

numéro

404

Novembre-Décembre 2009 - 6 €

LA Santé

de l'homme

Promouvoir la santé dans les Dom



2. Guyane, Réunion

La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

LA **Santé**
de l'homme

est éditée par :

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directrice de la publication :
Thanh Le Luong

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

Qualité de vie : **Christine Ferron**
<diere@inpes.sante.fr>
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux** et
Nathalie Houzelle
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand**
<ericlegrand35@orange.fr>
Aide à l'action : **Florence Rostan** <florence.
rostan@inpes.sante.fr>
Études/Enquêtes : **François Beck**
<francois.beck@inpes.sante.fr>
International : **Jennifer Davies**
<jennifer.davies@inpes.sante.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé**
<michelconde@grignoux.be>
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures – Outils : Centre de documentation
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :

Élodie Aïna (INPES), **Jean-Christophe Azorin** (Épidaure, CRLC, Centre de ressources prévention santé), **Dr Bernard Basset** (INPES), **Soraya Berichi** (ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Sylvie Giraudo** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi** (MCU-Université Bordeaux-2), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (INPES), **Colette Menard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

FABRICATION

Réalisation : **Sciences & co**
Impression : **Mame Imprimeurs** – Tours
ADMINISTRATION

Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0711B06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 4^e trimestre 2009.
Tirage : 7 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction



52 pages d'analyses et de témoignages

Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

La Santé de l'homme sur Internet

Vous trouverez sur www.inpes.sante.fr

en cliquant sur la vignette de la revue en page d'accueil à droite :

- le sommaire détaillé des numéros parus entre 1999 et 2003;
- et, depuis 2003, tous les sommaires et une nouveauté : **cinq à dix articles de chaque numéro en accès gratuit et intégral.**

Quatre rubriques composent l'espace de *La Santé de l'homme*

- La revue (présentation)
- Sommaires (liste des numéros parus depuis 1999 avec accès direct au sommaire)
- Articles en ligne (pour chaque numéro, un résumé et cinq à dix articles)
- Index des articles par mots-clés
- Commandes/Abonnements (accès au bulletin d'abonnement, à la liste des numéros disponibles et au formulaire de commande des numéros).

À noter : si vous souhaitez effectuer une recherche sur un thème précis, utilisez le moteur de recherche du site de l'INPES qui permet de trouver instantanément tous les articles de *La Santé de l'homme* ainsi que d'autres documents de l'INPES traitant cette thématique.

► Éducation du patient

« Un outil pour pratiquer l'éducation pour la santé avec les adolescents »

Bruno Housseau 4

Dossier

Promouvoir la santé dans les Dom 2. Guyane, Réunion

Introduction

Élodie Aïna, Yves Géry 7

Prévention dans les Dom : adapter les campagnes de communication au contexte local

Élodie Aïna 8

Antilles-Guyane : le programme Carambole s'attaque à l'obésité

Malyka Kancel, Natacha Babot, Pascale Melot ... 12

Guyane

Guyane : état de santé des populations et pratiques de promotion de la santé

Mélina Bailleux 15

Améliorer l'accès à l'eau potable : une urgence en Guyane

Dominique Maison, Alexandre Habert, François Mansotte, Colin Durand, Nathalie Marion 19

Prévention de la dengue en Guyane : une campagne d'information des populations

Dominique Maison, Marie-Line Sauvée, François Mansotte, Sophie Pinchon, Johanna Caudal 22

Guyane : les professionnels formés à la prise en charge des migrants

Didier Maille 25

Des habitants chargés de prévention dans les villages isolés guyanais

Pascal Sélé 27

Guyane : regards et paroles croisés contre le sida

Denyse Cassin 29

Réunion

La Réunion : état de santé des populations et pratiques de promotion de la santé

Christine Catteau, Laurence Pourchez 31

Pratiques addictives à la Réunion : priorité à la prévention de l'alcool

Catherine Gaud, Michelle Leveneur, Anh-Dao Nguyen, Monique Ricquebourg 35

Prévention des grossesses précoces et des IVG chez les mineures à la Réunion

Christine Catteau, Étienne Billot 38

Des Ateliers santé-ville à la Réunion, pour réduire les inégalités de santé

Blandine Bouvet 41

La Réunion : mobilisation communautaire contre les moustiques

Gaëlle Fohr, Isabelle Guille, Jean-Sébastien Dehecq, Flore Poli, Marie Bavielle 43

La santé publique, un défi pour Mayotte, futur cinquième Dom

Kartoibi Azida, Honorine Bernard 44

Pour en savoir plus

Sandra Kerzanet, Bruno Moutoussamy 46

► Lectures

Céline Deroche 49

Illustrations: Lucie Albon



Un outil pour pratiquer l'éducation pour la santé avec les adolescents

Comment être à l'écoute d'un adolescent, entendre ce qu'il ne verbalise pas tout de suite, l'inciter à prendre soin de lui? Pour épauler les professionnels qui sont en situation d'entretien individuel avec les adolescents – médecins, pharmaciens... –, l'INPES vient de publier un outil d'intervention en éducation pour la santé qui leur est destiné. Ce classeur, intitulé «Entre nous», fournit des éléments de pratique pour une approche globale de l'adolescent, partant de son propre vécu.

Le 29 octobre 2009, le ministère de la Santé et des Sports organisait la première conférence biennale sur la santé des jeunes. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) y présentait un nouvel outil d'intervention en éducation pour la santé des adolescents, destiné aux professionnels en situation d'entretien individuel de santé avec des adolescents. La parution de ce classeur, intitulé «Entre nous», est l'occasion de revenir sur la prise en charge des adolescents dans le système de soins.

L'adolescent : un patient pas comme les autres?

L'adolescence, considérée comme une période de transformations (sans en préciser ni le début ni la fin) est généralement perçue, que ce soit par les parents, l'entourage ou les professionnels en charge de les accompagner, comme une période particulièrement complexe pendant laquelle les repères de chacun sont mis à mal.

Le professionnel de santé est également confronté aux difficultés inhérentes à cette période. Il doit notamment faire face aux représentations de la santé de l'adolescent, à ses attentes et à ses besoins de confidentialité (liés au contexte de la consultation).

Les représentations de la santé

L'adolescent a une représentation de sa santé différente de celle que mesurent les enquêtes épidémiologiques en termes de consommation, de prises de risque, de maladies. Pour l'adolescent, «la santé associe plusieurs dimensions dont le bien-être, l'absence de maladie, le fait de "prendre soin"» (1). Dans cette représentation large, l'adolescent associe au concept de santé le rapport aux autres et au monde, et même des problèmes de société plus larges comme la pollution de l'environnement. À une dimension objective de la santé, l'adolescent ajoute une dimension plus intime, plus personnelle. Il intègre dans la santé l'état de son corps, la manière de vivre

avec lui et de se l'approprier, la vie en société, le rapport aux autres, à la famille, à la collectivité, autant d'éléments constitutifs du bien-être.

Cette représentation de la santé vue comme un concept global, physique et mental, sanitaire et social qui correspond globalement à celle donnée par l'Organisation mondiale de la santé (un état de complet bien-être physique, psychologique et social) implique pour les professionnels de santé de changer leur regard sur la santé de manière générale et avec tous leurs publics. Mais ceci est encore plus vrai avec des adolescents qui ressentent comme une incompréhension une approche uniquement biomédicale, déconnectée de la forte composante psychosociale dont ils teintent le concept.

Les attentes des adolescents vis-à-vis des professionnels de santé

Un adolescent a des attentes par rapport au professionnel de santé : explications, considération en tant qu'être responsable, écoute, confidentialité, disponibilité, etc. Sa relation est, encore plus que d'autres relations soignant/soigné, empreinte d'une tonalité affective. Il est également particulièrement sensible au cadre dans lequel il est reçu (salle d'attente, attitude du professionnel, vouvoiement ou tutoiement, etc.). Tenir compte de ces attentes permettra de participer



positivement à construire et à modifier les représentations et l'attitude de l'adolescent vis-à-vis du professionnel de santé.

Plutôt en bonne santé d'après les études épidémiologiques (2), les adolescents consultent rarement : 2,3 fois par an en moyenne (3). Pourtant, pour peu qu'on leur donne « l'envie, la sécurité et les moyens de s'exprimer » (4), les adolescents savent se saisir de ces opportunités pour exprimer les choses qu'ils ont à dire. Mais cela nécessite souvent que le professionnel signifie sa disponibilité et ait du temps à leur consacrer. Car derrière la demande initiale exprimée par l'adolescent – ou par son entourage –, il peut y avoir une

façon de tester le professionnel, une entrée en matière, une demande sous-jacente qu'il s'agira de faire émerger.

Le besoin de confidentialité

Les adolescents viennent souvent accompagnés, surtout les plus jeunes (5) : 61% des consultations sont réalisées avec un tiers. Or, il s'avère que les sujets abordés par les adolescents lors d'une consultation sont sensiblement différents selon la présence d'un tiers ; le niveau de confiance varie nettement également. Si l'adolescent n'ose pas toujours l'avouer, être accompagné pendant toute la consultation peut être un frein à son expression. Créer un temps d'échange spécifique entre



l'adolescent et le professionnel est une façon de lui signifier sa singularité, son individualité. C'est aussi une manière de reconnaître son autonomie et son libre arbitre. Il s'agit pour le professionnel de jouer le rôle de relais loyal avec les parents, mais dans le secret avec l'adolescent.

Ce secret, cette confidentialité sont essentiels en ce sens qu'à l'adolescence, la sexualité, les consommations de substances, les prises de risques ou la souffrance psychique sont des sujets centraux très forts qui renvoient à des dimensions aussi diverses que la loi, l'intime, les valeurs, etc. Le jeune a bien souvent un *a priori* négatif : le médecin/le pharmacien qu'il consulte est souvent aussi le médecin/le pharmacien de toute la famille. Le rappel du cadre de confidentialité – à l'adolescent mineur mais également au parent accompagnant, si l'adolescent n'est pas seul – est un levier qui peut favoriser l'expression de l'adolescent sur ces sujets marquants, ainsi que, comme dans toute relation duelle, le respect et l'attention.

Pourquoi améliorer la pratique en éducation pour la santé des professionnels de santé au contact des adolescents ?

Dissuader les adolescents et les jeunes de fumer, de consommer de l'alcool et des médicaments en excès, de recourir aux drogues illicites, de prendre des risques qui les exposent aux accidents, mais aussi de s'exposer aux grossesses non désirées, aux infections sexuellement transmissibles

Pourquoi «Entre nous» ?

L'originalité du classeur «Entre nous», outil d'intervention en éducation pour la santé des adolescents est de proposer aux professionnels de santé (en particulier médecins et pharmaciens) une approche non pas basée sur des thématiques mais sur une population. Cette approche permet de :

- tenir compte du caractère généraliste de la pratique en officine et en médecine générale ;
- conduire à une prise en charge moins morcelée et/ou partielle de l'individu ;
- ne pas démultiplier à l'infini des documents et outils thématiques¹.

Son objectif principal est de permettre d'initier et de mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé dont la pertinence et l'intérêt ont pu être démontrés grâce à une expérimentation dite « approche populationnelle »² en médecine générale et pharmacie.

Cet outil a été élaboré afin d'aborder l'adolescent selon une approche globale et de permettre aux professionnels de santé d'identifier les points qu'ils souhaitent travailler et les aider à trouver des pistes pour les soutenir dans leur pratique quotidienne avec les adolescents.

Ces points que l'outil permet de travailler sont au nombre de huit et ont été formulés de la manière suivante :

- identifier les freins à la relation ;
- faire le point sur les représentations de l'adolescence ;
- signifier sa disponibilité pour l'adolescent ;
- gagner la confiance de l'adolescent ;
- décoder les attitudes ;
- construire ses réponses avec l'adolescent ;
- aider l'adolescent à accéder à ses ressources personnelles et/ou sociales, à savoir les utiliser, à les développer ;
- travailler en lien avec d'autres adultes et/ou professionnels.

Pour répondre à son objectif, le classeur «Entre nous» propose un guide pour le professionnel (comprenant à la fois des éléments théoriques et pratiques – y compris trois illustrations en consultation ou en accueil en pharmacie), des supports d'appui à la relation (questionnaires, dépliant, carnet individuel, affiche, marque-page) ainsi que des supports d'information pour l'adolescent.

L'outil est entièrement téléchargeable sur le site de l'INPES (www.inpes.sante.fr) et peut y être commandé gratuitement.

B. H.

1. Dandé A., Sandrin Berthon B., Chauvin F., Vincent I. (dir.). L'éducation pour la santé des patients, un enjeu pour le système de santé. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 2001 : 183 p.

2. Karrer M., Buttet P., Vincent I., Ferron C. Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Modalités de mise en œuvre d'une expérimentation auprès des femmes enceintes, d'adolescents ou de personnes âgées. Santé publique, septembre 2004, vol. 16, n°3 : p. 471-485. Karrer M., Buttet P., Vincent I. Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Résultats d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents et de personnes âgées. Santé Publique, janvier 2008, vol. 20, n° 1 : p. 69-80.



professionnel de santé qui sent bien que l'adolescent est un patient particulier mais qui a du mal à construire une relation avec lui.

Ainsi, en amont de toute démarche, qu'elle soit éducative, de repérage, de dépistage ou de prise en charge de problèmes de santé des adolescents, l'INPES a souhaité soutenir les professionnels de santé dans leur communication avec les adolescents en leur proposant un outil au croisement de leur pratique et des attentes des adolescents.

Bruno Housseau

Chargé de mission, Département des ressources pour les professionnels, Direction de la communication et des outils pédagogiques, INPES.

constitue un enjeu majeur. Pour malaisées qu'elles soient, les interventions préventives relatives à chacun de ces domaines sont justifiées. Il est néanmoins nécessaire d'éviter l'écueil qui consisterait à considérer le symptôme comme le problème à régler, en oubliant la problématique d'ensemble qui lui a permis d'éclorre. Ce que les adultes considèrent comme des problèmes ne sont souvent, pour les jeunes, que des façons de gérer un souci plus global, l'expression d'un mal-être général.

Les préoccupations des adolescents recouvrant principalement les domaines des relations et de la vie sociale, émotionnelle et affective, ainsi que la gestion du stress, la démarche d'éducation pour la santé peut rarement s'appuyer sur les conséquences de comportements de santé, projetées dans un futur lointain (cancer, maladies cardio-vasculaires, etc.). Elle doit s'inscrire dans une réalité liée davantage au vécu immédiat du jeune (amour, amitié, sport, bien-être...) et s'appuyer sur la qualité du lien que le professionnel aura su créer avec son patient.

Or, du côté des professionnels, la littérature (6) permet d'identifier les freins qui entravent la relation entre médecin généraliste et adolescent. Ces facteurs sont les suivants :

- la capacité d'écoute;
- le temps de la consultation trop court

qui peut provoquer chez l'adolescent un sentiment de ne pas être pris en compte;

- les difficultés à décoder la demande sous-jacente, la plupart des adolescents consultant pour un sujet anodin (vaccination, acné, trouble de la vue, etc.);
- la capacité d'établir un lien spécifique avec un patient adolescent; entrer en relation en tenant compte de la timidité de l'adolescent, de son mutisme, parfois de son attitude d'opposition;
- la capacité pour le médecin à « garder » sa place (différente du rôle parental, neutralité par rapport à la famille, bonne distance, etc.);
- la confidentialité (respect du secret);
- la possibilité de passer d'une consultation enfant à une consultation adolescent (accompagner vers une autonomie dans l'approche de sa santé);
- la présence d'un tiers pendant la consultation;
- l'examen clinique qui est souvent un moment délicat pour l'adolescent (rapport au corps);
- le sexe du médecin.

D'un côté, on a un adolescent en contact avec des professionnels de santé mais qui ne les identifie pas comme des interlocuteurs privilégiés pour parler de sa santé dans une approche globale et, de l'autre, un

► Références bibliographiques

- (1) Pommier J., Laurent-Beq A., Deschamps J.-P. Pour une politique de promotion de la santé des jeunes. In: Loncle P. *Les jeunes. Questions de société, questions de politique*. Paris: La Documentation française, 2007 : p. 84.
- (2) *Santé des jeunes, conférence biennale sur la santé des jeunes*. Dossier coordonné par la Dress avec la contribution de l'INPES, l'InVS, l'OFDT, 2009 : 36 p.
- (3) Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale? *La Revue du Praticien*, médecine générale, 2005; t.55, n° 10 : p. 1073.
- (4) Alvin P. La relation de soin en médecine généraliste avec l'adolescent [Chapitre 7]. In: Alvin P., Marcelli D. *Médecine de l'adolescent*. Paris: Masson, 2005 : p. 57-69.
- (5) Binder P., Jouhet V., Valette T., Goasdoué E., Marcelli D., Ingrand P. Interaction adolescent-médecin généraliste en consultation. Évolution du mal-être ressenti et influence de la formation du médecin. Étude Socrate. Supplément *La Revue du Praticien*, vol. 59, octobre 2009.
- (6) Bertrand L., Bonnefoy L., Dhiver V., Hodée V., INTD. *L'accueil des adolescents au cabinet de médecine générale* [Synthèse documentaire]. Saint-Denis: INPES, 2007.

Promouvoir la santé dans les Dom

2. Guyane, Réunion

Après un premier numéro spécial sur la Guadeloupe et la Martinique, *La Santé de l'homme* poursuit son travail d'analyse sur la promotion de la santé dans les départements d'outre-mer (Dom) avec ce second numéro sur la Guyane et la Réunion. Il s'agit de porter l'attention de nos lecteurs sur des régions dont la situation géographique, l'histoire, le statut administratif et les spécificités socioculturelles se conjuguent pour les maintenir éloignées de notre regard. Ainsi, c'est peu dire qu'elles se situent en périphérie de l'imaginaire national.

L'enjeu de ce numéro est donc de poursuivre un travail de « mise à jour », dans tous les sens du terme. Mise à jour puisqu'il est ici question de sortir une thématique de l'ombre en la tirant de l'angle mort dans lequel elle demeure le plus souvent confinée. Mise à jour également parce que c'est l'occasion d'actualiser les connaissances et de croiser les perspectives en se nourrissant de l'analyse des acteurs qui agissent dans ces régions. C'est cette volonté d'échange qui guide le contenu de ce sommaire. Celui-ci résulte en effet du travail en synergie, dans chaque département, d'acteurs institutionnels, associatifs et de professionnels de santé qui ont défini, pour chaque Dom, à la fois l'état des lieux de la santé publique, les stratégies et priorités d'action, les dispositifs de promotion de la santé à mettre en avant.

Ainsi, la Réunion a-t-elle souhaité mettre en avant, parmi ses priorités de santé publique, la lutte contre les addictions – au premier rang desquelles se trouve l'alcool –, la prévention des grossesses précoces et des IVG chez les mineures et les Ateliers santé-ville pour réduire les inégalités.

Avec cette même logique de priorisation, les acteurs locaux de Guyane présentent plusieurs enjeux importants de santé publique : la maîtrise de l'eau potable, la lutte contre la dengue, la formation des professionnels aux difficultés liées à la prise en charge des migrants dans un territoire où la part des étrangers représente environ 38 % de la population. Autre sujet qui fait l'objet d'une priorité absolue : la prévention du VIH/sida avec, d'une part, un article sur le dispositif spécifique

« Pour chaque Dom, les acteurs présentent l'état des lieux de la santé publique, les stratégies et priorités d'action, les dispositifs de promotion de la santé à mettre en avant. »

d'« habitants-relais », mis en œuvre pour les populations isolées vivant le long du fleuve Maroni, dans la forêt amazonienne, et, d'autre part, la présentation de la campagne de lutte contre la discrimination des personnes touchées, soutenue par les leaders communautaires.

En préambule de ces deux séquences Guyane et Réunion, deux articles transversaux présentent, d'une part, les dispositifs d'information des populations pour souligner l'importance d'ancrer les campagnes de prévention dans la réalité locale afin d'en garantir l'efficacité, d'autre part, « écoles Carambole », le programme de lutte contre l'obésité dans les Antilles et en Guyane. Enfin, un « Pour en savoir plus » fournit au lecteur toutes les ressources utiles : documents, sites Internet et organismes.

Ces deux numéros spéciaux Dom ne prétendent pas à l'exhaustivité. Nous avons bien conscience que la complexité même des questions abordées commande d'être modeste. Ce dossier cherche simplement à faire découvrir à nos lecteurs les enjeux de la promotion de la santé dans ces quatre territoires, à travers les regards croisés de ceux qui sont immergés au quotidien dans ces problématiques. En définitive cependant, une volonté forte a guidé la réalisation de ce dossier : nous tenir aussi éloignés que possible d'une démarche exotique qui chercherait à ne mettre en avant que les spécificités de ces territoires ou d'une démarche symétriquement opposée qui chercherait à nier toute particularité. En formant le vœu que ces deux numéros vous apportent des connaissances utiles dans votre pratique professionnelle.

