'est très bon...pour le moral et pour la santé.
Là encore attention au sucre et au caractère gras.
Régulièrement et de façon modérée.



Et là nous serons peut-être en route pour préserver notre santé.

LES CLÉS DE FORT LA VIE



LES CLÉS DE FORT LA VIE

PRÉSENTATION DU JEU :

Dans Fort LAVIE derrière chaque porte se trouve un trésor pour apprendre à garder la pêche...

A toi de les ouvrir avec la bonne clé, tu parviendras ainsi sur le chemin de ronde plein d'énergie et de vitalité, en ayant déjoué ou surmonté tous les pièges cachés, les épreuves inattendues, les embûches imprévisibles, et autres chausse-trappes semées ça et là par nos deux affreux compères que sont Celtan QUIPACE, et Movékou DUSSORT, ou la vilaine mégère Dezhabi TUDE qui nous accompagne.

Attention ! Une seule règle absolue : dans Fort LAVIE, si chacun avance à son pas, jamais personne ne revient en arrière. C'est ainsi depuis la nuit des temps.

Avant de partir choisis la couleur de ta lampe-tempête, tu risques d'en avoir besoin.

Tu es prêt ? Alors c'est parti pour l'aventure, six explorateurs peuvent de présenter au guichet de Fort LAVIE.



Il y a des cartes **BLANCHES** : ce sont les clés de Fort LAVIE, elles vont te permettre d'ouvrir chacune des portes. Effeuilons ensemble ces belles marguerites, chacun des pétales enlevé te révèle un secret pour la vie en te disant ce qu'elles aiment : « Bronzer, un peu », « Bouger, beaucoup », « Les légumes passionnément », « Les fruits à la folie », et « Fumer, pas du tout ! ». Le nombre de leurs pétales restant indique le numéro de la porte qu'elles ouvrent.

Il y a des cartes **BLEUES** : Elles vont de faire avancer d'un certain nombre de pas selon ce qui est inscrit sur la carte. Elles peuvent de permettre d'avancer de Un, Deux, Trois, Cinq, Sept ou Dix pas. Tu les poses au fur et à mesure, ainsi tu peux choisir le chemin où tu veux aller. Attention dans Fort LAVIE on ne recule jamais ! Si une porte se dresse sur ton chemin, il faut que tu puisses l'ouvrir avec la bonne clé pour la franchir et continuer d'avancer ; sinon tu dois t'engager sur un chemin détourné.

Il y a des cartes **VERTES** : Elles représentent une attitude qui te permet d'essayer d'éviter les pièges que le chemin te tend. Ce sont comme des laissez-passer qui vont t'éviter de tomber dans les chausse-trappes préparés par Movékou DUSSORT, Celtan QUIPACE ou Dezhabi TUDE, et de continuer ton chemin dans les dédales de Fort LAVIE. Si tu rencontres un piège et que tu n'as pas de carte verte, tu vas tomber dedans, et il te faudra faire un effort pour t'en sortir.

Ce sont les cartes **GRISES** qui déterminent les pièges dont tu vas avoir à te sortir, l'épreuve que tu dois surmonter en quelque sorte. Elles sont tristes ces cartes là, mais à chacune existe une ou plusieurs parades, un moyen de rétablir la situation et de se retrouver de nouveau à avancer d'un bon pas à la découverte de Fort LAVIE et de ses trésors cachés derrière chaque porte.

Il ya des cartes **JAUNE-ORANGE** pour cela : Elles représentent chacune une attitude bénéfique pour la santé que l'on peut adopter pour se sortir d'un mauvais pas comme arrêter de fumer, faire du sport, manger des fruits et des légumes à chaque repas, ou aller consulter son médecin si on a un petit problème qui persiste... Il y en a de toute sorte, pour beaucoup de situations périlleuses ; et l'on peut les mettre en œuvre chaque fois que les dédales de Fort LAVIE nous ont conduits dans un cul-de-sac, une impasse, ou dans une situation dangereuse pour notre santé.



Comment va-t-on jouer ? Pour cela il faut que tu tries les cartes grises et que tu les poses face cachée dans le fond du cachot de Fort LAVIE. Tu mélanges les autres, tu en distribues SIX à chacun, et tu poses le reste face cachée sur la réserve de cailloux qui construisent Fort LAVIE. Ce sera notre pioche.