Élodie Aïna

Chargée de mission en communication auprès des migrants et des populations des Dom, INPES,

Yves Géry

Rédacteur en chef.

Dossier coordonné par **Élodie Aïna**, chargée de mission en communication auprès des migrants et des populations des Dom, Direction de la communication et des outils pédagogiques, avec la collaboration d'**Annick Fayard**, directrice, Direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, et **René Demeulemeester**, coordonnateur des programmes, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Illustrations : **Lucie Albon**

Prévention dans les Dom : adapter les campagnes de communication au contexte local

Pendant longtemps, les campagnes publiques d'information et de prévention diffusées dans les Dom, conçues en métropole, sont restées inadaptées aux populations de ces territoires. Depuis la fin des années 1990, un effort important a été fait par l'INPES et le ministère de la Santé pour prendre en compte les attentes des habitants, leur histoire et leurs représentations de la santé. Les premières campagnes mieux ciblées ont concerné la prévention du VIH/sida. D'autres commencent à se développer sur de nouveaux thèmes. Mais beaucoup reste encore à faire pour que les messages de prévention soient totalement adaptés aux populations destinataires.

Jusqu'à la fin des années 1990, toutes les campagnes institutionnelles de communication en prévention diffusées dans les départements d'outre-mer (Dom) étaient conçues et réalisées en métropole, pour la métropole. Or, bien que les populations vivant en métropole et outre-mer possèdent une large assise de valeurs communes, la situation géographique, la condition historique, le statut administratif et les

spécificités socioculturelles diffèrent de manière trop évidente avec celles de la métropole pour ne pas contrevenir à un principe élémentaire de communication : la prise en compte des particularités de la cible à laquelle on s'adresse, condition *sine qua non* de l'efficacité des campagnes.

De fait, les évaluations montrent que les campagnes de communication non ciblées – qu'il s'agisse de campagnes marketing comme de campagnes publiques de prévention – posent dans les Dom des problèmes prévisibles d'identification et d'appropriation des messages par une cible qui ne s'en sent pas toujours destinataire.

L'expérience acquise par l'INPES au travers des actions de communication réalisées ces dix dernières années et les recommandations des experts des groupes de travail de l'Institut ont plaidé pour le respect des quelques principes directeurs et approches stratégiques qui peuvent paraître évidents, mais qui définissent de fait une approche innovante, tant il est vrai que la communication en direction des Dom se cantonne encore aujourd'hui dans la plupart des cas à une reprise de campagnes métropolitaines.

La prévention du VIH/sida, définie comme priorité de santé publique

dans les départements français d'Amérique (DFA)¹, à savoir trois des quatre Dom (Guyane, Guadeloupe, Martinique), a permis de défricher depuis la fin des années 1990 le champ de la communication en prévention ciblée sur ces territoires, établissant de grands principes méthodologiques en la matière.

Connaître les populations auxquelles on s'adresse

La communication sur la prévention du VIH en direction des populations des DFA s'inscrit dans une double logique :

- le principe cardinal de cette communication ciblée est la prise en compte des spécificités locales par rapport à la métropole ;
- les caractéristiques particulières de chacun de ces départements, voire de chacune des sous-cibles constituant la cible dite « grand public » de chaque département devraient aussi – idéalement – être prises en compte. En Guyane, par exemple, Amérindiens, Bushinengue, Créoles, Mhongs, métropolitains, migrants des pays limitrophes ou de la sous-région, pour ne citer qu'eux, présentent des différences culturelles qu'on ne peut ignorer. De fait, c'est bien une logique de « poupée russe » qui doit structurer alors la communication, d'autant que chaque « communauté » cible pourrait être elle-



Groupes de parole en Nenge Tongo autour du virus du sida. CD destiné aux populations bushinengue.

même redécoupée en cibles multiples selon l'âge, le sexe, la condition sociale des personnes auxquelles on s'adresse.

Le premier temps du processus de communication est donc de parvenir à une connaissance la plus précise possible des populations prioritaires en termes épidémiologiques. Cela implique qu'à toutes les étapes d'élaboration des messages et des stratégies utilisées pour les promouvoir, on s'appuie sur des spécialistes des populations concernées : sociologues, anthropologues, acteurs de terrain, professionnels de santé, etc. Mais, ceci posé, la mosaïque de ces trois Dom est d'une complexité qui demanderait également d'imaginer des stratégies de diffusion extrêmement fines tenant compte de la répartition des différentes ethnies sur les territoires. Quand il s'agit, par exemple, en Guyane, de s'adresser aux populations dites « du fleuve » (Bushinengue sur le Maroni), dans des zones qui ne sont accessibles qu'en pirogue, on touche les limites de l'exercice. Ces difficultés n'ont cependant pas empêché une communication sur le VIH, guidée par le souci de permettre la meilleure appropriation possible des messages de prévention, de produire des outils de prévention diffusés notamment par les équipes de prévention mobile le long du Maroni (voir l'article de Pascal Sélép. 27). Mais il faut reconnaître que ces dispositifs « ultraciblés » restent exceptionnels.

Tenir compte des codes culturels

La définition des cibles et leur localisation géographique ne sont cependant pas un préalable suffisant à l'élaboration des campagnes ciblées. Il est indispensable de s'assurer par ailleurs que cette communication est affinitaire, c'est-à-dire qu'elle veille à ce que les messages soient compréhensibles, pertinents, réalistes et acceptables au regard des conditions de vie et du niveau de revenu des personnes destinataires, en enracinant les contenus des actions de communication dans la réalité culturelle et sociale des publics cibles.

La prise en compte de ces codes culturels est d'autant plus importante que les campagnes de prévention ne s'inscrivent pas dans une logique marchande mais visent à influencer les comportements dans un sens favorable



Campagne d'affichage «N'y pense même pas», déclinaison de la campagne TV incitant au recours au test avant l'arrêt du préservatif dans le couple.

à la santé. Or, les comportements sont générés par des dynamiques complexes et tributaires d'influences multiples : représentations de la sexualité, de la maladie et de la mort, contexte d'insularité, importance de la rumeur, influence de la religion sur la perception de la contamination, pratiques de multipartenariat stable, etc. sont autant d'éléments qui influencent les comportements vis-à-vis du VIH et qui doivent donc être pris en compte par les stratégies de communication.

Par exemple, la spécificité des rapports homme/femme peut être un déterminant essentiel des comportements sexuels et en particulier des comportements de prévention du VIH.

Ainsi, la campagne «N'y pense même pas», lancée en 2008, qui s'adresse aux couples s'installant dans une relation durable et souhaitant arrêter le préservatif, illustre la prise en compte de cette contrainte. Mettant en scène des jeunes femmes qui imposent à leur partenaire le recours au test de dépistage avant l'arrêt du préservatif, la campagne cherche à mettre en avant des comportements « modèles » en s'appuyant sur des femmes « prescriptrices ». La stratégie répond donc à un objectif d'*empowerment* de la cible, répondant à la nécessaire prise en compte des difficultés des femmes à maîtriser leur sexualité, dans un contexte parfois marqué par des rapports de force inégaux dans la négociation des moyens de prévention.

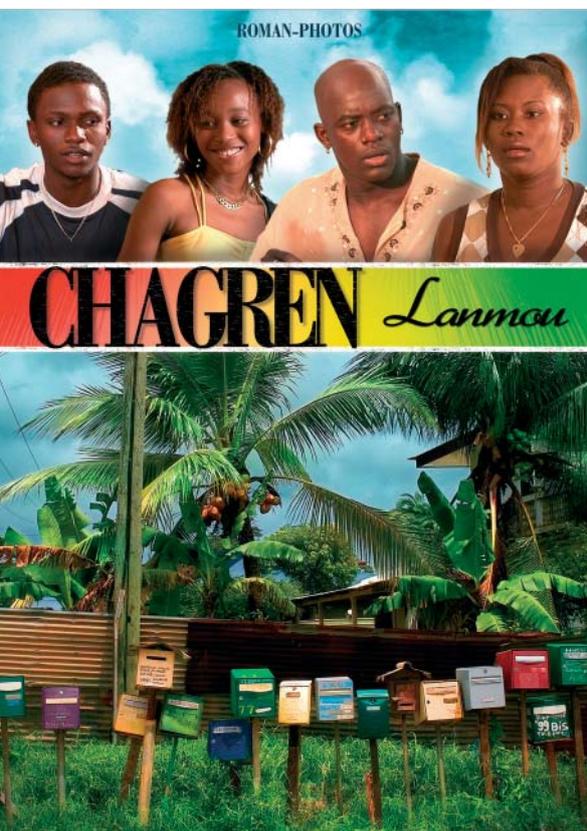


DR

Plan de fin de la campagne TV sur la lutte contre les discriminations des personnes atteintes par le VIH, rassemblant, sur l'emblématique Place des palmistes, un échantillon symbolique de la population guyanaise dans toute sa diversité.

La réussite de l'exercice réside donc dans le juste équilibre entre la recommandation d'un comportement « modèle » et l'ancrage dans la réalité

Roman-photos destiné aux populations haïtiennes vivant dans les DFA.



locale afin que la cible ne rejette pas le message faute de réalisme des situations mises en scène.

La traduction pragmatique de ce principe consiste à systématiquement s'appuyer sur les ressources locales pour concevoir et mettre en place les campagnes, notamment par le biais d'agences de communication spécialisées, ce qui permet d'impliquer localement les personnes à tous les niveaux du processus créatif. On peut citer, à titre d'exemple, la série « Témoignages », écrite sur la base d'histoires « vraies » collectées auprès d'anonymes antillo-guyanais, réécrites par des scénaristes locaux, puis tournées sur place dans les diverses langues parlées (français, taki taki, créole haïtien), interprétées par des comédiens recrutés dans les trois départements et réalisées par Marc Barrat et Jean-Claude Flamand, cinéastes respectivement guyanais et antillais.

Prendre en compte les migrants

La présence de nombreux migrants dans les DFA, en particulier en Guyane où la part des étrangers est estimée à environ 38% de la population, justifie que soient intégrées dans les dispositifs de communication pour ces territoires des actions spécifiquement conçues pour les migrants. Citons, par exemple, le roman-photos « Chagren

Lanmou » (« chagrin d'amour » en créole haïtien) destiné aux populations originaires d'Haïti vivant dans les DFA, dont les représentations ou comportements vis-à-vis du VIH/sida peuvent être parfois empreints de dimensions magico-religieuses. L'objectif est ici de délivrer des messages de prévention en prenant en compte, sans les dénigrer, ces attitudes et croyances particulières.

Sans aller jusqu'à cette adaptation systématique des messages, il est parfois nécessaire de simplement traduire l'information donnée. Les modes d'emploi illustrés du préservatif masculin, destinés surtout aux personnes prostituées, sont ainsi traduits en vingt-six langues dont le taki taki, le créole guyanais, le créole antillais, le créole haïtien, le portugais brésilien, etc.

Éviter l'écueil de la stigmatisation

Mais cette prise en compte des migrants dans la communication ciblée nécessite cependant d'éviter l'écueil de la stigmatisation. En effet, en Guyane, l'idée que certaines populations sont responsables du développement de l'épidémie de VIH est souvent répandue. De fait, la région se caractérise par l'importance de phénomènes migratoires et l'existence de populations particulièrement exposées, en situation irrégulière, qui doivent pouvoir bénéficier de la prévention et des soins. Les flux de population font des DFA une zone extrêmement sensible au regard de la santé publique et particulièrement de l'épidémie de sida.

On voit bien, dès lors, comment les migrants, déjà désignés comme responsables de bien des maux de la société guyanaise (trafic de stupéfiants, chômage, violence), pourraient se retrouver désignés à la vindicte populaire comme responsables du sida, si des campagnes de prévention très visibles semblaient s'adresser prioritairement à eux. D'où la nécessité de combiner plusieurs logiques et types de stratégies, allant de la logique fédératrice du mass média – en produisant notamment des campagnes publicitaires qui mettent en scène la population dans toute sa diversité – jusqu' à la logique de l'échange interpersonnel d'outils de prévention.

Définir des stratégies qui facilitent l'appropriation des messages

Enfin, pour éviter que la recommandation de prévention ne soit vécue comme une injonction extérieure, il est souvent plus efficace de mettre en scène la parole publique comme une parole interne à la population ciblée. Les messages de prévention sont en effet d'autant plus appropriables s'ils sont perçus comme émanant de la communauté elle-même. Pour ce faire, on pourra, par exemple, connaître et valoriser ce qui se fait dans le « pays » de façon à favoriser des processus d'identification favorables à la santé, solliciter et encourager les témoignages des personnes concernées par la pathologie abordée, valoriser le rôle et les actions des personnes atteintes, des relais communautaires et des acteurs associatifs. Globalement, il s'agit de faire émerger une communication entre pairs, avec une démultiplication potentielle des prescripteurs.

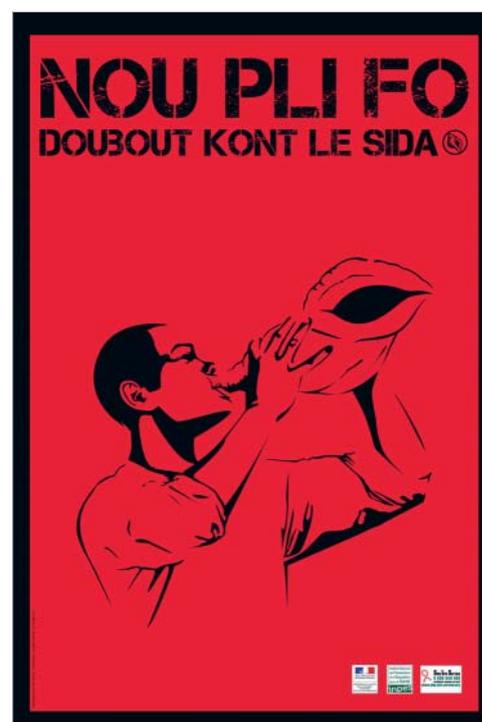
La campagne signée «*Nou pli fô, doubout ansanm kont sida*» (on est plus forts, debout, ensemble contre le sida), lancée fin 2009, qui vise à lutter contre les discriminations des personnes atteintes par le VIH aux Antilles-Guyane illustre parfaitement cet aspect de la communication ciblée. L'essentiel de la stratégie de cette campagne réside en effet dans la symbolique du « nous », qui évoque à la fois une dimension populaire, collective et identitaire. La campagne met en scène un symbole local de rassemblement, déjà utilisé par les esclaves et les noirs marrons : la conque à lambi. L'utilisation de celle-ci vise à stimuler les réflexes individuels de solidarité en les insérant dans une prise de conscience collective. Il s'agit de faire de cette cause un enjeu de société. Les paroles de la chanson «*Nou pli fô*» interprétée par des artistes issus des trois départements évoquent les discriminations, les injustices et les humiliations qui ont marqué l'histoire des peuples antillo-guyannais et rappellent que la liberté a été conquise grâce à la solidarité et à l'unité. Cette chanson invite chacun à ne pas être à son tour acteur de la discrimination, en excluant les personnes atteintes, et rappelle que c'est en étant solidaire qu'on est plus fort. À noter par ailleurs que les évaluations de la campagne montrent que le créole, utilisé pour la première

fois comme langue officielle pour signer une campagne de l'État, est un élément fort d'identification et d'appropriation du message et ce, indépendamment de l'origine ethnique des différentes composantes des populations antillo-guyannaises.

Conclusion

La lutte contre le VIH/sida a donc permis d'affiner la méthodologie de la communication santé destinée aux populations antillo-guyannaises. Les évaluations récurrentes des campagnes et des outils de prévention réalisés depuis dix ans ont permis de rectifier des erreurs d'appréciation et d'établir de grands principes méthodologiques d'une communication à la fois spécifique et efficace. L'INPES et le ministère de la Santé commencent à développer des stratégies de communication dans d'autres champs de la prévention, comme la promotion de la santé sexuelle ou la contraception. L'institut vient également en appui des services déconcentrés en cas de situation d'urgence ou de crise en soutenant des campagnes de prévention spécifiques aux Dom, par exemple dans le cadre de la lutte contre les maladies vectorielles (dengue, chikungunya) ou contre la chlordécone (voir article de *Dominique Maison* et al. p. 22).

Bien sûr, la prise en charge d'une communication locale par les pouvoirs publics centraux, depuis la métropole – nécessité dictée par la santé publique –, soulève cependant régulièrement la difficulté d'articuler ces actions avec le terrain compte tenu de la distance géographique. L'implication des acteurs locaux dans le processus d'élaboration des campagnes se heurte en effet à de multiples obstacles logistiques et organisationnels. Malgré les efforts de part et d'autre, il reste encore beaucoup à faire pour parvenir à établir une véritable synergie de l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la prévention. Néanmoins, il faut souligner que les campagnes des pouvoirs publics interviennent en complémentarité d'autres campagnes cent pour cent locales, comme par exemple «*Regards croisés*», dernière campagne de lutte contre la discrimination des personnes atteintes par le VIH lancée en 2009 par Sida Info Service-Guyane (voir l'article de *Denyse Cassin* p. 29).



Campagne d'affichage «*Nou pli fô*» destinée aux populations antillo-guyannaises représentant un homme appelant à la mobilisation contre le sida en soufflant dans une conque à lambi.

Mais, surtout, il est essentiel de rappeler que la fonction de la communication dans un dispositif global de promotion de la santé est par nature limitée. Dans les Dom comme en métropole, le rôle des campagnes de prévention reste avant tout de créer un climat favorable à l'action de proximité. Malgré la prise en compte de l'hétérogénéité des populations locales et le souci permanent d'adapter les messages au plus près des cibles, rien ne pourra se substituer à l'action de terrain et à la communication interpersonnelle qui demeure le vecteur le plus efficace pour atteindre ces populations, en adaptant pour chacun le message de prévention.

Élodie Aïna

Chargée de mission en communication
auprès des migrants
et des populations des Dom,
Direction de la communication
et des outils pédagogiques, INPES.

1. Le plan national de lutte contre le sida et les IST (2010-2013) en préparation et les plans antérieurs demandent à l'INPES de réaliser des campagnes sur ce thème en direction des DFA.

Antilles-Guyane : le programme Carambole s'attaque à l'obésité

Informers les enfants pour faire reculer l'obésité, c'est l'objectif du programme interrégional Carambole, expérimenté depuis trois ans en Antilles-Guyane. Ce programme de promotion de la santé privilégie une approche communautaire. Les séances d'éducation des 3-15 ans sont intégrées au programme scolaire. Pour créer un environnement favorable, l'offre d'eau, de fruits et de légumes mais aussi d'équipements pour la pratique de l'activité physique sont développés dans les établissements scolaires concernés. Des mesures anthropométriques des élèves permettront d'évaluer les résultats.

«Écoles carambole» est le nom donné au Programme interrégional nutrition-santé mené aux Antilles et en Guyane, de 2005 à 2008, dans le cadre du Programme national nutrition-santé (PNNS)¹. À l'origine de ce programme, des données épidémiologiques convergentes qui font état de prévalences de surpoids et d'obésité élevées chez les enfants des départements français d'Amérique, dépassant les moyennes nationales. Au-delà de la surcharge pondérale, cette tendance peut être observée pour d'autres pathologies liées à la nutrition telles que l'hypertension artérielle (voir l'article d'André Atallab, *Guadeloupe*, La Santé de l'homme n° 403, p. 18) ou le diabète de type II.

Au vu des données sur l'état de santé de la population, des résultats d'enquêtes alimentaires, des conclusions du rapport de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) sur les glucides et la santé, et des recommandations du PNNS, le Comité guadeloupéen d'éducation pour la santé (Coges) a initié en septembre 2005 une action commune aux trois départements français d'Amérique, en réponse à une demande du ministère de la Santé.

L'objectif de ce programme expérimental visait la réduction de la consommation de produits riches en glucides simples ajoutés chez les enfants scolarisés en maternelle, en école élémentaire

et au collège, sur trois ans, dans une finalité de lutte contre l'obésité infantile. Les objectifs spécifiques étaient de renforcer les facteurs nutritionnels protecteurs que sont la consommation de fruits, d'eau, et la pratique d'activités physiques.

Fondées sur une approche de promotion de la santé, avec une mobilisation communautaire de type Ville-santé, les «écoles carambole» ont été développées au sein d'une commune pilote par région. La sélection des sites a été réalisée à partir de critères validés en comité de pilotage interrégional²:

- les besoins de santé identifiés au moyen de données épidémiologiques et socio-économiques;
- les attentes exprimées par la population sur la question de la nutrition;
- les ressources mobilisables sur le territoire avec, d'une part, l'implication des professionnels locaux et, d'autre part, l'engagement de la municipalité.

Ainsi, ce sont plus de 3 800 élèves âgés de 3 à 15 ans, répartis dans cinq établissements scolaires de Bouillante en Guadeloupe, deux établissements de Cayenne en Guyane et trois établissements du Gros-Morne en Martinique, qui ont été concernés au cours des trois années du programme. Conjointement, parents d'élèves et professionnels des communes pilotes ont bénéficié des actions du programme.

Un travail inter-région : calendrier, acteurs et organisation

Le programme «écoles carambole» a démarré lors de l'année scolaire 2005-2006 dans les trois communes concernées des trois régions associées. Les années scolaires 2006-2007 et 2007-2008 ont été consacrées à la réalisation de l'état des lieux initial, d'outils pédagogiques spécifiques, d'actions auprès des publics ciblés et de l'évaluation.

Une convention partenariale a été mise en place entre le Coges, le Comité régional d'éducation pour la santé (Cres) de Martinique et le Groupement de recherche et d'innovation pour le développement de Guyane, structures relayant la coordination en région. Les communes pilotes ont signé des conventions de collaboration avec les structures de coordination régionale. Les coordinateurs régionaux ont bénéficié de l'accompagnement méthodologique d'un expert national en promotion de la santé et éducation nutritionnelle.

Par ailleurs, une autre convention de partenariat a été établie avec les Observatoires régionaux de la santé de Guadeloupe, de Martinique et de Guyane pour l'évaluation des résultats. Cette évaluation repose sur l'évolution des comportements relatifs à l'alimentation et à l'activité physique

des élèves, des habitudes familiales et de la prévalence de surpoids et d'obésité des élèves. Ces évolutions ont été suivies par le biais de mesures anthropométriques des élèves et de questionnaires pour les élèves et leur famille. Cette évaluation externe a été répartie entre les trois observatoires pour la saisie tandis que l'analyse interrégionale a été confiée à l'Observatoire régional de la santé de Guadeloupe.

Une démarche de promotion de la santé

Conformément à la charte de promotion de la santé d'Ottawa, le programme s'est articulé autour de cinq axes d'intervention.

• Action d'éducation nutritionnelle auprès des élèves

Ce volet reposait sur des séances intégrées au programme scolaire autour des fruits et des légumes, de l'eau et de l'activité physique, à partir des malettes pédagogiques conçues à cette fin. Deux malettes ont été créées, l'une pour la maternelle et l'autre pour l'école élémentaire. Les séances étaient

animées par les enseignants formés à l'utilisation de ces outils. De leur côté, les collégiens ont bénéficié d'interventions extraites de l'outil « Fourchettes & Baskets » élaboré par l'INPES. À cela, se sont ajoutées des actions qui ont pris la forme d'ateliers sensoriels et culinaires, de petits déjeuners, d'olympiades, de spectacles, de visites de vergers, etc., avec une participation active des parents d'élèves.

• Action communautaire avec les parents

Parents et acteurs de terrain ont pris part à des actions communautaires, partageant des moments de convivialité autour de la mise en pratique des recommandations du programme « écoles carambole ». Les parents des écoles maternelles et élémentaires ont eu accès à des consultations gratuites et individuelles avec des spécialistes de la diététique et des activités physiques adaptées. Assurées par le biais de permanences, ces consultations avaient pour objectif de soutenir les parents demandeurs dans la mise en pratique d'une alimentation variée et équilibrée et d'une activité physique

quotidienne. Ce service a été utilisé par les parents à 59% de sa capacité d'accueil.

• Action auprès des professionnels

Au total, deux cent cinq professionnels des communes pilotes ont suivi diverses formations proposées sur les recommandations du PNNS, l'éducation nutritionnelle à l'école, au collège, en restauration scolaire et dans les structures périscolaires. L'objectif était de former des acteurs relais pour une transmission de messages nutritionnels validés et cohérents.

• Action sur l'environnement nutritionnel

L'offre de fruits et d'eau au goûter a été augmentée et des commissions de menus ont été initiées. Les écoles ont par ailleurs acquis du matériel pour l'éducation physique, sportive et artistique.

• Action en faveur d'une politique nutritionnelle

Parallèlement à ces actions, une politique a été impulsée au sein des communes pilotes et s'est concrétisée par leur adhésion au réseau des Villes actives du PNNS.

La labellisation des mallettes carambole

Les mallettes pédagogiques diffusées aux professeurs des écoles maternelles et élémentaires ont été conçues à partir d'outils validés, auxquels des activités ont été ajoutées afin de correspondre aux objectifs du programme, tout en intégrant les spécificités antillougayanaises. Les treize activités proposées dans chaque mallette pédagogique sont le fruit d'une collaboration entre les trois coordinateurs régionaux en concertation avec l'équipe du Cres Lorraine, les acteurs de terrain et des professionnels tels que le médecin conseiller Jeunesse et Sports Antilles-Guyane.

Ces mallettes ont été testées et évaluées dans les écoles pilotes. Parallèlement à cette expérimentation, elles ont été soumises au comité d'attribution du logo PNNS de l'INPES, aboutissant à une autorisation d'utilisation du logo sous réserve de quelques modifications. Elles ont enfin été intégrées au dispositif d'analyse de la pédagogie de l'INPES.

La forte mobilisation des acteurs locaux

Alors que le rapport d'évaluation des résultats par les observatoires de la santé est en cours, l'évaluation du processus met en avant une forte mobilisation des acteurs locaux. Au total, pour les trois régions, ce sont plus de six cents professionnels qui se sont mobilisés.

Le programme «écoles carambole» se distingue par la pluridisciplinarité et l'intersectorialité des professionnels mobilisés au cours des trois années. Acteurs locaux, partenaires institutionnels, experts régionaux et nationaux, qu'ils soient de l'éducation, de la santé, de l'observation de la santé, du culturel ou du social, qu'ils œuvrent dans le champ de l'alimentation ou de l'activité physique, tous ont pris part aux concertations à travers les comités de pilotage et techniques ou à des consultations moins formelles, et tous ont contribué au bon déroulement du programme.

Soulignons l'implication des équipes pédagogiques dans la mise en œuvre des actions auprès des élèves, ainsi que la mobilisation rigoureuse des équipes

de santé scolaire et de la protection maternelle et infantile dans les mesures anthropométriques des élèves et les actions auprès des parents. L'engagement des équipes municipales et, à leurs côtés, des agents des services de restauration scolaire, d'animation culturelle et sportive, s'est révélé déterminant pour la mise en œuvre de bon nombre d'actions.

Perspectives

Les actions ont été poursuivies pour la plupart des établissements scolaires au terme du programme expérimental. Dès le début de l'année scolaire 2009-2010 dans une école supplémentaire à Bouillante et dans deux écoles du Gros-Morne. L'offre en fruits au goûter ainsi que les commissions de restauration ont également été pérennisées.

En Guadeloupe, à la demande de professionnels extérieurs au programme, des actions de formation ou de communication ont été menées. Ainsi, des professionnels de l'animation, œuvrant à Bouillante ou dans les communes avoisinantes, ont suivi une formation afin de conduire des actions d'éducation nutritionnelle au sein de leurs centres de loisirs sans hébergement. Deux centres de Bouillante ont bénéficié d'un suivi des menus sur le mois de juillet 2009. Des interventions sur le programme et sa méthodologie ont également été réalisées, notamment dans le cadre de séminaires de santé publique et de formations destinées aux professionnels ou aux professeurs des écoles à l'IUFM de Guadeloupe.

En Martinique, des actions ponctuelles sont menées à ce jour dans les écoles sélectionnées. Ainsi, la maternelle a axé son année scolaire 2009-2010 sur les fruits et légumes locaux : exposition de fruits et légumes, chant et dessin sur cette thématique, etc. Au collège, un programme annuel intitulé «Sport santé» est mené avec les élèves volontaires. Enfin, la ville de Fort-de-France a décidé de monter un projet en éducation nutritionnelle avec les écoles, les professionnels de santé et de terrain. Par exemple, au mois de septembre dernier, elle a organisé la journée du sport pour présenter à la population de la ville toutes les activités sportives existant sur la commune.

Sur le plan régional, l'extension du programme a été envisagée, s'appuyant tant sur la méthodologie de promotion de la santé que sur les outils qui lui sont spécifiques. Des projets d'extension ont été construits, comprenant des socles minimum d'actions à développer, des obligations de moyens, des référentiels de formation, la diffusion des mallettes labellisées PNNS, l'adhésion au réseau des villes actives PNNS, etc. Nécessitant le soutien financier des instances régionales de santé publique, ils ont été déposés dans le cadre des appels à projets du Groupement régional santé publique (GRSP) en Martinique et des contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) en Guadeloupe.

En Martinique, un projet de promotion et de communication des «écoles carambole» a été déposé dans le cadre de l'appel à projet du Plan régional de santé publique 2009. L'extension du programme à d'autres communes de la région est prévue pour 2010. L'heure est donc à la prospection des communes qui pourraient adhérer à ce concept.

Malyka Kancel

Chargée de projet Nutrition,
Coordnatrice interrégionale
et Guadeloupe du programme

«écoles carambole»,
Comité guadeloupéen d'éducation
pour la santé, Basse-terre,

Natacha Babet

Chargée de projet Nutrition,
Coordnatrice Martinique du programme
«écoles carambole»,
Comité régional d'éducation pour la santé
de la Martinique, Fort-de-France,

Pascale Melot

Directrice,
Comité guadeloupéen d'éducation
pour la santé, Basse-Terre.

1. Pour en savoir plus sur le PNNS : <http://www.mangerbouger.fr>

2. Le comité de pilotage interrégional réunissait les trois directions de la santé et du développement social (DSDS), les trois conseils généraux, les trois rectorats, la Direction départementale de la jeunesse et des sports de Guadeloupe, l'Observatoire régional de santé de la Guadeloupe et les trois structures de coordination du programme.

Guyane : état de santé des populations et pratiques de promotion de la santé

La Guyane a beau avoir un niveau de vie et des infrastructures enviés par ses voisins, elle est l'un des départements français les moins favorisés pour les indicateurs de santé. Un cinquième de la population est isolée au bord des fleuves, d'où une organisation décentralisée pour être proche des populations. La prévention du VIH/sida demeure une priorité forte, la Guyane étant le département français le plus touché. Depuis quelques années, un réseau de prévention et de promotion de la santé se met progressivement en place, avec un défi : s'adresser à une population multiculturelle intégrant une importante immigration.

La population guyanaise est en forte augmentation et dépasserait aujourd'hui les 210 000 habitants. Cette dynamique démographique est désormais liée pour l'essentiel à l'excédent des naissances sur les décès, avec un taux de natalité à 3,9 enfants par femme. Cependant, «l'eldorado» guyanais continue de susciter une forte immigration en provenance des pays avoisinants. Cette région représente une porte vers l'Europe, un niveau de vie plus élevé et un territoire de grande stabilité politique par rapport à certains pays tels que le Suriname, le Guyana ou Haïti (voir l'article de Didier Maille p. 25).

Une situation sanitaire préoccupante

Les indicateurs de santé montrent une situation sanitaire dégradée en comparaison à la moyenne nationale : la mortalité infantile reste élevée à 10,5 pour 1 000 naissances, contre 4 pour 1 000 en métropole pour l'année 2007 ; le taux de mortalité périnatale demeure également important par rapport à la métropole (17,7 pour 1 000 naissances contre 7 en 2007)¹.

Les pathologies liées généralement aux pays dits développés – maladies cardio-vasculaires et cancers – côtoient les pathologies des zones dites en développement. La Guyane doit en effet faire face à un certain nombre de maladies infectieuses qui ne consti-

tuent pas des priorités pour la France métropolitaine. Avec Mayotte, c'est le seul département français où le paludisme est endémique. La transmission est permanente dans certaines zones et près de quatre cas ont été observés chaque année au cours de la dernière décennie. La dengue est également considérée comme un problème de santé publique majeur (voir l'article de *Dominique Maison* et al. p. 22). La Guyane reste aussi de loin le département français le plus touché par l'infection à VIH/sida. On recense une file active de plus de 1 200 patients pris en charge et un peu plus de 10 % de patients perdus de vue après diagnostic ou début de traitement.

Le secteur sanitaire guyanais souffre d'une pénurie de personnel et d'une insuffisance d'équipements et d'infrastructures. Par ailleurs, la faiblesse des réseaux de communication renforce les inégalités d'accès aux dispositifs sanitaires.

Une offre de soins en devenir

L'ensemble des particularités de la Guyane et des difficultés rencontrées oblige à repenser la santé publique et à innover dans le domaine de l'accès aux soins.

Dans un premier temps, l'action publique en Guyane s'est focalisée sur l'aménagement sanitaire du littoral, en particulier de l'île de Cayenne² qui

représente plus de la moitié de la population guyanaise, mais aussi les villes de Saint-Laurent-du-Maroni et de Kourou. Pour les communes de l'intérieur, dix-huit centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) ont été mis en place. Autrefois appelés dispensaires, ces structures de soins réalisent une projection extra-muros de certaines missions hospitalières afin de répondre aux besoins de la population dans les secteurs isolés du département. La Guyane bénéficie également de vingt-trois centres de protection maternelle et infantile souvent à proximité des CDPS. Ils assurent le suivi des femmes enceintes, le dépistage et le suivi des enfants drépanocytaires, les consultations de planning familial, des actions de prévention collective d'éducation sanitaire, etc.

La stratégie régionale en santé publique

Au même titre que le curatif, les politiques de prévention doivent tenir compte des particularités de la Guyane. Le calendrier vaccinal a, par exemple, été adapté à la situation épidémiologique avec la vaccination obligatoire pour la fièvre jaune et la vaccination du BCG fortement recommandée pour tous les enfants dès leur naissance.

Le Plan régional de santé publique

Le PRSP, élaboré en 2006 pour quatre ans, rappelle clairement cette nécessaire adaptation des politiques de



santé publique. Il énonce les grandes priorités pour la région de la Guyane et s'articule ainsi autour de trois axes transversaux indispensables pour la mise en place et la coordination des actions : l'éducation pour la santé, l'observation sanitaire et sociale, et l'alerte et la gestion des situations d'urgence sanitaire.

En fonction des problématiques repérées à l'échelle régionale, neuf thématiques ont été priorisées : la périnatalité, les maladies infectieuses à prévention vaccinale, les maladies infectieuses et parasitaires, les pathologies liées au VIH, le cancer, les conduites addictives, la santé mentale, l'environnement et enfin, l'accès à la

prévention et aux soins. Les priorités du PRSP sont étroitement liées à celles du Plan régional santé-environnement (2005-2008), notamment pour ce qui concerne la prévention et la réduction des risques liés aux maladies transmises par les moustiques, ainsi que la lutte contre les maladies entériques des populations vivant en sites isolés le long des fleuves.

L'observation sanitaire et la surveillance épidémiologique

La rédaction de ces plans et leur évaluation sont rendues difficiles par les manques en matière d'observation sanitaire. Un net progrès a cependant été constaté ces dernières années avec

la présence d'organismes de recherche tels que l'Institut de recherche pour le développement (IRD), l'Institut Pasteur, l'Observatoire régional de santé (ORSG) ou, plus récemment, le Centre d'investigation clinique et d'épidémiologie clinique (CIC-EC).

De manière générale, les stratégies de surveillance épidémiologique sont définies au niveau national par l'Institut de veille sanitaire. Or, les départements français d'outre-mer et particulièrement la Guyane doivent faire face à un certain nombre de pathologies spécifiques non prises en compte. Une cellule de veille sanitaire, qui regroupe la DSDS et la Cellule interrégionale d'épidémiologie Antilles-Guyane, a donc été mise en place pour les maladies infectieuses et parasitaires suivantes : VIH/sida, paludisme, dengue, maladies entériques, rougeole, rubéole, tuberculose et maladie de Chagas. Le dispositif de surveillance et l'alerte s'organisent autour des différentes sources de données (centres hospitaliers, laboratoires d'analyses biologiques et médicales, réseau de médecins sentinelles, CDPS).

Les pratiques de santé publique

L'adaptation des pratiques au contexte multiculturel

L'adaptation des pratiques au contexte multiculturel reste un des grands défis de la santé publique. En effet, la Guyane présente une pluralité culturelle et linguistique exceptionnelle : Créoles guyanais, Amérindiens, Bushinengués³ et originaires des Antilles, de métropole, de Chine, du Laos, du Liban, du Brésil, de Haïti, etc. Les différences fréquentes de langue et de culture entre les populations et les professionnels de santé ont conduit à certaines adaptations.

Les outils en éducation pour la santé doivent être traduits en plusieurs langues, le plus souvent en créole, srana-tongo, anglais et portugais. La présence de médiateurs culturels est souvent nécessaire lors de l'annonce d'un diagnostic ou durant les temps de traitement de patients suivis à long terme, pour des pathologies chroniques par exemple. Très souvent issus de la communauté du patient, ces médiateurs culturels ne sont pas de simples traducteurs, ils permettent surtout de favoriser la compréhension réciproque et la

communication entre patients et professionnels; ils sont l'interface entre deux cultures, deux systèmes de valeurs.

À côté des médiateurs culturels, la présence de médiateurs en santé publique gagnerait à être développée. L'origine de cette médiation a été le constat récurrent de carences en matière d'accès à la prévention et aux soins de certains publics vulnérables. L'idée était de permettre à ces populations d'accéder plus vite et de façon durable à la prévention et aux soins, et ce, grâce à des professionnels dont la mission consiste à favoriser la compréhension et la maîtrise du fonctionnement des dispositifs sanitaires et sociaux. Pour cela, les médiateurs accompagnent le patient dans son parcours, en tenant compte de sa culture et de son statut socio-économique⁴.

L'intérêt des médiateurs culturels et des médiateurs en santé publique est aujourd'hui reconnu. Les centres hospitaliers de Cayenne et de Saint-Laurent ont développé leur recours pour certains services tels que la pédiatrie ou encore l'infectiologie.

L'adaptation des pratiques à l'enclavement du territoire

Les communes dites « isolées » – accessibles seulement par voie

aérienne ou fluviale et représentant environ 20 % de la population – nécessitent également une adaptation de la santé publique. L'accès aux soins y est bien évidemment plus complexe à mettre en place, avec une organisation logistique importante, notamment en matière de transport et de communication. La pirogue est utilisée pour ravitailler les centres de prévention et de soins. En cas d'urgence, les évacuations sanitaires sont effectuées en hélicoptère par le Samu (dix-sept mille interventions en 2008).

Cet enclavement questionne constamment l'organisation en santé publique. Il oblige à chercher des réponses pour rompre l'isolement géographique des structures sanitaires de l'intérieur guyanais. Ce fut, par exemple, l'origine du réseau de télé-médecine de Guyane créé en 2001⁵. Le centre hospitalier a développé des consultations à distance qui permettent d'interpréter des électrocardiogrammes et des échographies, de valider des approches en ORL, pédiatrie, dermatologie, parasitologie, etc. Images et examens numérisés sont envoyés à Cayenne à des médecins spécialistes qui peuvent effectuer un diagnostic et des recommandations à distance. Ce programme expérimental de téléconsultation a donné lieu à une évaluation médicale, technique et économique. Les résultats ont permis de valider l'expéri-

mentation et de décider de sa pérennisation et de son extension sur tout le territoire guyanais.

L'importance de la mise en réseau

La Guyane cherche donc des solutions adaptées en matière de santé publique afin de répondre au mieux aux problématiques rencontrées. La tâche la plus complexe dans ce contexte reste de loin la coordination des soins, des actions et des acteurs, associatifs et institutionnels. La mise en réseau est à la fois indispensable et loin d'être facile à mettre en place. C'est une tâche d'autant plus complexe qu'un nombre important de professionnels ne reste que peu de temps en Guyane. Victimes d'un *turn-over* important, les équipes perdent de leur expérience à chaque renouvellement de personnel.

Des efforts de capitalisation d'expériences et de coordination sont clairement constatés mais il reste encore beaucoup à faire. En matière de soins, les réseaux de santé – maison des adolescents et réseaux ville-hôpital diabète (Diet 973), drépanocytose, hépatites et VIH (Kikiwi et Matoutou), onco et périnatalité – se sont positionnés.

Deux coordinations territoriales spécifiques à la lutte contre le VIH/sida existent également sur la région de l'Ouest guyanais et la zone Kourou/

Sinnamary/Iracoubo. Ces référents assurent le lien entre les institutions et les acteurs de terrain, veillent à la bonne coordination des actions de prévention, ou encore mobilisent les acteurs autour d'événements phares tels que la Journée mondiale de lutte contre le sida, les semaines de carnaval avec les traditionnelles «Touloulous prévention», etc. Ces coordinations travaillent en étroite collaboration avec la DSDS, ainsi que la coordination régionale de lutte contre le VIH (Corevih).