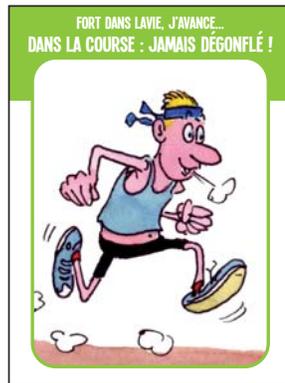
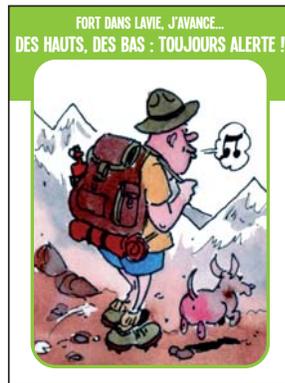
C'est le plus âgé qui rentre le premier dans Fort LAVIE : Il pose devant lui les cartes bleues qui lui permettent d'avancer vers la première porte ; mais attention il y a déjà des pièges sur le parcours ! Pour les déjouer et continuer d'avancer du nombre de pas prévu, il faut pouvoir poser une carte verte, donc l'avoir dans son jeu. Faute de carte verte tu tombes dans le piège, et là tu tires une carte grise pour savoir dans quel mauvais pas tu t'es fourré. Pour t'en sortir tu vas devoir trouver une carte Jaune-orangé qui redresse la situation. Chacun pose sa lampe à l'endroit où il est parvenu, et pioche autant de cartes qu'il lui manque dans son jeu. Les cartes bleues sont remises sous la pioche, les cartes grises restent découvertes tant qu'une carte Jaune adaptée n'est pas venue la cacher, puis elles sont remises sous leur tas de pioche, alors que les cartes vertes, comme les blanches, sont conservées devant soi. C'est ensuite à son voisin de jouer en posant à son tour les cartes bleues devant lui pour tenter d'atteindre aussi vite que possible, et sans embûche, la première porte dont il a la clé (S'il en a une...).

Le but du jeu est de parvenir aussi rapidement que possible à ouvrir chacune des portes de Fort LAVIE et se retrouver en pleine forme au sommet du donjon pour y admirer le paysage et regarder le chemin accompli, le sac rempli des trésors que j'aime... pour la vie.

Bonne chasse aux trésors !



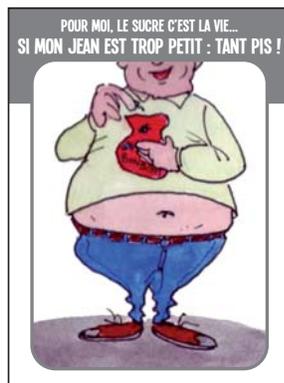
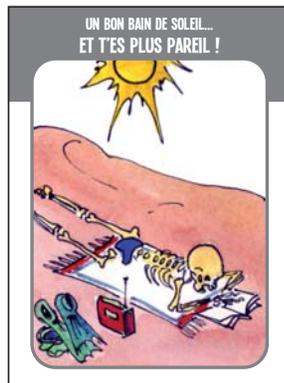
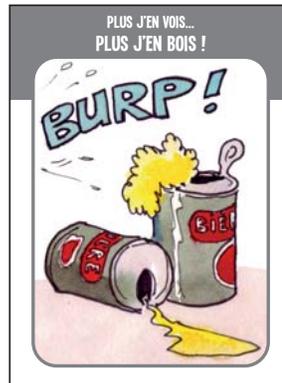
LES CARTES VERTES



cartes à découper



LES CARTES GRISES



cartes à découper

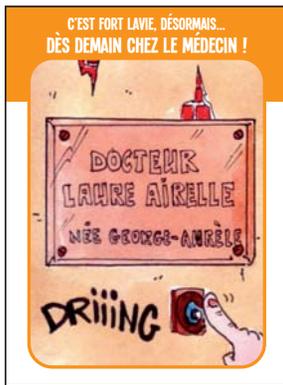
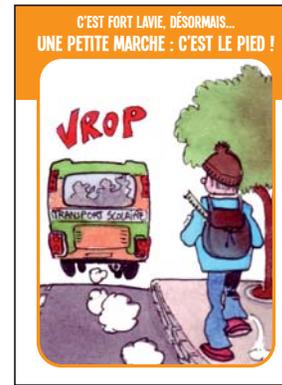
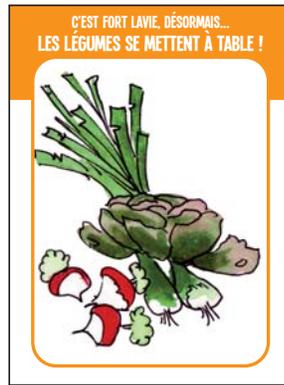
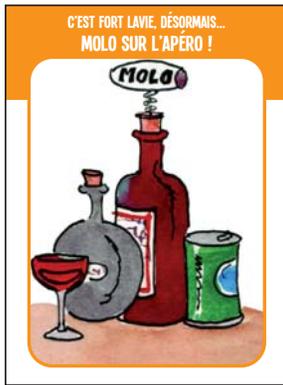
LES CARTES ORANGE



cartes à découper

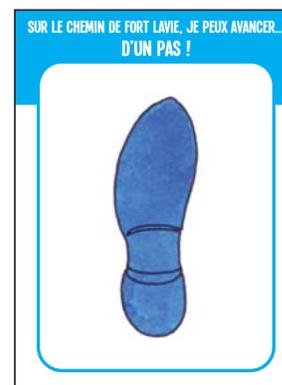
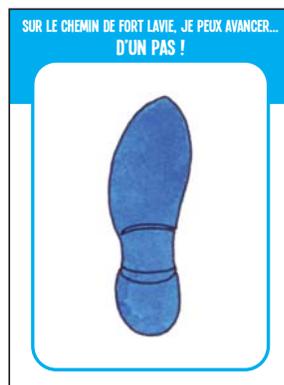


LES CARTES ORANGE



cartes à découper

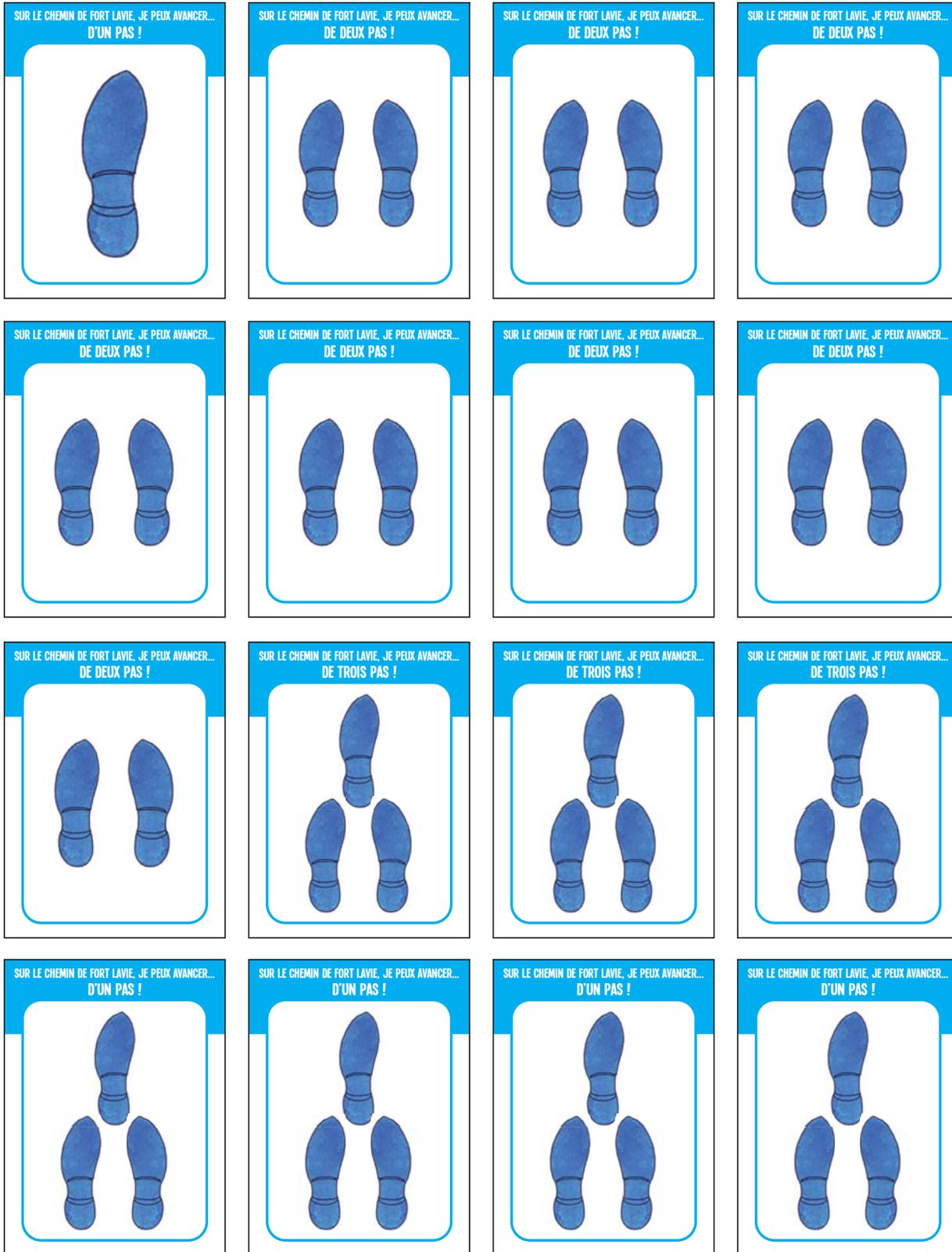
LES CARTES DÉPLACEMENT



cartes à découper



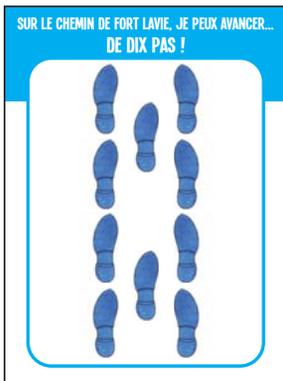
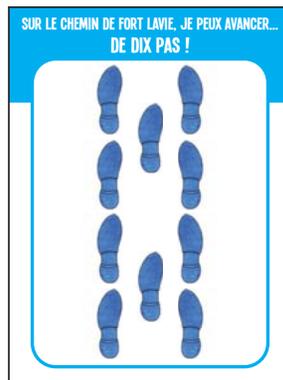
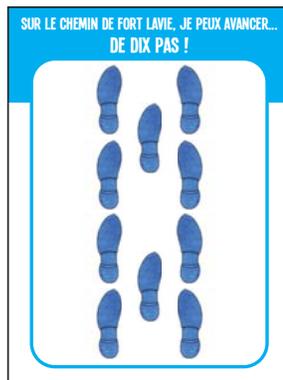
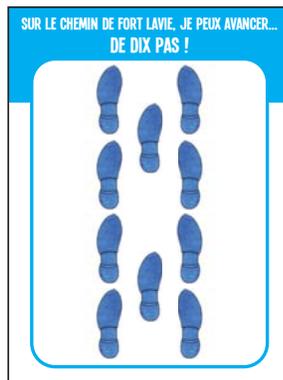