La connaissance et l'expérience de terrain des Ateliers santé-ville (ASV) participent également à la mise en œuvre de différentes stratégies de santé publique. Les ASV sont en permanence en contact avec les acteurs de terrain (associations, établissements scolaires, professionnels libéraux, centres hospitaliers, etc.). Cinq communes bénéficient actuellement d'un ASV dans le cadre d'un projet de développement social et urbain en faveur des habitants de quartiers en difficulté reconnus comme prioritaires : Cayenne, Rémire-Montjoly, Matoury, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni. Mais l'idéal serait de pouvoir bénéficier de tels référents locaux dans davantage de communes de la région.

La coopération transfrontalière

Le besoin d'une mise en réseau à l'échelle continentale se fait également ressentir. La coopération sanitaire reste certes encore embryonnaire, mais les acteurs du soin et de la prévention se rapprochent peu à peu de leurs homologues brésiliens et surinamais (*voir l'article de Pascal Sélé p. 27*). Ainsi, les institutions françaises et brésiliennes se sont réunies ces derniers mois autour de la lutte contre le VIH/sida. Un projet de coopération est en cours de réflexion, autant sur le soin que la prévention. Le début de cette coopération institutionnelle pourrait d'ailleurs être marqué par la célébration d'un 1^{er} décembre commun, sur l'Oyapock, le fleuve frontalier des deux pays.

Côté surinamais, la Guyane participe déjà à plusieurs actions de coopération transfrontalière en matière de santé. La réhabilitation de l'hôpital d'Albina a constitué le point de départ de cette coopération sanitaire. Un programme transfrontalier a aussi été éla-

boré pour la mise en place d'une équipe mobile d'information et de prévention dans le cadre de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida. Enfin, la DSDS et ses homologues surinamais se sont rencontrés à plusieurs reprises sous l'égide de l'Organisation panaméricaine de la santé, pour travailler sur une synergie commune en matière de vaccination.

La promotion de la santé

Dans son rapport sur l'offre de santé dans les collectivités ultramarines, le Conseil économique, social et environnemental soulevait le problème de la faible structuration des actions de prévention en Guyane⁶. Il est vrai que les inégalités d'accès à la prévention sont importantes entre les zones urbaines et les zones reculées, et que l'hétérogénéité de la région suppose des interventions appropriées (enclavement, habitat, type de population, langue, accessibilité, etc.).

Cependant, la première difficulté du secteur de la promotion et de l'éducation pour la santé n'est pas l'insuffisance d'actions de prévention mises en œuvre, mais plutôt leur manque de visibilité et de coordination. Le dispositif de coordination a certes de grands chantiers devant lui mais il a toutefois connu une nette amélioration ces dernières années. Revisitées par le PRSP en 2006, la promotion et l'éducation pour la santé ont notamment bénéficié de l'écriture du Schéma régional d'éducation pour la santé (Sreps) qui a permis de lancer un premier état des lieux des acteurs intervenant sur le territoire et surtout de poser les bases d'une méthodologie à suivre pour la formalisation du dispositif, la professionnalisation des acteurs et la coordination des actions. L'instauration du Groupement régional en santé publique (GRSP) a aussi favorisé une meilleure clarté dans l'organisation d'une partie des actions de prévention. La mise en place d'un pôle régional de compétence dans le courant de l'année 2008 est venue conforter ce travail de mise en lien. L'association Guyane Promo Santé est effectivement venue répondre au besoin de créer un centre de ressources dans le domaine de la promotion et l'éducation pour la santé et a vocation à réunir l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs.

La structuration progressive du dispositif de promotion et d'éducation pour la santé permet aux acteurs de mieux situer leurs interventions. La multiplication et la pérennisation des temps d'échanges tels que le forum des actions de prévention, qui s'est déroulé pour la deuxième année à Saint-Laurent en mai dernier, favorisent également le partage d'expériences. Enfin, un meilleur accès à la formation permet aux acteurs de développer leurs compétences professionnelles.

La Guyane reste un territoire propice à la mise en place de stratégies innovantes en matière de promotion et d'éducation pour la santé, notamment avec une approche de santé communautaire. La perpétuelle adaptation des actions au contexte guyanais incite les acteurs à repenser leurs pratiques. Ils doivent également s'appuyer sur l'existant et la population. On peut notamment citer le programme de partenariat qui a vu le jour cette année entre Guyane Promo Santé et le Programme régional d'éducation et de formation aux savoirs de base (Prefob), pour la formation des formateurs de ce dispositif ainsi que la mise en place d'actions en éducation nutritionnelle.

Tous les paramètres semblent aujourd'hui réunis pour que la promotion et l'éducation pour la santé en Guyane bénéficient d'une meilleure visibilité, tant à l'échelle nationale qu'avec ses pays voisins (Brésil, Suriname, pays de la Caraïbe, etc.).

Mélina Bailleux

Chargée de mission en santé publique,
Direction de la santé et du développement
social de Guyane, Cayenne.

1. Source : Statistiques et indicateurs et de la santé et du social (Statistis) outre-mer 2007.

2. Cayenne, Matoury et Rémire-Montjoly.

3. Descendants d'esclaves marrons du Suriname.

4. La Guyane est l'une des trois régions à avoir bénéficié d'un programme pilote, à partir de 2000, à l'initiative de l'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée (Imea) et en partenariat avec la direction générale de la Santé (DGS) et la Délégation interministérielle à la ville (Div). Deux promotions de médiateurs ont été formées en 2002 et 2003. Ils sont aujourd'hui réunis en l'Association régionale des médiateurs en santé publique.

5. Grâce au partenariat entre le centre hospitalier de Cayenne et le Centre national d'études spatiales de Kourou et en étroite collaboration avec l'Institut de médecine et de physiologie spatiales (Medes).

6. André-Dormier J. L'offre de santé dans les collectivités ultramarines. Avis et rapports du Conseil économique, social et environnemental, juillet 2009 : p.48.

Améliorer l'accès à l'eau potable : une urgence en Guyane

En Guyane, l'accès à l'eau potable se fait de manière inégale. La Direction de la santé et du développement social travaille avec les populations et les collectivités pour améliorer l'approvisionnement en eau, y compris pour les populations les plus isolées, notamment amérindiennes et noires marrons. Bornes fontaines dans les zones urbaines non raccordées, pompes manuelles et récupération d'eau de pluie : les dispositions prises sont conformes aux recommandations du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 3 avril 2007 spécifiques à la Guyane. Des campagnes d'information sont mises en œuvre au plus près des populations.

L'approvisionnement en eau potable en Guyane française est atypique comparé aux autres départements d'outre-mer. Aux disparités de qualité de l'eau consommée s'ajoutent de fortes inégalités d'accès à l'eau. Les conséquences pour la santé publique sont sensibles, faisant de la lutte contre les maladies entériques des populations vivant en sites isolés sur les fleuves de Guyane en 2009 une priorité nationale¹. La Guyane est le dernier département français touché par le choléra (quinze cas, un décès en 1992). De 1995 à 2008, le territoire a connu quinze épidémies de typhoïde pour des populations non alimentées par des réseaux d'eau potable publics ou par des réseaux défaillants. Ceci renvoie aux disparités du territoire et de son équipement.

Une situation sanitaire préoccupante

Le littoral rassemble la majorité de la population guyanaise, la plupart des foyers urbains bénéficiant d'une distribution d'eau traitée, régulièrement contrôlée par la Direction de la santé et du développement social (DSDS). Les filières de traitement sont celles employées en métropole, les écarts des paramètres de qualité (surtout chlore, aluminium) sont rarement infractionnels et tiennent tant aux caractéristiques de la ressource (eau peu minéralisée) qu'à la maîtrise du processus de traitement. Le village de Javouhey est particulier : l'eau distribuée présente des teneurs significatives en radioélé-

ments². La consommation de cette eau est déconseillée aux femmes et aux enfants, par précaution, depuis 2008. Une distribution de secours a été mise en place, des ressources alternatives sont en cours de prospection.

La situation la plus précaire concerne les populations en habitat urbain spontané, périurbain ou rural. Ainsi, près de trente mille guyanais (15 % de la population) ne bénéficieraient pas d'une eau de qualité satisfaisante. Ceci s'ajoute à des pratiques à risques pour l'hygiène et l'assainissement. Les relevés syndromiques, issus des centres de santé et relayés par la Cellule interrégionale d'épidémiologie Antilles-Guyane, permettent d'évaluer régulièrement une

incidence des maladies diarrhéiques de 20 à 50 % dans les communes le long des fleuves Maroni et Oyapock. L'origine de l'eau consommée est variable : cours d'eau, eau souterraine ou eau de pluie. L'eau est bue telle quelle, ou simplement décantée voire traitée (filtration et chloration) dans les bourgs et certains villages.

En milieu amazonien, ces disparités d'approvisionnement vont de pair avec la dispersion des lieux de vie et le coût d'équipement. Ainsi, le coût d'exploitation annuel d'une installation publique de chloration dans un village amazonien avoisine celui de l'installation. L'acheminement de produits de traitement, du matériel mais aussi l'interven-

Eau de boisson et mercure en Guyane

Comme les services homologues du ministère de la Santé sur tout le territoire national (Ddass), la Direction de la santé et du développement social (DSDS) de la Guyane est chargée d'effectuer régulièrement le contrôle de la qualité des eaux distribuées, de façon à garantir la santé des consommateurs. Elle prélève l'eau, la fait analyser et interprète les résultats selon leur conformité au Code de la santé publique avant d'en informer les collectivités et populations concernées.

Ainsi, la teneur en mercure des eaux distribuées est régulièrement analysée. Entre 1995 et 2008, plus de neuf cents analyses ont été réalisées. Aucun résultat ne dépasse 0,1 mg par litre, valeur recommandée par l'Organisation mondiale de la santé et fixée par la réglementation nationale. Une dizaine seulement dépasse le seuil de détection, de façon très ponctuelle pour une même ressource. On peut donc considérer que l'exposition au mercure par l'eau de boisson des consommateurs est négligeable en Guyane.

En revanche, une confusion existe fréquemment avec l'exposition au mercure résultant de la consommation de poisson, espèce accumulant le mercure sous sa forme organique tout au long de la chaîne alimentaire. Ce type d'exposition a fait l'objet de nombreuses études et justifie désormais de recommandations de consommation adaptées auprès des populations les plus exposées.

tion régulière et nécessaire de personnel technique en sont les causes. En zones urbaines d'habitat spontané, l'absence de droits de propriété des terrains ou du statut de résident des populations installées freine les possibilités d'aménagement.

Comme partout en France, la DSDS contrôle les points de distribution publics pour lesquels la réglementation européenne et nationale impose des normes sanitaires strictes. Le développement d'alternatives a été nécessaire pour améliorer l'accès à des ressources en eau sûres.

Une démarche technique originale

Pour améliorer la qualité de l'eau consommée, une démarche originale a été validée en 2007 par avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) et inscrite dans le Plan régional santé environnement de la Guyane³. Si la préférence reste le raccordement individuel à un réseau public de distribution d'eau, en cas d'impossibilité, des solutions spécifiques ont été développées en Guyane sur la base des recommandations du CSHPF :

- en milieu urbain, l'installation de bornes fontaines à carte prépayée peut desservir les quartiers raccordables aux réseaux publics, permettant l'accès à une eau de qualité. Trois quartiers sont en cours d'équipement à Cayenne,

Saint-Laurent-du-Maroni et Matoury. Jugés comme prioritaires par la DSDS, ils bénéficient ainsi d'un financement subventionné en quasi-totalité. Afin de montrer la pertinence de ces installations, la DSDS fait réaliser depuis 2008 des études sur les conditions d'accès à l'eau dans ces quartiers. Il s'agit d'appeler l'attention des municipalités concernées sur les risques sanitaires découlant des conditions précaires liées à l'eau et à l'assainissement, tout en proposant le recours à ces installations ;

- en milieu rural, la préférence est aussi donnée aux réseaux de distribution ; toutefois, si cela est impossible et si une ressource souterraine existe, le CSHPF recommande d'y recourir, notamment par des pompes à bras. Robustes, ne nécessitant pas d'apport d'énergie spécifique, l'utilisation des pompes est toutefois liée à la qualité de l'eau produite, par endroit affectée par des teneurs élevées en fer et en manganèse. Le CSHPF a formulé la possibilité d'être la plus tolérante quant aux références de qualité pour ces paramètres, dans la mesure où la qualité bactériologique reste supérieure aux autres eaux disponibles localement. La DSDS réalise le contrôle sanitaire et le suivi de ces pompes, demandant aux municipalités concernées de réaliser la maintenance si nécessaire ; seul le Maroni était équipé jusqu'à présent, le Haut Oya-pock doit l'être d'ici fin 2009 ; les populations isolées y étaient jusqu'à présent

tributaires des cours d'eau pour leur approvisionnement.

Si aucun des équipements précédents n'est possible en milieu rural, la récupération familiale d'eau de pluie améliorée est recommandée. Elle comprend notamment le recours à des citernes en polyéthylène de mille six cents litres ; le système de récupération doit comporter un préfiltre contre les grosses impuretés ainsi qu'une moustiquaire contre la formation de gîtes larvaires ; l'eau doit être filtrée par un filtre familial de type « Chamberland » en céramique⁴ avant consommation. Les tests effectués sur des dispositifs pilotes ont montré que la qualité bactériologique de l'eau ainsi produite est satisfaisante au regard de la réglementation. Aussi, en 2008, la DSDS a financé l'achat de cinq cents filtres en céramique d'un modèle ayant fait preuve de son efficacité, importé du Brésil. La DSDS a également cofinancé l'achat puis la livraison à prix réduit de soixante citernes et filtres installés sur le fleuve Maroni par la société NBC. Un projet similaire doit équiper en 2009 des foyers amérindiens en amont du Maroni.

Prendre en compte la diversité socioculturelle

Au moins autant que la mise à disposition de solutions techniquement acceptables, la consommation d'eau repose sur les besoins des consomma-

teurs et leur diversité socioculturelle. Ainsi, par exemple :

- l'eau chlorée est impropre à la fermentation de la bière de manioc préparée traditionnellement par les Amérindiens, qui reprochent également le goût de chlore ; aussi, certains préfèrent s'approvisionner à la rivière ou attendre que l'eau soit exempte de chlore pour l'utiliser⁵ ;
- suite à un décès considéré comme suspect, un village du Maroni et la pompe qui l'équipe ont été désertés par ses habitants.

Aussi, la DSDS a consulté en 2008 des spécialistes des populations amaziennes. Cet effort a été poursuivi en 2009 avec la réalisation d'une enquête « connaissances-attitudes-perceptions » à propos de l'eau, de l'assainissement et des maladies hydriques dans la commune de Grand Santi. De telles enquêtes permettent de tenir compte de la perception des populations quant aux difficultés perçues ou rencontrées pour l'accès à l'eau afin d'adapter les solutions techniques en conséquence. Ainsi, l'enquête de mai 2009 a permis de montrer que l'emplacement d'une pompe à bras peut entraîner sa sous-utilisation : certains renoncent à s'y rendre, tout en reconnaissant que la qualité de l'eau y est meilleure, en raison du temps de trajet à pied depuis le domicile comparé au cours d'eau voisin. Autre raison : « *il est plus fatigant de pomper que de remplir le bidon à la rivière* ». Cette enquête a permis de comprendre également que peu de foyers utilisent correctement les filtres en céramique acquis en 2008. Pour y remédier : multiplication des points de vente pour les bougies, accompagnement des populations tenant compte des connaissances et perceptions locales.

Informer et sensibiliser les populations

La DSDS initie et favorise les projets dans le sens de ces recommandations. Un accompagnement de ces modes d'alimentation en eau se traduit notamment par des actions destinées à sensibiliser les populations concernées. La diffusion de messages liés aux maladies hydriques se fait au moins de deux façons : l'éducation sanitaire via l'enseignement primaire et la diffusion large ou accompagnée de supports de communication. Les efforts d'éducation

sanitaire ont été lancés, à compter de 2006, avec le classeur « Ti Doc », financé par la DSDS et réalisé en partenariat avec l'association Grid et le rectorat de Guyane. Ce classeur présente certaines maladies attribuables à l'environnement, dont celles liées à une eau de mauvaise qualité et à l'absence d'une hygiène satisfaisante. Une fiche présente les problèmes et leurs solutions, et propose aux enseignants des activités à destination des élèves du primaire. Une seconde édition est en cours de diffusion depuis octobre 2009⁶. Le recrutement d'un volontaire civil à l'aide technique a été sollicité de façon à accompagner cette diffusion auprès des utilisateurs et formateurs.

Pour la prévention contre le choléra, des affiches ont été élaborées pour le grand public dès les années 1990. Elles insistent sur l'hygiène alimentaire et le lavage des mains. Des mises à jour ont été largement diffusées le long du Maroni (écoles, mairies, centres de santé, etc.). Elles illustrent les recommandations du CSHPF pour pallier les difficultés liées à l'alphabétisation partielle des populations concernées ; une version existe en sranang tongo, parlé sur le Maroni. Une version spécifique pour les populations amérindiennes reste à élaborer. Autre exemple, l'autocollant rappelant les précautions liées à l'approvisionnement en eau de pluie sur les citernes d'eau (programme NBC).

Enfin, un document est en cours d'élaboration à destination de la population hmong⁷ de Javouhey, illustrant les recommandations liées aux teneurs naturelles en radioéléments de l'eau du réseau. Là aussi, le recours à l'image doit permettre de s'affranchir des questions de langue et d'alphabétisation.

Un processus patient de sensibilisation sanitaire

L'amélioration de l'accès à l'eau potable en Guyane répond à une urgence sanitaire avérée en raison de la gravité des pathologies constatées, de la taille des populations concernées et des difficultés d'intervention en milieu isolé notamment. Les contraintes imposées par la réglementation nationale et européenne, développées pour des collectivités suffisamment riches, sont parfois inadaptées voire contre-productives (solutions coûteuses, techniquement

fragiles). La démarche initiée par la DSDS vise à développer des solutions alternatives, durables et satisfaisantes techniquement au sein du cadre réglementaire.

L'acceptation de ces solutions par les consommateurs constitue une étape indispensable à leur efficacité. La sensibilisation à l'hygiène contribue à cette acceptabilité. De nouveaux chantiers s'ouvrent en la matière, exigeant un meilleur dialogue avec les populations concernées et l'identification systématique d'une composante socioculturelle lors de la mise en place de projets d'équipements.

Dominique Maison

Ingénieur du génie sanitaire
jusqu'en juin 2009,

Alexandre Habert

Ingénieur, responsable de la cellule
alimentation en eau potable,

François Mansotte

Ingénieur du génie sanitaire
jusqu'en octobre 2008,

Colin Durand

Volontaire civil à l'aide technique
jusqu'en septembre 2009,
Géomaticien/SIGiste et éducation sanitaire,

Nathalie Marion

Responsable de la cellule
approvisionnement en eau potable
jusqu'en mai 2009, Direction de la santé
et du développement social (DSDS)
de la Guyane, Cayenne.

1. Circulaire ministérielle du 15 octobre 2008 allouant les moyens 2009 aux services déconcentrés.

2. Des analyses de l'eau distribuée, menées à compter de 2008, ont montré des teneurs significatives en éléments radioactifs d'origine naturelle. Ceux-ci proviennent vraisemblablement des caractéristiques géologiques du sous-sol où est implanté le captage. Cette découverte a mené la DSDS à effectuer un bilan des teneurs en radioéléments pour l'eau de boisson distribuée dans l'ensemble du département de la Guyane.

3. En ligne : <http://www.guyane.pref.gouv.fr/sante/>

4. Appelé aussi localement « filtre brésilien ».

5. De la même façon, dans le village de Kaw, la population a toujours refusé le traitement de l'eau issue d'un cours d'eau en pleine forêt.

6. Ces supports sont consultables en ligne sur le site de la DSDS : <http://www.guyane.sante.gouv.fr>

7. Le terme « hmong » désigne plusieurs groupes ethniques originaires de la péninsule indochinoise. Certains, fuyant le régime communiste laotien dans les années 1970 (« boat people »), ont été accueillis puis installés par l'administration française en Guyane. Ils sont répartis principalement dans les villages de Cacao et de Javouhey.

Pour en savoir plus

<http://www.guyane.sante.gouv.fr>

Prévention de la dengue en Guyane : une campagne d'information des populations

La Guyane est fortement touchée par la dengue, maladie transmise par un moustique. Depuis 2005, les pouvoirs publics ont mis en place une campagne d'information des populations, qui a permis d'améliorer le niveau de connaissances. Mais ce niveau reste insuffisant puisque 55 % seulement des Guyanais considèrent la dengue comme une maladie dangereuse. Les populations les plus isolées sur les plans géographique et linguistique restent en marge de cette prévention. Une évaluation en cours doit permettre d'améliorer ce dispositif.

La dengue est une maladie infectieuse transmise par un moustique. Elle génère un syndrome de type grippal sévère (fièvre, myalgies, céphalées, etc.) voire des complications potentiellement mortelles (dengue hémorragique), particulièrement chez l'enfant et la personne âgée.