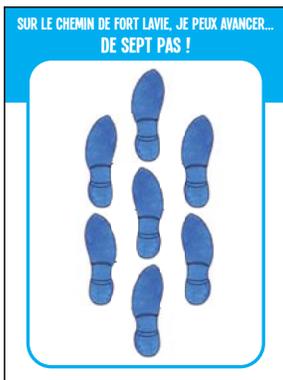
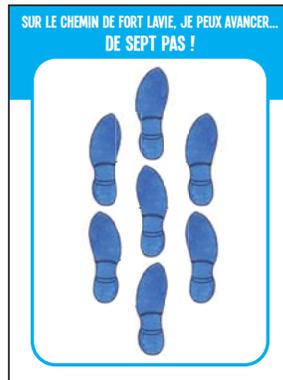
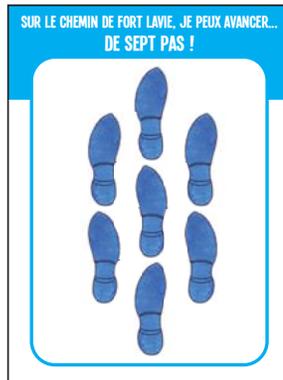
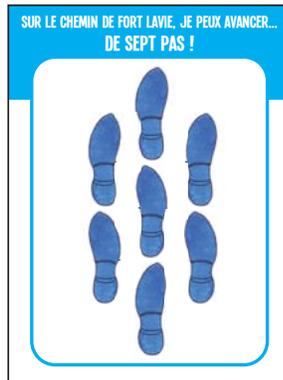
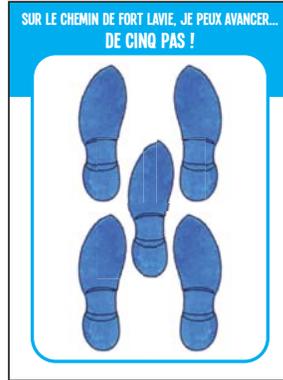
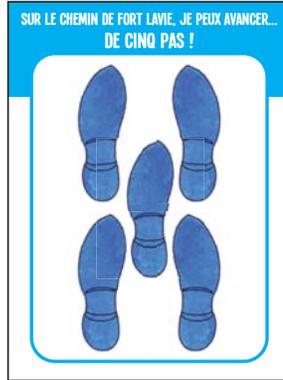
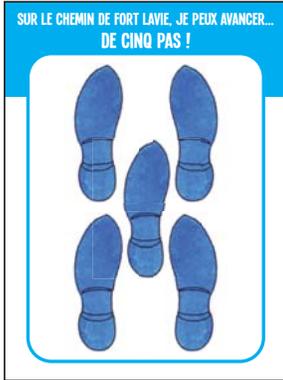
LES CARTES DÉPLACEMENT



cartes à découper 



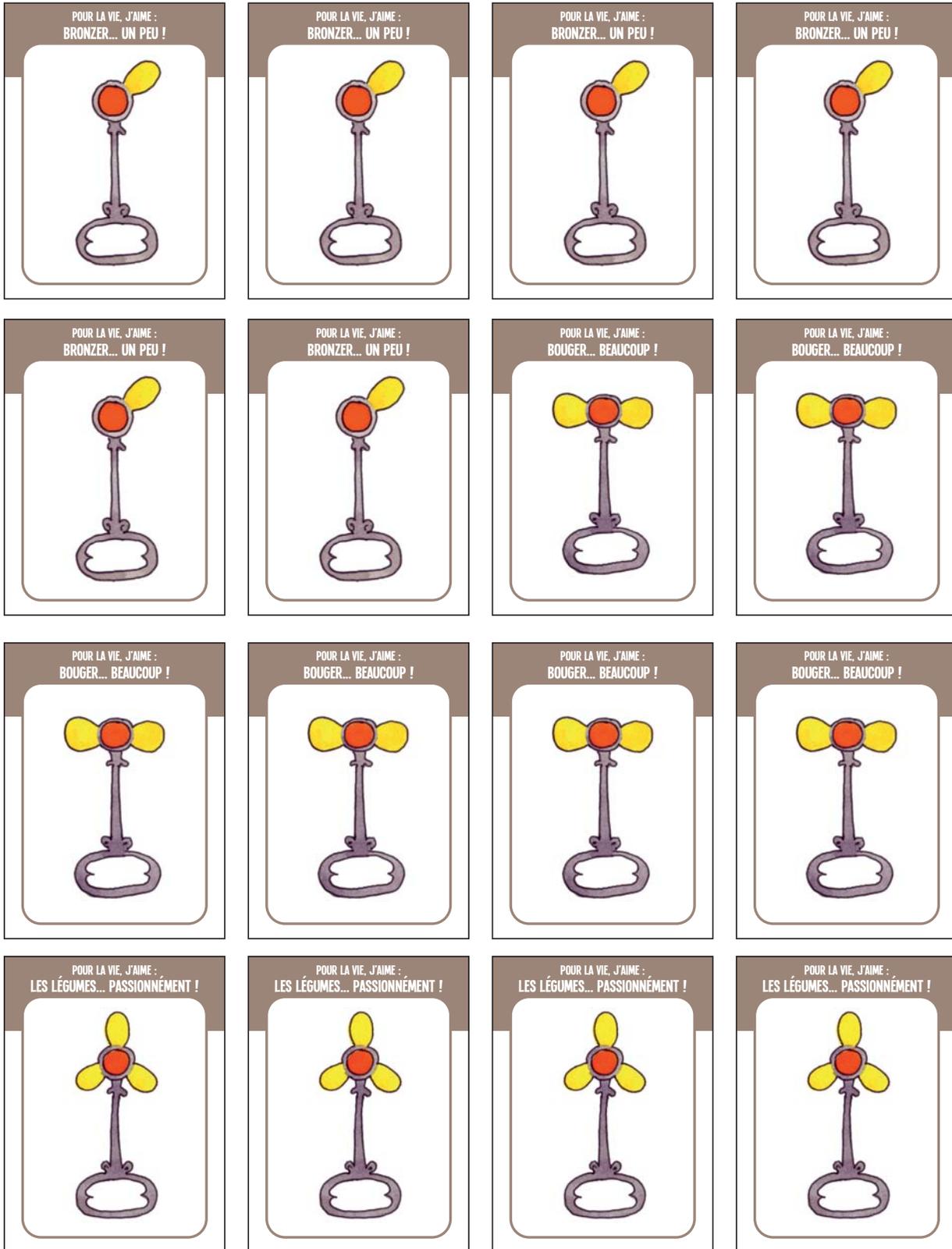
LES CARTES DÉPLACEMENT



cartes à découper 



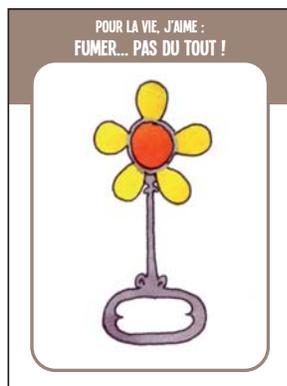
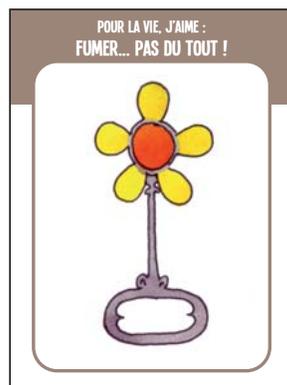
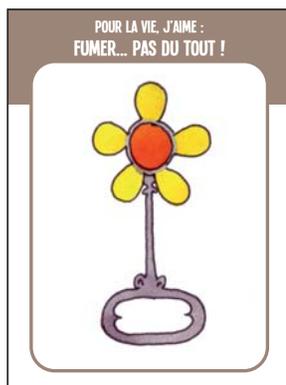
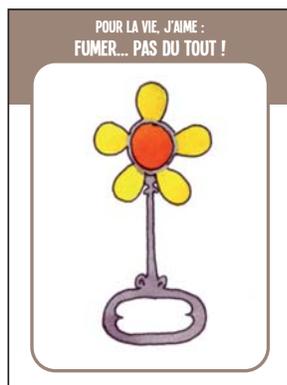
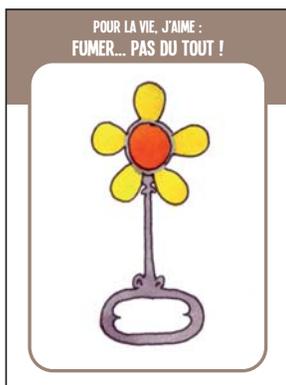
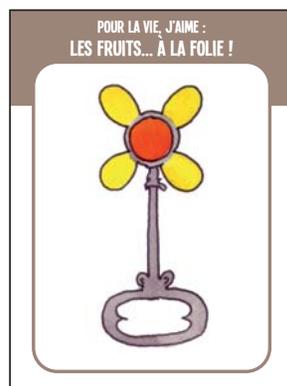
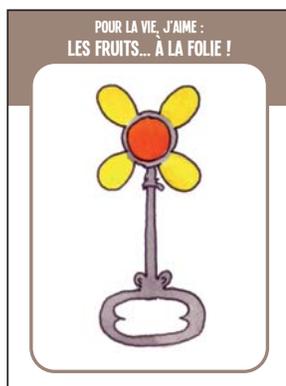
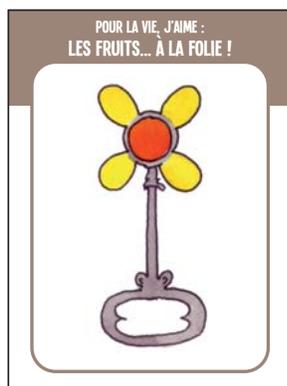
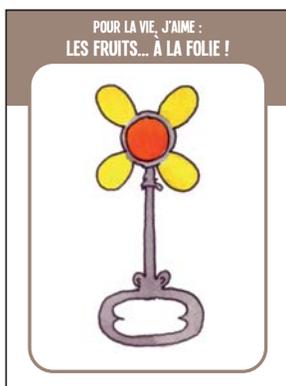
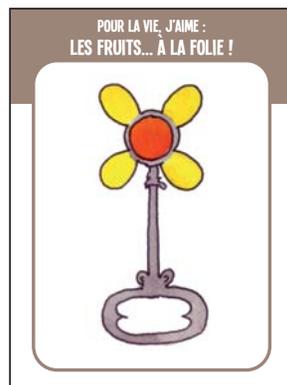
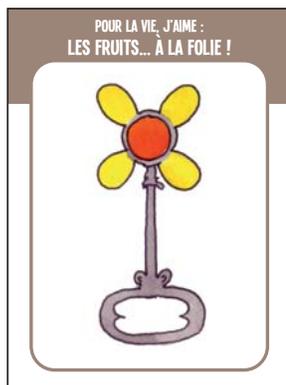
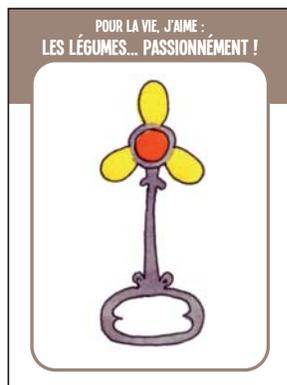
LES CARTES CLÉS DE FORT LAVIE



cartes à découper

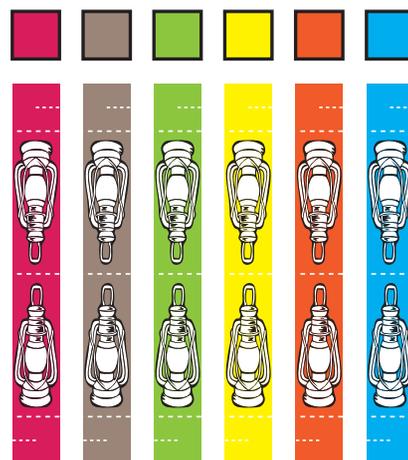