La dengue, une maladie fortement contagieuse

Dans les régions chaudes, 2,5 milliards d'individus seraient exposés au risque de contamination, dont 50 millions touchés annuellement¹. En Guyane, à une transmission endémique s'ajoutent régulièrement des épidémies relativement longues. L'épidémie de dengue de 2005-2006 a causé plus de 16 000 cas dont quatre décès². Une nouvelle épidémie en cours depuis janvier 2009 a déjà causé 12 520 cas cliniquement évocateurs³ et deux décès au 14 juin 2009⁴. Les conséquences sont autant sanitaires que socio-économiques : incapacités (arrêts de travail) ou coûts de prise en charge des malades. Indirectement, ceci peut ternir l'image du département, nuisant ainsi au tourisme. Il n'y a ni vaccin ni traitement contre la dengue. L'immunité conférée par la maladie, atténuée avec le temps, n'est que partielle (existence de quatre sérotypes du virus). Quant aux efforts pour éliminer chimiquement les moustiques, ils sont complexes, coûteux et pas toujours

efficaces, notamment du fait des modalités d'aspersion ou du développement de phénomène de résistance aux produits utilisés. C'est pourquoi les gestes de prévention individuels simples constituent la meilleure protection contre la maladie.

Cet article décrit les actions entreprises par la Direction de la santé et du développement social (DSDS) pour bâtir une politique de prévention fondée sur l'information en Guyane. Après un rappel du contexte ayant orienté les choix initiaux en 2005-2006, les actions entreprises puis l'impact de trois ans d'actions sont présentés. Des propositions de réorientation doivent en découler en 2009-2010.

2005, une année charnière

L'année 2005 a été charnière en Guyane avec la déclaration d'une épidémie de dengue appelant l'attention du ministère de la Santé. Peu avant, le chikungunya à la Réunion avait montré le coût sanitaire et socio-économique des arboviroses, notamment en termes de perte d'activité économique (absentéisme, désaffection du secteur touristique)⁵ et d'emploi⁶. Jusqu'à cette date, le conseil général menait ponctuellement des actions de sensibilisation avec la réalisation de supports (affiches, plaquettes). En 1998, des spots TV et radio conçus en français et créole étaient diffusés spécifi-

quement lors d'une épidémie de dengue. Il s'agissait de présenter le lien entre les moustiques et le risque de dengue ainsi que d'encourager la population à se protéger, notamment par la lutte contre les gîtes larvaires.

Fin 2005, un décret confiait à l'État l'information et l'éducation sanitaires de la population afin de réduire la prolifération des insectes vecteurs⁷. Nouveauté décisive, des crédits spécifiques étaient alloués en 2006 à la DSDS pour mener une véritable stratégie de communication organisée en quatre phases. La première étape visait à évaluer la perception générale de la dengue en amont de la communication, pour définir ensuite les publics cibles et les messages. Dans un deuxième temps, des supports étaient diffusés en conséquence (2006-2008). Lors d'une troisième phase en 2008, une nouvelle enquête évaluait l'impact des actions entreprises. Enfin, dans une dernière phase, les recommandations issues de cette évaluation ont permis à la DSDS de réorienter ses efforts en 2009.

2006, première évaluation : la prévention encore largement méconnue

En 2006, la DSDS finançait une enquête de perception sur la dengue, partant d'un questionnaire élaboré en lien avec l'INPES. Les participants appartenaient aux groupes guyanais,

métropolitain, brésilien, haïtien, surinamais, chinois. Sur quatre cent quatre-vingts personnes interrogées de l'agglomération de Cayenne, 88 % connaissaient la maladie, 38 % ignoraient comment s'en prémunir⁸. Aussi, après sa mission d'avril 2006, l'INPES recommandait de renforcer la compétence du public en termes de prévention et de favoriser son engagement dans des actions de proximité.

2006-2008 : réalisation de supports et diffusion

L'objectif visait à améliorer les connaissances générales sur la maladie, toute origine culturelle et tout niveau social confondus. Deux grands types de publics étaient distingués : population générale et public scolaire. Une charte graphique et un slogan unique⁹ étaient créés. Les messages informaient sur les symptômes, le comportement adéquat face à la maladie et sa prévention (suppression des sites de ponte des moustiques, prévention des piqûres de moustiques). Ils étaient déclinés soit pour une diffusion de masse, soit pour présentation à un groupe ou lors d'un événement.

Ainsi, le spot télévisé de 2008 a été diffusé en français et en créole guyanais sur deux chaînes locales. Trois spots radio (« se protéger », « se soigner », « détruire les gîtes larvaires ») ont été réalisés et diffusés en français, créole, créole haïtien, anglais, brésilien, mandarin et nengué tongo, langue véhiculaire du Maroni. Quatre publi-reportages guyanais. Un dossier de questions-réponses sur la dengue réalisé par l'INPES a été mis en ligne¹⁰. Huit affiches ont été conçues au format 40 x 60 cm, dont deux synthétiques reprenant les messages en français, anglais et brésilien. Une affiche recto-verso supplémentaire dans ces langues promouvait l'utilisation de la moustiquaire. Deux dépliants ont été créés donnant des conseils généraux et des indications sur la recherche de gîtes larvaires.

Environ trois cent cinquante relais d'information (institutions, associations, administrations, églises, etc.) ont été identifiés dans le département pour relayer ces supports. Panneaux et banderoles complétaient le tout lors d'animations et événements (fêtes communales, fête de la science, etc.).

Des supports spécifiques ont été réalisés pour les publics scolaires. Un DVD interactif, un film, une plaquette « jeux de dengue », un jeu de société « Sololiya » et des fiches d'éducation sanitaire « Ti doc » (classeur relayé par le rectorat) s'adressaient aux élèves de primaire. Enfin, un document d'accueil aux urgences et un « ordonnancier » étaient adressés aux médecins et pharmaciens pour diffuser aux patients/clients. La sollicitation des collectivités locales et des écoles pour des partenariats via des correspondants a recueilli un écho très limité. De même, la mise en place d'un projet pilote par la méthode Combi¹¹ se développe lentement car il s'avère ardu de mobiliser les parties prenantes (collectivités, associations).

2009 : évaluation des actions de communication

Une enquête a été lancée en 2008 auprès de cinq cent dix-neuf personnes pour évaluer :

- la connaissance de la dengue et des comportements associés ;
- les mesures adoptées pour se protéger ;
- l'impact de la communication ;
- les attentes sur la politique de communication.

Ainsi, 94 % des personnes interrogées déclarent avoir entendu parler de la dengue, soit 6 % de plus qu'en 2006. Pourtant, seuls 55 % considèrent la maladie comme dangereuse.

Trois types de messages sont bien mémorisés : le lien entre dengue et moustique, les principaux symptômes, et la médication. Les personnes interrogées expriment toutefois leurs attentes d'une communication plus précise concernant ces points, même si 34 % seulement déclarent avoir besoin d'informations supplémentaires (70 % en 2006).

Seule une minorité des personnes interrogées identifie la cause de la contamination. De plus, 25 % déclarent « ne pas prendre de mesures pour se protéger de la dengue en temps normal » (38 % en 2006), dont 43 % jugent cela inutile, ne se sentant pas concernés. En outre, parmi les communautés les plus sensibilisées, la proportion disant prendre des mesures pour se protéger diminue paradoxalement en période épidémique.

Les mieux informés sont les Métropolitains, les Brésiliens et les Guyanais. Les Surinamiens, Haïtiens et Chinois de la région cayennaise sont, eux, moins informés. Une partie plus difficile à toucher de ces populations semble exclue de l'accès aux médias locaux ou n'accède à l'information que selon des modes spécifiques (rassemblement, bouche à oreille, etc.).

Pour conclure, s'il convient de se réjouir de meilleures connaissances globales de la population, ces résultats soulèvent une difficulté majeure : le passage de la compréhension des messages à leur application par des gestes de prévention quotidiens.

L'épidémie de dengue de 2009

Pour la communication, un spot TV conçu en Guadeloupe pour l'épidémie de 2008 est diffusé depuis janvier 2009 en Guyane, quatre fois par jour sur RFO TV et radio (bande sonore). Les spots radio élaborés en Guyane en 2006 ont également été repris dans les sept langues sur Nostalgie Guyane. La diffusion sur d'autres radios FM s'adressant à un public jeune ou communautaire n'a pas été réalisée faute de financement. Cinq publi-reportages ont été repris dans les deux hebdomadaires guyanais. Les affiches et dépliants ont été réimprimés et diffusés vers les professionnels de santé libéraux et les structures de soin. Les administrations ont été également des-

tinataires pour relayer aux usagers. De mars à juin, la DSDS a financé vingt représentations d'un spectacle de marionnettes destiné aux petites classes du primaire.

Comme en 2006, la DSDS a proposé un soutien aux collectivités territoriales (« référent moustique », formation CNFPT) sans réel écho. Il faut toutefois souligner la mobilisation exceptionnelle de l'Ouest guyanais, premier touché par l'épidémie. L'antenne de la DSDS a contribué avec la sous-préfecture, la mairie de Saint-Laurent-du-Maroni et de Mana, à diffuser des messages de prévention sur trois sites Internet locaux et la radio FM locale. Des réunions et des animations ont aussi été mises en place avec la participation des collectivités de l'Ouest guyanais. À Cayenne, la DSDS a organisé des formations sur la dengue pour le grand public dans des associations.

L'épidémie n'est pas terminée, les actions réalisées par la DSDS dans le cadre de la communication feront l'objet d'un bilan le moment venu.

Conclusion

En Guyane, le ministère de la Santé consacre depuis 2006 des efforts importants pour déployer une véritable stratégie de communication sur la dengue. Si des résultats sont déjà partiellement mesurables, il convient d'être humble quant à la perception, par le grand public, de la dengue et des moyens de la prévenir, mais aussi patient quant à l'efficacité de démarches visant de réels changements comportementaux.

La diffusion efficace de messages destinés à une prise de conscience des responsabilités de portée individuelle (préservation contre les piqûres par exemple), familiale (utilisation de la moustiquaire, protection des enfants) ou collective (suppression des gîtes larvaires, relais d'information, etc.) constitue une difficulté. Autre difficulté, propre à la structure et à l'hétérogénéité de la population guyanaise, le développement d'actions de proximité ou la conception de modes de communication « sur mesure » intégrant certaines spécificités communautaires dont la méconnaissance du français ou un taux relativement élevé d'illettrisme.

La mise en place de solutions efficaces fait appel à des responsabilités partagées entre acteurs institutionnels, mais aussi avec la population et ses représentants. Aussi, l'un des enjeux pour la DSDS consiste à intéresser et mobiliser les différents partenaires concernés, tout en capitalisant les efforts déjà réalisés pour promouvoir de nouveaux modes de prévention.

Dominique Maison

Ingénieur du génie sanitaire
jusqu'en juin 2009,

Marie-Line Sauvé

Volontaire civile à l'aide technique
jusqu'en octobre 2009,

François Mansotte

Ingénieur du génie sanitaire
jusqu'en octobre 2008,

Sophie Pinchon

Responsable de la cellule
lutte anti-vectorielle,

Johanna Caudal

Technicienne sanitaire jusqu'en octobre 2008,
Direction de la santé et du développement
social (DSDS) de la Guyane, Cayenne.

1. OMS. En ligne: <http://www.wbo.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>
2. *Cire Antilles Guyane, Basag, février 2009.*
En ligne: <http://www.martinique.sante.gouv.fr/documents/accueil/cire/Basag2008-1.pdf>
3. *Il s'agit des personnes montrant les symptômes de la dengue, sans que la présence du virus n'ait été confirmée par une analyse biologique.*
4. *Cire Antilles Guyane. Surveillance épidémiologique de la dengue: période du 25 mai au 14 juin 2009.* En ligne: <http://www.martinique.sante.gouv.fr/>
5. *Voir notamment Iedom 2006. Note expresse spéciale - Chikungunya. Impact économique de l'épidémie de chikungunya à la Réunion mesuré fin mars 2006.* En ligne: http://www.iedom.fr/doc/NotExp34_Reunion_Impact_Chikungunya2.pdf
6. *Selon l'Insee, ce sont ainsi cinq cents emplois qui auraient été supprimés en raison de la baisse de fréquentation touristique attribuable à l'épidémie. Économie de La Réunion 2008; n° 133: 4-6.*
En ligne: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=24&ref_id=14153
7. *Article 2 du décret n° 2005-1763 du 30 décembre 2005 sur les maladies transmises par les insectes.*
8. *Étude LH2, financée par la DSDS et présentée en avril 2006.*
9. *« La lutte contre la dengue, c'est aussi mon affaire ».*
10. En ligne: www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1084.pdf.
11. *La méthode Combi (communication pour agir sur les comportements) est une stratégie recourant notamment aux méthodes du marketing social. Elle propose pour principales étapes l'analyse des forces de terrain, l'identification des messages et des médias de supports préférés, le tout pour mobiliser les communautés et les individus concernés par un même problème de santé publique. Cette méthode est activement promue par l'OMS.*

• COMMUNIQUÉ •

Education Santé

sommaire

n°249 octobre 2009

Initiatives

« Et toi, tu manges quoi ? »,
l'alimentation en débats entre ados
propos de France Gerard recueillis
par Christian De Bock

La campagne d'été 2009
de prévention du sida
par la Plate-forme prévention sida

Communiquer sur la santé:
l'exemple du tabac
Geneviève Houlioux et Michel Pettiaux

Une semaine « sur les dents »
pour les petits d'Ixelles Pascale Dupuis

Réflexions

Usages problématiques de l'alcool
chez les jeunes Serge Zombek

Promotion de la santé et agenda
politique Sébastien Brunet

Stratégie

Intentions des 4 partis
démocratiques pour la nouvelle
législature Gilles C. Jourdan

Matériel

Mieux consommer les graisses
Parents d'ados
Vivre le diabète au quotidien
Du biberon à l'alcopops

Outil

Les experts de la prudence

Lu pour vous

Fragments d'intime (Pascale Jamoulle)
Développer les compétences sociales
des adolescents (Édith Tartar Goddet)
Panorama social

Données

Le Tableau de bord Vaccination
Colette Barbier

Vu pour vous

« Écrans@ plat », regards croisés
sur les cyberconsommations

Education Santé est un mensuel, réalisé par le service Infor Santé – Mutualité chrétienne, avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé. La revue papier est diffusée par abonnement (gratuit) uniquement en Belgique. Pour consulter les articles parus dans la revue depuis 2001 et/ou télécharger la revue en pdf: <http://www.educationsante.be>

Guyane : les professionnels formés à la prise en charge des migrants

Dans le cadre d'un partenariat avec l'INPES et Guyane Promo Santé, le Comede a animé en 2008 deux sessions de formation spécialisées sur la prise en charge médico-psychosociale des étrangers en situation précaire. À destination des professionnels du médico-social et d'acteurs associatifs, cette opération a mis en évidence la détermination des participants à lutter contre les phénomènes d'exclusion malgré un contexte géographique, social et sanitaire cumulant les obstacles à l'accès aux soins.

Parmi les facteurs de vulnérabilité pour la santé des migrants (1), les difficultés d'accès aux droits sont encore plus grandes en Guyane que dans le reste du territoire national, situation particulièrement préoccupante face à l'aggravation de l'épidémie de VIH. Depuis 2004, le Comede a développé des liens avec des acteurs médico-sociaux guyanais. À partir de l'expérience des acteurs de chaque rive de l'océan, le cycle de formation de 2008 visait à travailler avec deux groupes de vingt stagiaires sur les problématiques de santé des migrants notamment pour lever les obstacles à l'accès aux soins. L'un des groupes était formé de praticiens de Kourou et de l'île de Cayenne, l'autre de Saint-Laurent-du-Maroni à la frontière ouest.

Un contexte socio-économique déterminant dans les difficultés d'accès aux soins

Le contexte géographique, démographique et sociologique guyanais est en tout point exceptionnel (*voir l'article de Mélina Bailleux p. 15*). Pour mémoire, le plus grand département français concentre sur la bande littorale (6 % du territoire) 82 % de la population, dessinant ainsi la première des données caractéristiques du pays : une opposition entre l'intérieur, enclavé et couvert par la forêt tropicale, et le littoral, structuré autour d'un axe routier unique. La deuxième caractéristique est démographique, la population se composant de groupes ethniques et culturels exprimant chacun une forte identité : groupes d'Amérindiens et de

Noirs marrons, Créoles descendants des esclaves africains, Créoles des Antilles, franco- et anglophones, Chinois, Hmongs et métropolitains. La forte présence étrangère, notamment avec l'immigration récente des Haïtiens, Surinamiens, Brésiliens et Guyanais, est enfin une troisième caractéristique essentielle, particulièrement complexe à appréhender. En effet, les différents groupes de population ne se recoupent pas avec un critère homogène de nationalité. Si les statistiques portent essentiellement sur les immigrés – 27 % de la population (2) estimée à 213 500 habitants (3) – et non sur les étrangers, la préfecture annonce 50 000 étrangers en séjour régulier¹ (23 % de la population). L'estimation des étrangers en séjour irrégulier porte sur 20 à 30 000 personnes². L'étendue des frontières fluviales avec le Brésil et le Suriname rend illusoire une politique d'endiguement des mouvements de population, malgré une action policière renforcée (10 000 reconduites aux frontières exécutées en 2008, pour 25 000 en métropole), et dont la régularité est contestée selon la Commission nationale de déontologie de la sécurité (4).

Avec une situation économique difficile et une situation sociale tendue, notamment dans les rapports intercommunautaires (5), les phénomènes de discriminations et d'inhospitalité prennent une ampleur que tous les participants à la formation ont soulignée. Ces discriminations, qui visent les minorités et les étrangers en tant que populations

de l'intérieur et/ou socialement défavorisées, font l'objet d'évaluations alarmantes (6).

Des acteurs engagés pour l'accès aux soins de tous

Dans un tel contexte, les professionnels et acteurs du médico-social guyanais ont fait part de difficultés majeures d'accès aux soins et aux droits pour les migrants/étrangers en situation précaire. Le groupe a ainsi été amené à travailler sur les principes de prise en charge (facteurs associés de vulnérabilité, situation épidémiologique, dimension médico-juridique), l'accès aux soins et à la protection maladie, ainsi que l'accès à la carte de séjour pour raison de santé.

En matière d'accès aux soins, la situation est contrastée. Les effectifs de populations bénéficiaires de la CMU-c³ et de l'AME sont élevés et semblent donc confirmer le rôle important de la protection maladie dans la lutte contre la pauvreté. Mais les participants relèvent aussi des difficultés chroniques d'accès aux dispositifs de soins et d'accès aux droits pour les populations concernées. On relève particulièrement le manque de lisibilité des dispositifs de santé publique (vaccination), le manque d'interprétariat, le problème des populations éloignées géographiquement (intérieur) ou éloignées civilement (français sans état civil, nationalité indéterminée ou douteuse). De plus, selon le Comede, la pratique de la caisse guyanaise de sécurité sociale témoigne d'une connaissance

malades pour accéder à la procédure tant à la préfecture de Cayenne qu'à la sous-préfecture de Saint-Laurent.

Des besoins d'appui technique spécialisé

Les besoins de formation des acteurs du médico-social sont donc apparus en étroite relation avec la complexité des situations migratoires ou d'exil des populations vulnérables : demandeurs d'asile, immigrés de longue date ou récents, population transfrontalière et/ou de l'intérieur, orpaillage clandestin, français sans état civil. L'écart entre droits et pratiques administratives a mis en évidence un rapport de « conflictualité » avec la puissance publique qui déstabilise le positionnement institutionnel des acteurs.

Une limite aux apports techniques des stages 2008 doit malgré tout être soulignée. Les conditions requises pour accéder aux soins se heurtent de plein fouet à l'inadéquation entre le droit et les pratiques sociales de la région. Alors que l'ensemble du droit social repose sur la preuve renforcée de « résidence » en France (présence sur le territoire, ancienneté du séjour), les populations sont précisément en situation de résidence transfrontalière ou sont dans l'impossibilité de justifier de leur situation par quelque document que ce soit. On retrouve ce conflit avec l'exigence de « domiciliation » pour des groupes sociaux résidant en habitat précaire, voire sauvage, ou dans des zones d'habitat sans adresse ni cadastre ni reconnaissance officielle. Les populations du fleuve amérindiennes et noires maronnes se trouvent ainsi dans une situation paroxystique « d'exil intérieur » avec des incertitudes de nationalité voire l'absence complète de tout état civil. Le phénomène des Français sans état civil pose des problèmes d'accès aux soins et aux droits inattendus et déléterés. Même si la question des discriminations pose des problèmes qui dépassent l'action individuelle et technique, la situation guyanaise appelle à un renforcement des connaissances des acteurs en matière de vulnérabilité des minorités, en matière de droit administratif, de recours et de maîtrise du cadre déontologique, de même qu'à une meilleure appréhension de la situation épidémiologique. Les participants aux actions de formation 2008,

au-delà des priorités de santé publique connues (accès aux soins, lutte contre le VIH) et méconnues (santé mentale, hépatites), ont ainsi témoigné avec force de la volonté de défendre la qualité et la continuité de soins pour tous en Guyane.