LES CARTES CLÉS DE FORT LAVIE



cartes à découper

LES PIONS À DÉCOUPER ET PLIER

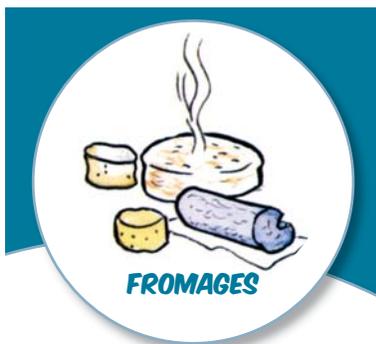


pions à découper



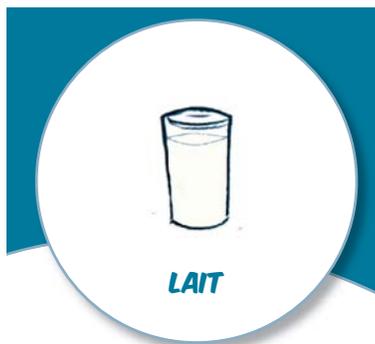
LACARTE DES TRÉSORS





**Lait et produits laitiers
(yaourts, fromages)**

- ▶ **4 par jour pour l'enfant**
- ▶ Privilégier la variété
- ▶ Privilégier les fromages les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés



**Lait et produits laitiers
(yaourts, fromages)**

- ▶ **3 fois par jour (ou 4 en fonction de la taille de la portion et de la richesse en calcium : cf. repères PNNS adolescents)**
- ▶ Privilégier la variété
- ▶ Privilégier les produits nature, les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés



**Lait et produits laitiers
(yaourts, fromages)**

- ▶ **3 fois par jour (ou 4 en fonction de la taille de la portion et de la richesse en calcium : cf. repères PNNS adolescents)**
- ▶ Privilégier la variété
- ▶ Privilégier les produits nature, les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés



**Lait et produits laitiers
(yaourts, fromages)**

- ▶ **3 fois par jour (ou 4 en fonction de la taille de la portion et de la richesse en calcium : cf. repères PNNS adolescents)**
- ▶ Privilégier la variété
- ▶ Privilégier les produits nature, les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés



Produits sucrés

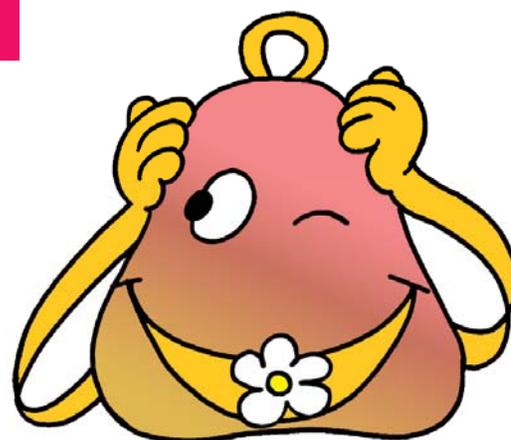
- ▶ **L'eau est la seule boisson recommandée au cours et en dehors des repas**
- ▶ Limiter les boissons sucrées (sirops, sodas, boissons sucrées à base de fruits et nectars)
- ▶ Pas de boissons alcoolisées ni premix (mélanges de sodas et d'alcools)

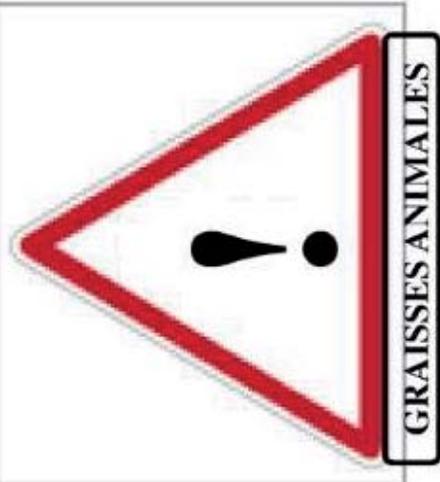
Valable (une seule fois) pour une carte « Produits sucrés »



Conformément aux recommandations du Comité d'Expert du PNNS, les cartes produits laitiers de la précédente version sont à remplacer par celles-ci.

Les cartes sucreries sont à compléter par celle-là !