Didier Maille

Responsable du service social et juridique,
Comede.

parfois approximative du droit des étrangers. On retrouve ainsi en Guyane des difficultés « classiques » au plan national : étrangers en règle renvoyés vers l'AME, segmentation des durées de droit de type CMU, refus de rattachement des enfants, remise en cause de la domiciliation, délai de traitement AME important, traçabilité des dossiers inexistante pour l'assuré sans soutien associatif, rupture de droit au moment des changements de titre de séjour ou de statut administratif (7).

En matière d'accès à la carte de séjour pour raison de santé, la situation est aussi tendue que dans les principaux départements de la métropole. Dans un contexte de précarisation des statuts administratifs et de baisse des garanties en matière d'immigration de « droit » (réformes du 23 novembre 2003, 24 juillet 2006, 20 novembre 2007), le dispositif se trouve pris entre les feux croisés, les objectifs contradictoires des politiques de santé et de lutte contre l'immigration irrégulière (8). Ainsi, le préfet de Guyane est-il à la fois appelé à renforcer la lutte contre le VIH/sida par la ministre de la Santé (mai 2008) et invité à renforcer le dispositif de reconduite à la frontière lors de la visite du ministre de l'Immigration (octobre 2008). Les participants aux formations ont ainsi souligné les difficultés accrues des étrangers

1. La préfecture a recensé, en 2008, 50 000 étrangers en séjour régulier, toutefois elle y inclut 22 000 mineurs, lesquels ne sont pas tenus de détenir un titre de séjour ; source : La semaine Guyanaise du 29 juillet 2009, « Plus de 50 000 étrangers non expulsables ». Le journal Lien social (n° 911 « La Guyane débordée par ses immigrés ») indique 89 000 étrangers selon l'Insee.

2. Le Monde du 24 juillet 2009 : « La Guyane face au problème persistant des clandestins » ; le nombre de bénéficiaires de l'Aide médicale d'État était de 18 194, soit près de 10 % du total France entière (2008, Fonds CMU et Cnamts).

3. CMU-c : 32 % de la population vs 6,6 % en métropole.

► Références bibliographiques

(1) Vulnérabilité et épidémiologie. In : Guide Comede 2008. Saint-Denis : INPES, 2008 : p. 19. http://www.inpes.sante.fr/guide_comede/pdf/2-Reperes.pdf

(2) Atlas des populations immigrées en Guyane. Insee, 1999.

(3) Population estimée des régions par tranche d'âge au 1^{er} janvier 2008. Insee.

(4) Voir l'avis 2008-87 de la Commission nationale de déontologie de la sécurité (CNDS) du 1^{er} décembre 2008 après le décès d'un étranger retenu en rétention administrative.

(5) Carde E. Le système de soin français à l'épreuve de l'outre-mer : inégalités en Guyane. À paraître.

(6) Agence pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSé). Études 2009. Discrimination et fragmentation socio-spatiale dans le bassin d'habitat de Cayenne. Étude sur sept quartiers précarisés. Piantoni F. <http://www.ceped.org/IMG/pdf/rapport-CRPV.pdf>

En matière de discrimination à l'accès aux soins voir Estelle Carde, déjà cité.

(7) Rapport Comede 2008. Accès aux soins et à la protection maladie. En ligne : <http://www.comede.org/Guide-Comede-2008,502>

(8) Étrangers malades : menaces sur le droit au séjour. *Maux d'exil*, n° 26, mars 2009. <http://www.comede.org/IMG/jpg/mde26-2.jpg>

Des habitants chargés de prévention dans les villages isolés guyanais

En Guyane, sur le fleuve Maroni, les outils d'éducation pour la santé sont livrés en pirogue aux populations isolées. C'est une équipe mobile de professionnels de la prévention qui forme sur place des habitants « relais communautaires » pour mettre en œuvre des actions au plus près des communautés villageoises. Ce programme transfrontalier associe la Guyane et le Suriname.

La Guyane et le Suriname ont mis en œuvre un programme d'éducation à la sexualité sur le fleuve Maroni. Dans le cadre d'une coopération transfrontalière, une Équipe mobile d'intervention et de prévention de santé (Emips) forme des personnes « relais communautaires » pour qu'elles mettent en place des actions de proximité de réduction des risques sexuels au sein de leur communauté ; la vallée du Maroni compte cinquante-huit mille habitants. Ce programme est piloté par Matoutou, réseau de soins ville-hôpital spécialisé dans les infections sexuellement transmissibles (IST). Ce programme poursuit trois objectifs :

- développement d'un réseau de relais issus des communautés de la vallée du Maroni et de différents milieux (prostitution, orpaillage, jeunesse, etc.) ;
- mise en place de séances d'animation dans les différentes communautés au niveau du grand public ;
- formalisation du réseau des points de vente ou points de dépôt de préservatifs. Opérationnels depuis 2007, les deux coordinateurs du programme ont tissé des liens avec les différents partenaires de cette action¹.

Formation des formateurs...

Le programme s'est articulé autour de trois phases : la formation des formateurs sur la réduction des risques sexuels, la formation par ces formateurs de relais communautaires bénévoles et, enfin, l'élaboration des actions de prévention de proximité par ces relais. En 2006, neuf formateurs (dont cinq pour la Guyane) ont été formés sur la réduction des risques sexuels et l'animation de groupes de parole. Puis ces formateurs sont réunis tous les six

mois pour les épauler dans la mise en place, le suivi et l'évaluation des formations de relais communautaires. Objectifs : préciser le rôle et le positionnement des relais par rapport au groupe, accroître leurs compétences à gérer les conflits et à analyser des rapports sociaux de sexe dans la prévention du VIH/sida et des violences sexuelles. Le dernier regroupement de formateurs a été organisé en mai 2009 à Paramaribo ; 46 % des personnes formées y ont participé.

...et des relais communautaires bénévoles

Pour recruter les relais, le programme est d'abord présenté aux leaders communautaires (capitaines de village, maires, équipes des centres et postes de santé, associations, etc.) puis à la population (par affichage, radio, etc.). L'équipe de recrutement passe de village en village. À ce jour, quatre formateurs animent les sessions de formation des relais communautaires ; la formation s'appuie sur des activités interactives et concrètes qui valorisent les expériences de vie, et prend en compte le fait qu'une grande partie des participants rencontre des difficultés de lecture et d'écriture.

La première session de formation dure trois jours avec pour contenu de développer les savoirs, savoir-être et savoir-faire relatifs aux risques sexuels : règles de fonctionnement du groupe, écoute active, acquisition de connaissances sur le corps humain, les méthodes de contraception, les infections sexuellement transmissibles dont le VIH/sida (idées reçues, approche culturelle, etc.). En fin de session, outre

des documents d'information, un premier stock de préservatifs est donné aux relais pour leur permettre de se familiariser avec ces moyens de prévention et d'en distribuer selon des règles précises.

La deuxième session de formation se déroule un mois plus tard ; elle inclut un travail autour des relations homme-femme (violences, majorité sexuelle, lois), des informations sur différentes pratiques traditionnelles (polygamie, mariages forcés, etc.), les pratiques sexuelles, les coutumes et traditions (usage de plantes, de stimulants et recours à des bains). En outre, les techniques de *counselling* sont traitées : empathie, non-jugement, congruence, regard positif, *empowerment*. Enfin, les actions de réduction des risques sexuels que souhaitait initier les relais communautaires sont débattues : animation de groupes de discussion, organisation d'une banque de préservatifs et de diverses manifestations, etc. En clôture, sont remis aux participants : une attestation de formation, une mallette d'échantillons de moyens de contraception, une mallette du préservatif féminin, un T-shirt et un deuxième stock de préservatifs pour alimenter la banque de distribution de préservatifs.

Avec le soutien et l'appui technique de l'Emips, ces personnes-relais élaborent une stratégie de communication pour impulser des actions de proximité ciblant les membres de leur communauté. Un suivi trimestriel individuel permet de faire remonter les difficultés rencontrées. Et un bilan à six mois (deux demi-journées) permet de traiter les difficultés rencontrées dans la réali-

sation des projets sur le terrain. Depuis 2007, soixante-quatorze relais communautaires ont été formés dans cinq communes, sur les deux rives de la vallée du Maroni. Deux d'entre elles, Grand Santi et Maripasoula, ont bénéficié de formations dès 2008 car elles présenteraient, selon le personnel des centres de santé, un taux d'infection au VIH extrêmement élevé. La proximité des chantiers d'orpaillage peut expliquer ce résultat. Prostitution cachée et maisons closes sont, en outre, très présentes à Maripasoula. 70 % des personnes recrutées ont suivi les deux sessions de formation. La participation des hommes a été faible (18 % des participants), essentiellement pour des raisons culturelles et économiques : le plus souvent transporteurs fluviaux ou

orpailleurs, ils ne peuvent se rendre disponibles.

Cinquante-trois relais communautaires

À ce jour, cinquante-trois relais communautaires – soit 67 % des relais formés – ont mis en place diverses actions de proximité visant à prévenir les risques sexuels : participation active à la programmation et à l'organisation de la Journée mondiale de lutte contre le sida, organisation de séances de discussion autour de la santé sexuelle, participation au forum artisanal de Maripasoula (2008 et 2009), intervention en binôme avec l'infirmière scolaire de Maripasoula auprès de collégiens, tenue de stands

d'information et de prévention pendant les fêtes.

Pour l'année 2008, douze mille préservatifs masculins et féminins ont été fournis gratuitement aux quinze points de distribution des relais de Maripasoula et Grand Santi. L'approvisionnement passe souvent par les centres de santé dont la pirogue remonte le fleuve deux fois par semaine. Le préservatif féminin commence à être bien accepté par les communautés, ce qui n'était pas acquis au début du programme.

Principale difficulté que rencontre le programme : le long du fleuve Maroni, les migrations de populations sont importantes. Les relais communautaires sont amenés à se déplacer selon les besoins de leur communauté. Parfois, ils se regroupent dans leur village d'origine pour des cérémonies, ce qui les oblige à quitter leur lieu de vie. Pendant ces périodes, ils ne peuvent donc pas mettre en place des actions communautaires.

Et maintenant? La formation des relais se poursuit et une nouvelle session est programmée dans la commune de Papaïchton fin 2009. Par ailleurs, certains secteurs trop éloignés des bourgs vont être inclus dans le programme, c'est notamment le cas de Providence (situé entre Apatou et Grand Santi) qui se trouve à plus de deux heures de pirogue du centre de santé. Les partenaires du Suriname préconisent l'extension du programme à d'autres zones, notamment celles où sont concentrés des villages amérindiens. Le programme a reçu un écho favorable auprès de la population du fleuve Maroni. Les groupes cibles et populations qui en bénéficient sont très demandeurs, contrairement au début de l'action où il a été parfois difficile de mobiliser les relais.

Pascal Sélé

Chargé du projet Emips.

IST : un document conçu pour être accessible aux populations

De mai à juillet 2008, Sarah Windle, chercheur américaine de l'université de Birmingham, a réalisé un outil imagé sur les IST pour répondre aux besoins de ce programme. Elle a d'abord récolté une grande quantité d'images susceptibles de correspondre aux attentes des relais communautaires : la plupart ne sachant ni lire ni écrire, il fallait trouver une formule qui puisse leur permettre d'interpréter des situations. Sarah Windle a ensuite testé ces images auprès des relais communautaires lors de leur formation et également auprès de communautés, avec la médiation d'un interprète bushinengué; ce test a été mené dans les quartiers prioritaires de la politique de la Ville de Saint-Laurent-du-Maroni, tels que les Sables blancs ou encore Paul Isnard. Enfin, les plaquettes imagées ont été validées par l'équipe du réseau Matoutou et ont été par la suite exploitées lors des sessions de formation de relais communautaires.

1. La Direction de la santé et du développement social (DSDS) de Guyane, le Programme national du sida au Suriname, l'association In'pact qui travaille sur la prévention des conduites addictives, le Mouvement français du planning familial (MFPF), le centre hospitalier de l'Ouest guyanais, le consulat du Suriname en Guyane, l'ambassade de France au Suriname, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), le Fonds de coopération régionale (FCR) pour la Guyane, Sidaction, etc.

Guyane : regards et paroles croisés contre le sida

La Guyane est le département français le plus fortement touché par l'épidémie de VIH/sida. Malgré des progrès indéniables depuis trente ans, l'épidémie se maintient à un niveau inquiétant, la découverte de la contamination demeure tardive, et nombre de personnes prises en charge vivent dans des conditions précaires. Pour lever le tabou sur la maladie et développer le dépistage et l'information, décideurs, autorités et leaders communautaires ont accepté de participer à une campagne d'information et de lutte contre la discrimination des personnes touchées, diffusée très largement à la télévision et dans d'autres médias.

Depuis les années 1980, les Antilles et la Guyane sont frappées par l'épidémie du VIH/sida. C'est en Guyane que la prévalence est la plus élevée parmi les départements d'outre-mer. Le nombre de personnes touchées n'a cessé de progresser et a constitué un défi face auquel le système de santé et la société toute entière ont été forcés de s'adapter. Trois décennies plus tard, malgré des progrès indéniables en matière de prévention, de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, de réduction significative de la transmission mère-enfant, la Guyane se trouve face à une épidémie généralisée qui touche toutes les communautés, qui tue encore et qui progresse toujours de façon inquiétante. Plus de 1 % des femmes enceintes en Guyane sont infectées par le VIH. Malgré une activité importante de dépistage, la découverte de la contamination s'effectue souvent à un stade tardif, le nombre de patients perdus de vue est important et par définition ne bénéficie pas de suivi ou de traitement; les prises de risques sexuels continuent...

Pourtant, le VIH/sida, que l'on nomme pudiquement « la maladie », reste tabou en Guyane et dans les Caraïbes françaises. Le secret et la honte, le manque de confidentialité rendent difficiles le dépistage et l'information du partenaire. À cela s'ajoute un discours sur l'épidémie, qui s'est construit sur l'image de l'étranger, principal vecteur du virus, favorisant ainsi

une relative indifférence. De plus, plus de la moitié des personnes prises en charge vivent dans des conditions sociales précaires.

Devant une telle épidémie, il est illusoire de demander aux seuls services de l'État, aux professionnels de santé et aux associations de lutte contre le sida de régler un problème qui touche la société entière. C'est donc, comme le souligne le Conseil national du sida dans son rapport de mars 2008 intitulé « L'épidémie à VIH en Guyane, un problème politique », à la société dans son ensemble de réagir face à ce fléau.

La nécessité d'une action politique audacieuse s'impose pour réduire la stigmatisation et l'isolement des personnes qui vivent avec le VIH. Les décideurs, les autorités religieuses, les leaders d'opinion, les leaders communautaires ont le pouvoir de relayer et d'amplifier des messages simples comme l'importance du dépistage, de la réduction des risques sexuels et de l'acceptation des personnes atteintes. Ils sont en position de toucher une partie de la population qui ne reçoit pas les messages de prévention ou qui ne se sent pas concernée.

Genèse du projet

« Guyane : regards et paroles croisés contre le sida » a pris naissance le 1^{er} décembre 2007, à l'initiative de Sida Info Service, porteur du projet. Cette action

visait à libérer la parole autour du VIH/sida en Guyane. Les passants étaient invités à se faire photographier (visage et buste) avec un message personnalisé écrit sur une ardoise. Les portraits ont été assemblés pour constituer une mosaïque d'hommes et de femmes porteurs de paroles fortes. Cette action s'est déroulée sur les lieux où le Collectif associatif 1^{er} décembre animait des actions d'information et de prévention (Saint-Georges de l'Oyapock et Cayenne). Cette action de proximité interactive a été extrêmement bien perçue. Une centaine de personnes d'origines différentes et de catégories sociales diverses s'est inscrite dans cette démarche. Leur implication était palpable, l'émotion réelle. Cette action relayée par les médias a fait l'objet d'un article sur un quotidien guyanais. Intitulé « Changer de regard sur les personnes séropositives », il était illustré de huit portraits de personnes ayant participé à la fresque. Parmi ces personnes se trouvaient des acteurs associatifs et communautaires mais également un chef d'établissement scolaire.

La publication de ces portraits a suscité beaucoup de commentaires tels que « *Mais je la connais cette personne, j'ignorais qu'elle était malade!* ». Comme le relate un acteur associatif très connu, « *je n'oublierai jamais ce jour-là où, dans les divers endroits où je me suis rendu, l'accueil était glacial, les regards fuyants. Une élue d'une*

C'est ainsi que pour la première fois en Guyane, les téléspectateurs ont découvert le 1^{er} décembre 2008 des leaders d'opinion, des élus et des religieux s'exprimer de façon audible, forte et sans ambiguïté sur la situation d'épidémie. Des voix qui révèlent leur proximité avec le VIH au sein de leur famille, ou bien la culpabilité de n'avoir pas été «à la hauteur». De multiples voix qui insistent sur l'importance de la prévention, du dépistage, de la lutte contre la stigmatisation des personnes atteintes; des voix qui rappellent que le VIH/sida nous concerne tous et qui clament «*Ensemble faisons reculer le sida*».

Déroulement de la campagne

Dans un second temps, la campagne de prévention 2008-2009 prévoyait la création de vingt-quatre spots d'une minute quarante, destinés à tout support de diffusion (TV, cinéma, radio, Internet), et une diffusion en plusieurs étapes.

Huit clips de prévention ont été tournés en 2008¹ et huit autres en 2009². Les huit premiers clips ont été diffusés fin 2008, lors de la journée du 1^{er} décembre, journée mondiale de lutte contre le sida, et au cours de ce mois. La diffusion de la campagne a néanmoins été perturbée par les mouvements sociaux en Guyane (24 novembre au 7 décembre 2008). En 2009, auront été diffusés la totalité des seize spots lors de la campagne de collecte de fonds de Sidaction.

La philosophie du projet :
– favoriser la libre expression des leaders d'opinion et des personnalités artistiques, sportives et médiatiques en s'appuyant sur leurs expériences personnelles face au VIH. Faire un choix : ne retenir que trois sujets, la prévention, le dépistage et la lutte contre l'exclusion des personnes atteintes. Chaque personnalité interviewée a reçu au préalable un guide d'entretien;
– prendre en compte la diversité de la population guyanaise (Amérindiens, Bushinengué, Haïtiens, Brésiliens, etc.) en sollicitant des personnalités issues de ces populations.

Avant chaque entretien, dans un souci de «respect identitaire», nous avons demandé à chaque personnalité dans quelle langue elle souhaitait s'exprimer. C'est ainsi que Madame Fabienne Mathurin-Brouard, maire de

Saint-Georges, a souhaité s'exprimer en créole et Monsieur Alain Tien Liong, président du conseil général, en français et en créole.

Ces clips ont mis en exergue la complexité des problématiques abordées, selon les territoires représentés, l'hétérogénéité de la population, les stratégies de communication à mettre en place, le rôle des élus et celui de l'Église dans la prévention, ainsi que le soutien aux personnes touchées. L'impact de ces interventions a été extrêmement fructueux pour tous. Cette action les a valorisés, leur a permis de jouer le rôle de déclencheur lors de prise de parole dans d'autres circonstances. Toutefois, nous devons rester vigilants et veiller à ce que cette prise de parole soit véritablement le fruit d'une prise de conscience collective avec les changements qui s'imposent.

Denyse Cassin

Déléguée régionale, Sida Info Service,
Chargée de mission VIH/sida,
Guyane Promo Santé (GPS), Cayenne.

municipalité a même évité de me faire la bise, me tendant ostensiblement la main. » Ces réactions traduisent les préjugés persistants sur le VIH/sida en Guyane. La prise de parole publique devient l'objet de supputation ou de rumeur sur l'état de santé de telle ou telle personne avec pour conséquence la stigmatisation et le silence...

Prise de parole des élites guyanaises

En 2008, la deuxième phase de ce projet était de susciter une mobilisation générale de lutte contre le VIH/sida en Guyane en impliquant, dans un premier temps, les leaders politiques et religieux puis des personnalités artistiques, sportives et médiatiques dans une lutte contre la discrimination des personnes touchées. Comme le souligne le rapport du CNS : «*La prise de parole des élites sur l'épidémie est la condition nécessaire à une réponse effective. Elles ont une responsabilité dans le changement du regard porté sur l'infection. Les leaders de la société civile, personnalités, entrepreneurs, élus, religieux, doivent selon leur position contribuer à la lutte contre la discrimination des personnes malades.*»

1. Leaders politiques et religieux interviewés en novembre 2008 : Chantal Bertelot, députée, Georges Patient, sénateur; les présidents du conseil général : Alain Tien Long et conseil régional : Antoine Karam, les maires représentés par Emilienne Poleon-Klébert, déléguée à la santé (Cayenne), René Monerville (Camopi), Fabienne Mathurin-Brouard (Saint-Georges) et l'évêque de Guyane : Monseigneur Emmanuel Lafont.

2. Leaders interviewés en janvier 2009, politiques : Léon Bertrand, maire de Saint-Laurent et élus locaux contre le sida; sportif : Bernard Lama; artistes : Chris Combette, Norma Claire, Viviane Emigré, Ray Neiman; personnalités du monde des médias : Tano Brassé, Fortuné Mécène. Diffusion des spots pendant le carnaval.

Pour en savoir plus

guyane@sida-info-service.org

Les spots en ligne : http://www.dailymotion.com/video/x7qjre_guyane-regards-et-paroles-croiss-co_news

Un DVD complet est en cours d'élaboration. Ce projet a été réalisé grâce au soutien du Groupement régional de santé publique (GRSP) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), en partenariat avec RFO.

La Réunion : état de santé des populations et pratiques de promotion de la santé

Peuplée depuis 1673 seulement, l'île de la Réunion a connu, ces cinquante dernières années, un bouleversement très rapide de ses modes de vie. Principal indicateur favorable, l'espérance de vie a considérablement progressé parallèlement aux progrès socio-sanitaires. Mais ce bouleversement sociétal a vu apparaître des « maladies de la civilisation » comme le diabète et l'obésité, et une consommation excessive d'alcool. La prévention et la promotion de la santé doivent prendre en compte la dualité d'un modèle biomédical occidental cohabitant avec le modèle réunionnais d'origine, soit deux systèmes opposés de représentation du corps et de la santé.

L'île de la Réunion sort exsangue du blocus imposé lors de la Seconde Guerre mondiale. Après la départementalisation en 1946¹, la situation s'améliore très lentement, tant sur le plan social qu'économique et démographique, mais aussi sur le plan épidémiologique. L'ancienne société de plantation était caractérisée par la présence de nombreuses maladies infectieuses ainsi que par une forte prévalence des affections d'origine parasitaire (1, 2). Des moyens en santé publique seront investis massivement dans les années 1960-1970, contribuant à l'élimination du paludisme autochtone en 1979. Actuellement, la Réunion affiche des indicateurs sanitaires proches de ceux des pays européens les plus développés.

L'objectif de cet article est de décrire, au vu de son histoire, l'évolution des pratiques en santé publique à la Réunion ainsi que celles de promotion et d'éducation à la santé.

Un changement rapide de la société

La Réunion était déserte jusqu'à l'établissement des premiers colons en 1673. Mais c'est avec l'introduction du café, en 1715, que les besoins en main-d'œuvre se font sentir et que l'esclavage se développe dans l'île (1). Ces mouvements d'immigration de grande ampleur contribuent à introduire dans l'île des maladies jusque-là

inconnues, telles que le paludisme, la variole ou la lèpre (3). C'est ainsi qu'en 1859, les passagers d'un bateau amenant dans l'île des immigrants sous contrat en provenance d'Afrique, vont être à l'origine de la première épidémie de choléra.

La Réunion reste lointaine, « oubliée » de la métropole, et durant la guerre 1914-1918, elle est complètement isolée. Le retour des démobilisés, en 1919, apportera la grippe espagnole qui causera plus de sept mille morts, sur environ 170 000 habitants, en un mois et demi (3). Aujourd'hui, c'est un tout autre visage qui se dessine et, avec plus de 800 000 habitants au 1^{er} janvier 2008 (4), la Réunion est devenue le département d'outre-mer le plus peuplé. On compte 313 habitants/km², mais 80 % de la population se concentrent sur les côtes littorales de l'île.

La société réunionnaise connaît encore aujourd'hui un fort dynamisme démographique, avec un accroissement de près de 2 % de la population par an, dû en partie à un solde naturel largement positif. Le nombre de naissances reste élevé et la Réunion enregistre un niveau de fécondité plus important qu'en métropole, notamment pour les moins de 20 ans. Du côté des indicateurs défavorables, il est à souligner une mortalité élevée, ainsi qu'un nombre plus important de naissances d'enfants prématurés et hypotrophes (5).

Les personnes de plus de 65 ans représentent actuellement 8 % de la population (16 % en métropole) et celles de plus de 75 ans 3,2 % (*vs* 8,4 %). L'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) prévoit dans les prochaines années une forte augmentation du nombre de personnes âgées dans la population, ce qui va conduire inéluctablement à davantage de pathologies associées à la sénescence.

Pour l'année 2006, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 80,9 ans pour les femmes et à 73,2 ans pour les hommes (respectivement de 84,2 ans et de 77,2 ans en métropole). L'écart avec la métropole est encore globalement important, de 3,7 ans (5,1 ans de moins en 1982) et la surmortalité masculine reste une caractéristique de la situation démographique de la Réunion. L'amélioration globale de l'espérance de vie peut être corrélée à la baisse continue, depuis les années 1970, de la mortalité infantile (5), bien que depuis les années 1990, celle-ci ait tendance à se stabiliser, voire à légèrement augmenter.

Depuis la départementalisation, la Réunion a donc connu de profondes mutations économiques et sociales, avec une amélioration de l'habitat, de l'hygiène, du niveau de scolarisation. D'une société fortement marquée par des structures rurales, la société réunionnaise est devenue une société de ser-

vices, dans laquelle prédomine un secteur d'emploi centré sur le tertiaire (4). La population active, de plus de 300 000 personnes, a été multipliée par quatre en cinquante ans; c'est l'un des facteurs explicatifs du maintien d'un taux de chômage particulièrement élevé. Bien qu'en diminution depuis 1998 – il était à l'époque de 38 % –, ce taux est de 24 % en 2007, ce qui est encore trois fois plus élevé qu'en métropole. Le PIB par habitant (4), malgré une croissance continue, demeure moitié moins élevé que celui de la métropole et, en 2006, un Réunionnais sur deux vit avec moins de 790 euros par mois (6).

Les indicateurs sociaux sont peu favorables : les données de l'Insee indiquent un taux d'illettrisme un peu plus du double de celui de la France, 23 % en 1997 et 22 % en 2007. On considère qu'il y a, aujourd'hui, à la Réunion, 100 000 analphabètes. Plus de 140 000 Réunionnais perçoivent au moins un des minima sociaux délivrés par la caisse d'allocations familiales. Ce contexte économique-social fragilise la société et notamment les jeunes qui sont les plus touchés par le chômage. Généralement peu diplômés, ils sont fréquemment condamnés à ne trouver que des emplois précaires.

Pratiques en santé publique

L'offre de soins est aujourd'hui performante. Au 1^{er} janvier 2008, l'île comptait dix-neuf établissements sanitaires dont quatre centres ou groupes hospitaliers (7). La capacité d'accueil en court séjour (plus de 2 000 lits installés en médecine, chirurgie, obstétrique) est néanmoins stable, voire en régression depuis quelques années, priorité étant donnée aux alternatives à l'hospitalisation, à l'accueil en moyen séjour, à l'amélioration de la prise en charge pour les personnes âgées. L'accès aux soins à la Réunion est d'un niveau correct. En ce qui concerne les professionnels de santé du secteur libéral, l'offre de soins est également en forte progression. À souligner qu'une proportion considérable de personnes (40 % de la population *vs* 6,7 % en métropole) est bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire.

Les maladies de l'appareil circulatoire (30 %) représentent la première cause de mortalité; elles apparaissent

beaucoup plus tôt qu'en métropole, dès 25-34 ans pour les hommes, et tuent trois fois plus (7). En effet, les maladies cardio-vasculaires (et métaboliques) représentent désormais à la Réunion – comme dans la plupart des pays développés – la prévalence la plus élevée en termes de morbidité et de mortalité, tant en raison de l'augmentation du nombre de personnes âgées que de la modification des comportements nutritionnels dus à l'amélioration des conditions de vie. Une enquête transversale (8), réalisée par l'Inserm entre 1999 et 2001, chez les personnes âgées de 30 à 69 ans, montre une prévalence du diabète de type II dit « sucré » de 18 % (11 % de diabétiques connus et 7 % de nouveaux diabètes dépistés), soit quatre fois plus qu'en métropole. Sachant qu'un diabétique sur deux meurt d'une cardiopathie ischémique (9) et que son risque de développer une maladie cardio-vasculaire est double, des interventions vigoureuses en termes de santé publique sont nécessaires pour maîtriser l'importance croissante de ces pathologies.

Les tumeurs arrivent en deuxième position (6) et concernent 21 % des décès. Les taux comparatifs, qui tiennent compte des différences de structure d'âge entre les deux populations (Réunion et métropole), indiquent néanmoins une sous-mortalité par tumeurs à la Réunion, sauf pour certaines d'entre elles, plus meurtrières qu'en métropole. Il s'agit du cancer de l'estomac et de l'œsophage (deux fois plus) et de celui des lèvres (+ 50 %). Pour les femmes, on note une surmortalité liée aux cancers du col de l'utérus (1,6 fois plus élevée qu'en métropole). L'incidence du cancer est en constante augmentation en partie en raison du vieillissement de la population, et l'importance des pathologies dues à l'alcool et du tabagisme aggravera la situation dans les années à venir (5). La Réunion est le département qui a le plus de décès en lien avec une consommation d'alcool² (10) et on meurt deux fois plus de maladies mentales (psychoses alcooliques) et de cirrhoses du foie à la Réunion qu'en métropole. Une enquête menée en 2000 dans les hôpitaux et en médecine libérale dans la France entière (11) a permis d'estimer le nombre de consommateurs excessifs et de per-

sonnes alcoolodépendantes, plaçant la Réunion en tête de toutes les régions françaises : 40 % des patients de sexe masculin hospitalisés ont des problèmes de santé dus à l'alcool contre 15 % en métropole. Le rhum tient toujours une place prépondérante, même s'il y a une augmentation progressive de la consommation de bière et, à un moindre degré, de vin (*voir l'article de Catherine Gaud et al. p. 35*).

Par ailleurs, la Réunion demeure soumise à une exposition permanente aux maladies vectorielles, comme l'a rappelé tristement la récente épidémie de chikungunya (3). La Réunion a été un foyer majeur de paludisme jusqu'en 1949, le paludisme constituant alors la principale cause de morbidité et de mortalité. Suite aux effets combinés des campagnes de lutte contre les moustiques vecteurs (disponibilité du DDT), de la chimioprophylaxie de masse (disponibilité de la chloroquine), de l'amélioration des conditions de vie et d'habitat, et, surtout, du maintien de ces interventions grâce au financement par l'État, des résultats spectaculaires ont été rapidement obtenus, ce qui a abouti à la certification par l'Organisation mondiale de la santé, en 1979, de l'élimination du paludisme autochtone à la Réunion. Depuis lors, un dispositif de surveillance épidémiologique et entomologique est mis en œuvre et régulièrement adapté.

La Réunion n'est pas épargnée par la dengue. Celle-ci a touché, en 1977-1978, un tiers de la population réunionnaise, soit environ 170 000 personnes. Un réseau sentinelle de surveillance de la grippe et de la dengue a été mis en place, en 1996, sur l'île par la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales et le conseil général.

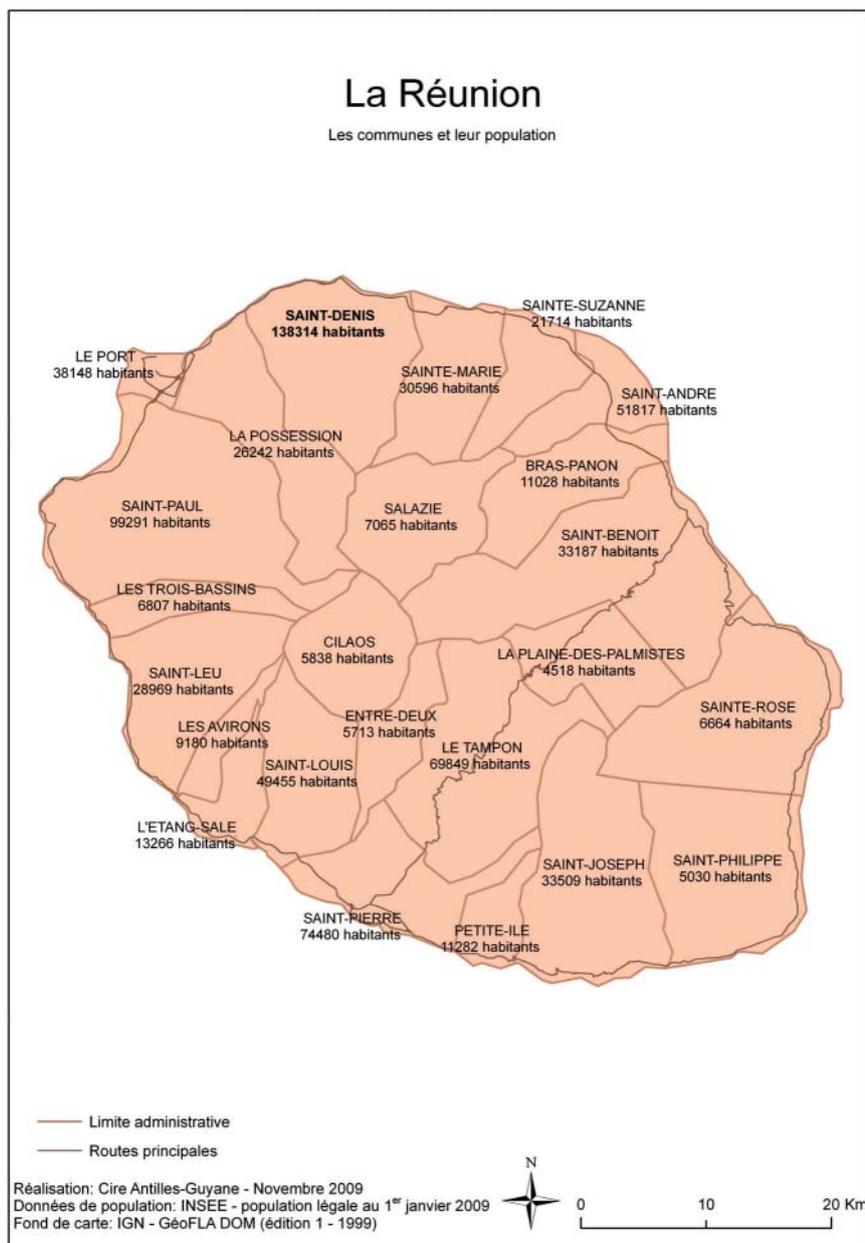
Enfin, en avril 2005, une épidémie d'arbovirose due au virus chikungunya transmis par des moustiques du genre *Aedes* a frappé la Réunion, concernant 40 % de la population. C'était la première fois que cet arbovirus était isolé dans l'île. Cette émergence de maladies arbovirales dans la région pose clairement la nécessité de l'élaboration d'une stratégie régionale d'information, de surveillance entomo-

épidémiologique, de prévention et de contrôle des infections liées aux vecteurs.

Pratiques de promotion et d'éducation à la santé

Dans ce champ, les choses évoluent rapidement. De la départementalisation en 1946 à la fin des années 1990, la seule culture reconnue et prise en compte dans les campagnes de prévention a été une culture « standard » métropolitaine, encore que dans la réalité, celle-ci n'existe pas en raison de la pluriculturalité présente dans l'Hexagone... Les campagnes de prévention mises en œuvre dans l'île étaient en fait des actions métropolitaines qui ne tenaient absolument pas compte du contexte local. Elles étaient généralement diffusées en langue française et, tout au plus pouvait-on parfois y trouver quelques mots en créole, histoire de donner un « vernis » un peu plus exotique aux actions menées. Ainsi, dans les années 1990, la campagne de prévention en faveur du petit déjeuner, largement diffusée dans les médias et dans les établissements scolaires, était entièrement en langue française, basée sur des normes alimentaires européennes qui ne tenaient pas compte des habitudes alimentaires locales pourtant fort différentes. Son impact, loin d'aller dans le sens des changements attendus au sein des familles (faire en sorte que tous les enfants prennent un petit déjeuner avant de partir à l'école) a été surtout visible au niveau des pratiques de consommation : elle a montré la perméabilité des consommateurs en termes de publicité, dans un contexte qui était à l'époque marqué par l'installation de la grande distribution et par le développement extrêmement rapide de la société de consommation.

Depuis une dizaine d'années, de nombreuses associations voient le jour dans le champ de la promotion de la santé et sont actives sur le terrain et dans les quartiers auprès des familles. Un effort notable de communication est également observable au travers de campagnes de prévention et d'information. L'intérêt des professionnels et des acteurs de la prévention pour la culture créole et le contexte de vie des Réunionnais semble croissant et motivé par un



désir de comprendre et d'améliorer les choses.

Deux représentations de la santé

En effet, comme le montrent les travaux menés en anthropologie médicale depuis plus de trente années à la Réunion, notamment par Jean Benoist (12), Patrice Cohen (13), Laurence Pourchez (14, 15) ou, plus récemment, Laurence Tibère (16), le contexte réunionnais, même s'il n'est pas unique ou totalement spécifique (certaines représentations similaires pourraient également être relevées en d'autres lieux, en métropole et ailleurs), se caractérise par la présence

conjointe dans l'île de deux systèmes de représentation du corps et de la santé. L'un est biomédical, occidental, l'autre est réunionnais et présent dans le milieu familial. Il relève d'une culture populaire héritée des siècles passés avec, par exemple, une forte influence de l'ancienne médecine des humeurs. Paradoxalement, il existe un héritage colonial important, un attrait toujours très présent pour tout ce qui vient de France et qui a en partie influencé la constitution des savoirs familiaux associés au corps et à la maladie, alors que, dans le même temps, ce « poids » de l'Hexagone, la forte valorisation de tout ce qui vient de la « Mère Patrie », sont aussi à l'ori-

gine d'une relative dévalorisation des savoirs familiaux.

Deux systèmes de pensée qui ne communiquent pas forcément entre eux sont alors en présence. De la même manière que l'on ne parle pas au médecin d'un certain nombre de choses, on ne parle pas à l'infirmière du collège ou du lycée. Il y a alors coexistence, sans communication, de deux systèmes. Et de ce fait, toute campagne de prévention qui ne prendrait en compte que l'un des systèmes (surtout le biomédical) serait vouée à l'échec. D'où l'importance d'actions de proximité, de sensibilisation, de prévention et d'information qui s'appuient sur les travaux anthropologiques déjà publiés. Non seulement cette prise de conscience est en cours mais les actions allant dans ce sens se développent : actions destinées aux adolescents (prévention des grossesses adolescentes) (voir l'article de Christine Catteau et al. p. 38), aux femmes

(violences conjugales), éducation à l'alimentation qui prend en compte les normes et coutumes locales pour la prévention de l'obésité infantile, etc.

Conclusions et perspectives

La société réunionnaise a connu une évolution « raccourcie » de ses indicateurs à l'échelle d'une génération, là où il avait fallu des décennies voire un siècle dans la plupart des pays européens. L'amélioration des conditions sociosanitaires à la Réunion permettant le recul des maladies infectieuses a toutefois favorisé l'émergence de nouveaux risques sanitaires, en particulier les maladies chroniques – dégénératives ou non – et les pathologies mentales liées en particulier à l'alcoolisme. Ce sont ces maladies de la civilisation – diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires, tumeurs, accidents – qui dominent maintenant. L'impact de l'alcoolisme reste considérable, il est à l'origine de nombreux passages à l'acte (suicide,

violence); on note également une prévalence élevée de l'asthme et des maladies respiratoires en général.

L'île de la Réunion, région française située en zone afro-tropicale, a connu d'importants progrès sociosanitaires grâce aux moyens importants consacrés par l'État. Toutefois, les conditions géoclimatiques et la proximité avec des pays où les risques sanitaires ne sont pas maîtrisés l'exposent à des infections, en particulier les maladies transmises par des vecteurs présents à la Réunion. Le contrôle de ces infections implique la mise en œuvre de stratégies régionales d'information, de surveillance et de prévention, qui s'appuient sur les connaissances du milieu culturel et du mode de vie des habitants. L'amélioration des conditions de vie aboutit actuellement à une surincidence de pathologies chroniques cardio-vasculaires et métaboliques. Le poids de ces pathologies, conjugué à l'augmentation de la population des personnes âgées de plus de 65 ans, entraîne des défis nouveaux pour lesquels les interventions paraissent en deçà de leur impact attendu, notamment financier.

Christine Catteau

Statisticienne régionale,

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de la Réunion, Saint-Denis,

Laurence Pourchez

Anthropologue, maître de conférences, HDR, département d'études créoles, université de la Réunion, Laboratoire LCF, CNRS, UMR 8143.