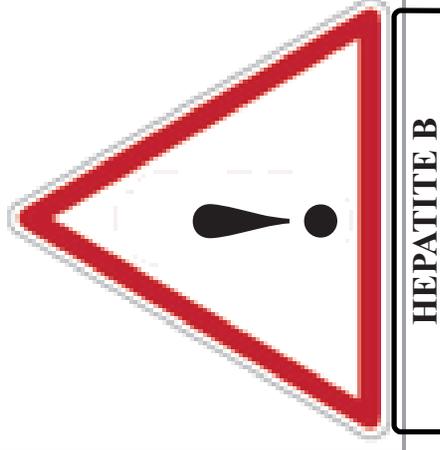




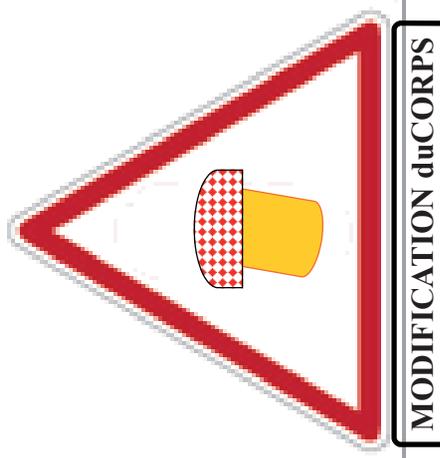
GRAISSES ANIMALES



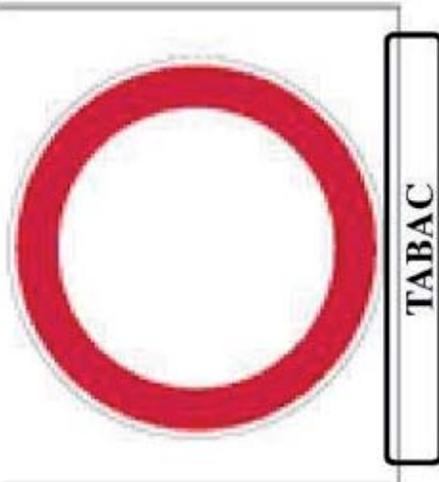
SURCHARGE



HEPATITE B



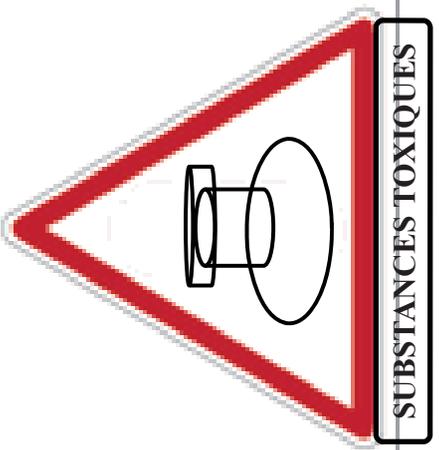
MODIFICATION du CORPS



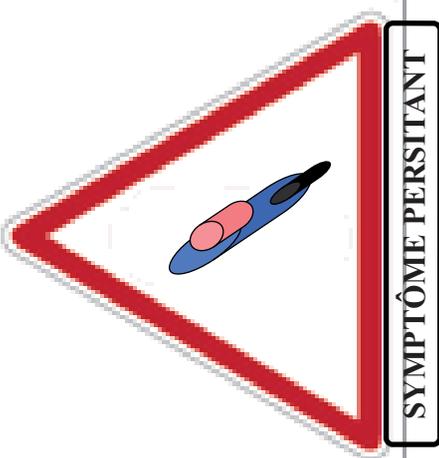
TABAC



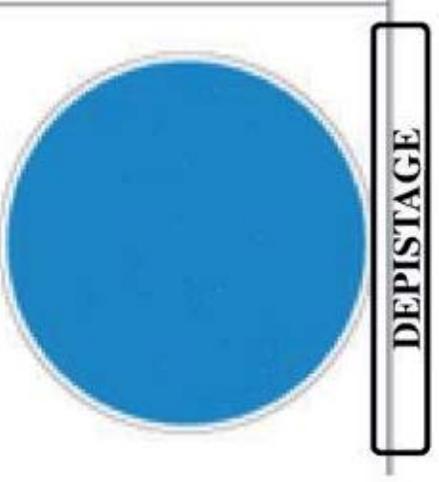
ACTIVITE PHYSIQUE



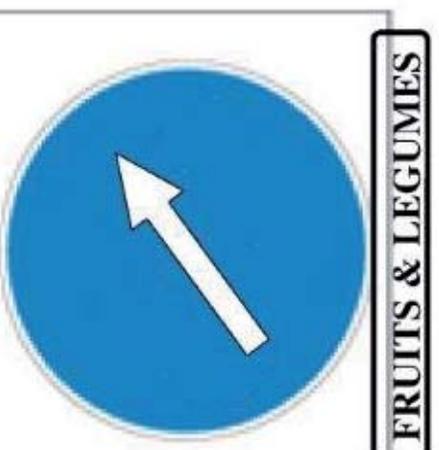
SUBSTANCES TOXIQUES



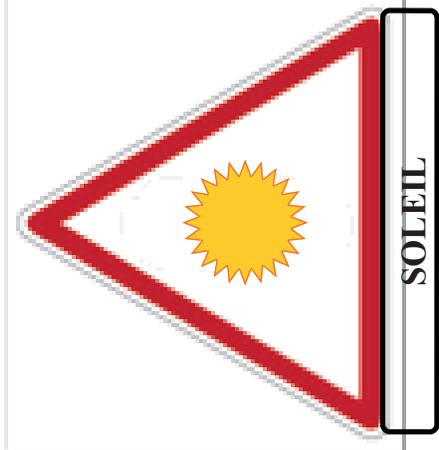
SYMPTÔME PERSISTANT



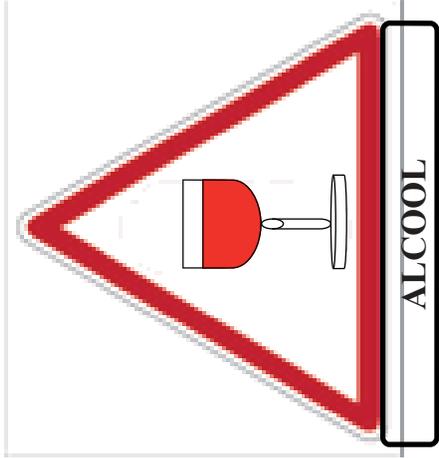
DEPISTAGE



FRUITS & LEGUMES



SOLEIL



ALCOOL

Pour la réalisation de ce tome 2



Pour partir d'un bon pied sur les chemins de la vie

Remercie

Jean-Luc Mochet, JLM ag, 03 25 32 59 55
pour la mise en page

Davy Goffin pour son intervention sur le jeu
«Les clés de FORT LAVIE*»

et

Agir pour la **Prévention**



une initiative

sanofi aventis

L'essentiel c'est la santé.

pour l'impression