► Références bibliographiques

(1) Festy P., Hamon C. *Croissance et révolution démographiques à la Réunion*. Paris : Puf, Travaux & Documents, cahier de l'Ined n° 100, 1983 : 116 p.

(2) Catteau P., Catteau C. La révolution sanitaire et démographique dans le département de la Réunion. In : *Solidarité Santé*. Études statistiques, n° 2, mars-avril 1989.

(3) Catteau C., Sissoko D., Gauzere B., Aubry P. Situation et enjeux sanitaires à l'île de la Réunion en 2005. *Revue Med. Trop.* 2005 ; 65(6) : 515-24.

En ligne : http://www.revuemedecinetropicale.com/html/2005_65-6.html

(4) TER Insee, édition 2004-2005.

(5) Sandron F. (dir.). *La population réunionnaise. Analyse démographique*. Montpellier : IRD, coll. Hors collection, 2007 : 216 p.

(6) Statiss 2008, la Réunion, Drass.

(7) Insee. Diagnostic de la pauvreté à la Réunion. *Économie de La Réunion*, numéro spécial, n° 134, avril 2009 : 38 p.

(8) Papoz L., Favier F., Schawger J.C. « Étude Redia ». *Étude des facteurs cliniques et comportementaux liés au diabète et à son contrôle dans la population multiculturelle de la Réunion. Résultats principaux*. Inserm U500, Groupe hospitalier Sud Réunion, Centre hospitalier départemental, Faculté des sciences humaines de la Réunion, 2001.

(9) Prévot L. Prise en charge médicale du diabète à la Réunion. *Bulletin d'information du service médical*, n° 8, septembre 2003.

(10) Observatoire régional de la santé Réunion. *Tableau de bord sur les addictions à la Réunion*. ORS Réunion, 2008 : 36 p.

En ligne : http://www.orsrun.net/IMG/file/tableaux_bord/addictions_2008.pdf

(11) Catteau C., Galmiche A. *Enquête Alcool auprès des patients hospitalisés – La Réunion novembre 2000*. Drass, juillet 2002.

(12) Benoist J. *Anthropologie médicale en société créole*. Paris : Puf, coll. Les champs de la santé, 1993 : 286 p.

(13) Cohen P. *Le cari partagé. Anthropologie de l'alimentation à l'île de la Réunion*. Paris : Karthala, coll. Hommes et sociétés : anthropologie, 2000 : 368 p.

(14) Pourchez L. *Grossesse, naissance et petite enfance en société créole*. Paris : Karthala, 2002 : 424 p.

(15) Pourchez L. Comportements alimentaires, petite enfance et grande distribution : incorporation de nouvelles normes à l'île de la Réunion. *Journal des Anthropologues*, 2006, n° 106-107.

(16) Tibère L. *Alimentation et identités en situation multiculturelle. L'exemple de la Réunion*. À paraître.

1. Le département de la Réunion a été créé en 1946, avec le statut particulier de « département d'outre-mer ».

2. La consommation moyenne par habitant de plus de 20 ans est moindre à la Réunion (huit litres/habitant vs 11,7 litres en métropole) (10), mais on note la part importante de la population totalement abstinente (41 % vs 28 % en métropole).

Pratiques addictives à la Réunion : priorité à la prévention de l'alcool

L'alcoolisme est le problème numéro un en matière d'addiction à la Réunion. L'État, les collectivités territoriales, les professionnels, le rectorat et les associations viennent d'élaborer une politique régionale de prévention des conduites addictives, au premier rang desquelles se trouve l'alcool. Un partenariat à la hauteur du défi à relever. Au programme : communication vers le grand public, actions de prévention et renforcement de la prise en charge. Plus globalement, la prévention des comportements à risque est l'un des plus importants postes budgétaires du programme régional de santé publique.

« Il n'est pas de société sans drogue » et la Réunion ne fait pas exception à cet adage. La consommation de drogues, qu'elles soient licites (tabac, alcool) ou illicites (cannabis, médicaments sur ordonnance détournés de leur usage, opiacés et autres psychotropes), est ainsi une réalité sur l'île. Et comme partout ailleurs, le phénomène de poly-consommation y est présent.

L'objet de cet article est de décrire le contexte réunionnais vis-à-vis des addictions au travers des données épidémiologiques disponibles et des politiques régionales mises en œuvre pour lutter contre ces conduites à risques (1, 2).

Prépondérance de l'alcoolisme à la Réunion

L'alcoolisme à la Réunion est un problème majeur mais souvent considéré comme une fatalité dans une île productrice de rhum où la consommation massive et régulière est banalisée. Jusqu'aux années 1990, le rhum était le principal produit consommé représentant plus de 50 % de la quantité d'alcool pur consommée sur l'île (80 % dans les années 1930). Pendant longtemps, cette prééminence n'avait rien d'original tant la production de sucre et de rhum représentait l'essentiel de l'économie réunionnaise et que le prix du rhum défiait toute concurrence. Au fil des décennies, la consommation de rhum a reculé face à celle d'alcools bruns (whisky et vin) dans un premier temps, puis à celle de la bière (1). La

part du rhum dans l'ensemble des boissons alcoolisées déclarées mises à la consommation est passée de 70 % dans les années 1950 à environ 50 % dans les années 1970-1980, 30 % à la fin des années 1990 ; elle se stabilise à peine à plus de 25 % depuis 2000. En 2007, la part des différents types d'alcool apparaît d'ailleurs très équilibrée entre le rhum (27 %), le vin (26 %), la bière (26 %), les autres alcools forts (21 %) (3).

Avec plus de 62000 hectolitres d'alcool pur mis à la consommation en 2007, la quantité d'alcool pur suit une tendance globale à la hausse. Cette augmentation est particulièrement stimulée ces dernières années par la progression de la consommation de bières, produites localement ou importées (+141 % en une quinzaine d'années). Malgré un volume annuel en hausse, la quantité d'alcool pur par habitant reste inférieure à celle de la métropole : 10,5 litres par habitant de plus de 15 ans en 2007 contre 11,9 litres sur le continent en 2006. La Réunion est ainsi caractérisée par un réel paradoxe en matière d'alcoolisme : moins de consommateurs mais plus de buveurs excessifs.

L'impact de l'alcoolisme est important à la Réunion. Les conséquences sanitaires et judiciaires y sont fréquentes. L'alcool est très souvent incriminé dans des passages à l'acte, notamment dans les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes et aux mineures, les conduites délicieuses. Le syndrome d'alcoolisation

foetale (Saf) représente également une des préoccupations de santé publique. Par rapport à la métropole, la Réunion est caractérisée par une surmorbidity et une surmortalité : la mortalité régionale directement liée à l'alcool est supérieure de 70 % à la moyenne nationale. Chaque année, ce sont en moyenne deux cent quatre-vingt-dix Réunionnais qui meurent suite à des maladies directement imputables à l'alcool. En 2008, 30 % des accidents sur la voie publique sont liés à l'alcoolémie routière. Ces constats témoignent de la place prépondérante de l'alcool dans le domaine des addictions, soulignée par l'ensemble des acteurs concernés.

Drogues illicites : entre persistances et nouvelles tendances...

Même si la Réunion est très marquée par l'alcoolisme, bien d'autres produits sont consommés. À cet égard, tout en étant région ultra-périphérique de l'Europe, l'île ne fait pas exception par rapport aux autres pays européens par ses pratiques addictives : cannabis, usage détourné de médicaments sur ordonnance, polytoxicomanie et, dans une moindre mesure semble-t-il, cocaïne.

Comme en Europe, le cannabis est de loin le produit le plus expérimenté et le plus consommé parmi les Réunionnais, il est localement appelé « zamal »¹. L'image du zamal a évolué au fil des décennies : longtemps désapprouvé chez les jeunes, il s'est progres-

sivement diffusé à divers groupes de population (2, 4, 5). Selon les enquêtes réalisées en population générale, l'expérimentation du cannabis concernait 17 % de la population réunionnaise de 15 à 75 ans en 2003 contre 13 % en 1999 (31 % en métropole en 2005) (6, 7). Le cannabis est le produit le plus saisi sur l'île (18 kilos saisis par les douaniers en 2007, 32 kilos en 2006). Les interpellations d'usagers de cannabis ont encore été multipliées par deux entre 2006 et 2007 (trois cent dix-huit interpellations en 2007) (8).

De même, l'usage détourné de médicaments sur ordonnance constitue une préoccupation. Le concept du «rond», médicament sous forme de comprimé, quel qu'il soit (Artane®, Rohypnol®, Rivotril®, Valium® ou autres benzodiazépines), s'est développé selon leurs «modes» de prescription, leur accessibilité et leur disponibilité. L'Artane® est le médicament dont l'utilisation détournée est la plus ancienne, depuis les années 1970, et la plus importante jusqu'aux années 2000. Le Rivotril® est apparu ensuite comme le nouveau produit phare des médicaments détournés de leur usage.

Concernant les autres drogues illicites, leur consommation semble être moins répandue qu'en Europe mais l'évolution de certains indicateurs interroge sur leur plus grande disponibilité. Ainsi, si on regarde du côté des saisies, les prises de cocaïne, d'héroïne et d'ecstasy par les services douaniers restaient sporadiques il y a une quinzaine d'années. Depuis 2000, une augmentation et une diversification des saisies ont été constatées : héroïne, LSD, champignons, ecstasy, cocaïne, témoignant apparemment de leur disponibilité.

Du côté des consommateurs, la vision est nécessairement tronquée puisque basée principalement sur les usagers qui fréquentent les structures de soins. On peut ainsi noter une augmentation des recours aux soins et aux traitements de substitution aux opiacés, dont le niveau reste néanmoins en deçà de celui observé en métropole.

Selon les professionnels intervenant dans le champ des addictions, les pratiques d'injections seraient encore peu fréquentes. Les drogues injec-

tables concerneraient une population formée essentiellement de personnes ayant séjourné en métropole. Rares seraient les cas d'initiation à l'injection de produits psychoactifs sur l'île, selon les observations de terrain de début 2000 (4, 5).

La cocaïne est présente à la Réunion mais son usage semble encore réservé à des cercles d'initiés, appartenant à un milieu aisé et/ou festif. Il semblerait qu'elle ne soit pas encore «dan lo chemin» (dans la rue). L'ecstasy, importée de métropole, a fait son apparition il y a quelques années déjà, en même temps que débutait le phénomène «techno», c'est-à-dire à la fin des années 1990 (4, 5). Même si le niveau de consommation de ces produits illicites semble encore bas par rapport à l'Europe, la vigilance s'impose dans le contexte récemment évolutif de la zone océan Indien, d'autant que les échanges inter-îles sont monnaie courante. L'île Maurice, par exemple, connaît depuis 2003 une augmentation exponentielle des cas de VIH, dont la majorité de la file active est constituée d'usagers de drogues par voie intraveineuse. Aux Seychelles, la situation est devenue également préoccupante ces deux dernières années.

Présence de la polytoxicomanie

Comme en Europe, la polytoxicomanie constitue une pratique notable à la Réunion, avec l'alcool comme produit de base, principalement associé au cannabis et aux médicaments sur ordonnance détournés de leur usage. Le mélange des trois produits est communément appelé «trithérapie locale», ou «cercueil» et «cimetièr» par les jeunes.

Parmi les usagers ayant recours aux centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST), près des trois-quarts sont des polyconsommateurs (au moins deux produits dommageables observés), et plus de la moitié associe au moins trois produits, avec alcool et zamal comme produits de base aux mélanges (9).

Les addictions sans substance : terrain propice ?

Les jeux de hasard et d'argent sont des pratiques sociales et culturelles inscrites dans une histoire très ancienne des loisirs. Aujourd'hui, ils

tiennent une place importante dans la vie quotidienne, le temps libre ou festif. Alors que pour un grand nombre de personnes, ces jeux constituent une activité récréative, leur pratique peut être préjudiciable pour certains individus, avec des conséquences au niveau individuel, familial et socioprofessionnel. À l'image de ce qui se passe dans les autres départements d'outre-mer, également marqués par des indicateurs socio-économiques en décalage défavorable par rapport à la métropole, on observe à la Réunion un niveau de dépenses dans les jeux de tirage, de grattage, de loterie ou de courses de chevaux nettement plus élevé qu'en métropole. On y observe également une forte augmentation du nombre de demandes d'exclusion de casinos entre 2005 et 2007. Ainsi, en 2007, cent trente-cinq joueurs réunionnais ont demandé à être exclus des casinos estimant avoir un comportement à risque, compulsif, soit trois fois plus qu'en 2005.

Politiques régionales : prévention et prise en charge des addictions

Concernant la prise en charge des personnes en difficulté avec leurs conduites addictives, l'Agence régionale de l'hospitalisation, la caisse générale de Sécurité sociale et la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de la Réunion ont pris conscience de la nécessité de coordonner l'offre de soins. Ils ont impulsé les travaux en vue de l'élaboration d'un unique schéma régional d'addictologie, dont la publication est attendue fin 2009. Ainsi, le schéma ne sera pas seulement sanitaire mais couvrira aussi le secteur médico-social. Il déclinerait l'offre de prise en charge en fonction des besoins de chacun des trois territoires de santé de la Réunion, territoires définis par le schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération en cours (Sros 3). L'objectif est de développer et de mailler une offre de soins polyvalente, en vue d'apporter une réponse de proximité adaptée à la réalité des pratiques addictives observées dans chaque territoire, tout en respectant le libre choix des personnes.

Pour ce qui est de la politique régionale de prévention, les conduites addictives figurent comme une des

priorités inscrites au Programme régional de santé publique (PRSP), programme porté par le Groupement régional de santé publique (GRSP) et qui a fait l'objet récemment d'une évaluation de processus. L'enveloppe financière consacrée à la prévention des comportements à risque est l'une des plus importantes du programme. Les actions encouragées et financées jusqu'à présent par le GRSP concernaient principalement le milieu scolaire et accessoirement le milieu extrascolaire. Dans le milieu scolaire, des actions d'information et de sensibilisation se sont ainsi déroulées en cours moyen des écoles élémentaires, en classes de 6^e, 5^e et 4^e des collèges. En milieu extrascolaire, des animateurs ont mené des actions de prévention dans les espaces collectifs de loisirs de la ville de Saint-Denis.

Les principales faiblesses des actions engagées tiennent, d'une part, à leur absence de coordination sur le terrain – chaque opérateur déclinant son projet – et, d'autre part, à la difficile implication des parents qui sont à la fois les premiers et les permanents éducateurs de leurs enfants. Les difficultés de croiser leur parole avec celle des intervenants, pour arriver à une certaine prégnance du discours de prévention, semblent être multifactorielles : les horaires proposés ne correspondent pas à la disponibilité de certains parents; l'école n'est pas un lieu neutre pour d'autres qui ont vécu un parcours d'échec scolaire (le taux d'illettrisme est loin d'être marginal à la Réunion); la thématique abordée – conduites addictives – peut aussi renvoyer des parents à leurs propres comportements à risques.

De même que la nécessité du décloisonnement institutionnel parmi les financeurs, la nécessaire réflexion systémique doit prendre tout son sens en prévention et pas seulement en approche de prise en charge.

Concernant le décloisonnement institutionnel, le conseil régional de la Réunion, étant donné la gravité de la situation et bien que cela ne fasse pas partie de son champ de compétence, s'est également impliqué dans la lutte contre l'abus d'alcool. Il a instauré dès 2005, avec l'appui du préfet de région, un groupe de travail pluridisciplinaire

sur ce sujet, dont l'originalité résidait dans l'implication de tous les acteurs concernés (sous-préfet délégué à la Sécurité routière, Drass, CGSS, gendarmerie, service des douanes, police nationale, rectorat, conseillers régionaux, sénatrices, addictologues, associations, alcooliers, distributeurs, importateurs, etc.). Ce groupe de travail a notamment permis l'instauration d'une demi-journée de prévention – information pour toutes les classes de 5^e de l'île, une clarification des horaires de fermeture des boîtes de nuit et des bars, l'inscription, à la carte de tous les restaurants membres de l'Union des métiers et des industries de l'hôtellerie, de demi-bouteilles de vin et la possibilité de ramener les alcools non consommés à la maison, l'installation d'éthylotests dans toutes les boîtes de nuit de l'île. En 2009, le conseil régional a décidé de relever l'octroi de mer sur les alcools et de consacrer l'ensemble des ressources dégagées à la lutte contre l'abus d'alcool, en partenariat avec les acteurs concernés.

Dans la perspective de rassembler les différents financeurs potentiels autour d'un projet commun de santé publique pour la région Réunion, le chef de projet de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) a décidé de confier au conseil régional le pilotage du groupe Alcool et à la Drass celui du groupe dédié à la polytoxicomanie.

Faisant suite à cette décision et pour mettre en synergie les réflexions communes, les deux groupes ont fusionné en un seul et ont pour objectif de décliner la politique régionale de prévention des conduites addictives. Dès la première séance commune de travail, le 29 septembre 2009, au conseil régional, qui rassemblait aussi bien les élus, la préfecture de région, les services déconcentrés, le rectorat que les associations œuvrant dans le champ des addictions, il a été acté les principales orientations suivantes en matière de prévention :

- un programme bisannuel de communication grand public prenant en compte les particularités linguistiques et culturelles de la région;
- un programme coordonné d'actions de prévention en milieu scolaire, assurant l'équité d'accès à la prévention de l'école primaire au lycée, y compris les lycées d'enseignement professionnel;
- un programme coordonné d'actions de prévention en milieu extrascolaire, s'intéressant au milieu professionnel, au public du Régiment du service militaire adapté, au public 16-25 ans des missions locales, aux espaces collectifs de loisirs, etc.

Conclusions et perspectives

Dans le champ des addictions, comme pour les autres départements d'outre-mer, les particularités de la Réunion tiennent, d'une part, à son tissu socio-économique fragile exposant aux

► Références bibliographiques

(1) Conseil de la culture, de l'éducation et de l'environnement. *Alcoolisation et suralcoolisation à La Réunion*. Colloque des 10 et 11 juillet 1987. Région Réunion, mars 1988 : 131 p.

(2) *Du Programme régional de santé « alcool » au Programme de santé « addictions », six années de programmation à la Réunion. Programme régional de santé « Addictions »*. Drass : septembre 2002 : 49 p.

(3) *Tableau de bord sur les addictions à la Réunion*. ORS Réunion, octobre 2008 : 36 p.

(4) Roddier M., OFDT. *Tendances récentes et nouvelles drogues (Trend)*. Rapport de site Réunion 2003 dans le cadre du dispositif Trend. ORS Réunion, 2004 ; 44 p.

(5) Brissot A., OFDT. *Tendances récentes et nouvelles drogues (Trend)*. Rapport de site Réunion 2001 dans le cadre du dispositif Trend. ORS Réunion, 2002 : 41 p.

(6) Drass, département de la Réunion, caisse générale de Sécurité sociale. *Baromètre Toxicomanies 2003*. Institut Louis-Harris, décembre 2003, 80 p.

(7) Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.). *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 608 p.

(8) Dispositif Iliad. Site Internet de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (<http://www.ofdt.fr>).

(9) Rapports d'activité des Centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST), Anpaa 974, La Kaz'Oté!

(10) Beck F., Legleye S., Le Nezet O., Spilka S. *Tabac, alcool, cannabis moins consommés par les jeunes à la Réunion*. Économie de la Réunion, Insee, n°129, mars 2007 : 6 p.

prises de risques et, d'autre part, à son positionnement géographique. En effet, tout en étant région ultra-périphérique de l'Europe, dont elle est proche par les modes de consommation (alcool, cannabis, polytoxicomanie, usage détourné de médicaments, etc.) mais à des degrés variables selon les produits, la Réunion est également proche géographiquement des autres pays de l'océan Indien, dans lesquels la problématique de consommation et de circulation des produits illicites est désormais une réalité reconnue. Dans ce contexte marqué par le caractère évolutif des pratiques, les enjeux tiennent à étoffer le dispositif d'observation, l'offre de prise en charge et bien entendu de prévention dans une perspective globale et interministérielle.

Catherine Gaud

Vice-présidente du conseil régional de la Réunion, Saint-Denis,

Michelle Leveneur

Inspectrice,

Anh-Dao Nguyen

Médecin inspecteur de santé publique, direction régionale des Affaires sanitaires et sociales de la Réunion, Saint-Denis,

Monique Ricquebourg

Chargée d'études, Observatoire régional de la santé de la Réunion, Saint-Denis.

1. Le zamal (cannabis) aurait été introduit sur l'île au XIX^e siècle par les engagés hindous trouvant un terrain et un climat propices à son expansion. Initialement utilisé au cours des cérémonies rituelles, des fêtes et des activités de sorcellerie, à visée thérapeutique, le zamal faisait le plus souvent l'objet d'un troc jusque dans les années 1980; il n'avait aucune valeur marchande.

Enquête auprès des jeunes scolarisés

En 2006, dix ans après une précédente enquête en milieu scolaire, la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) et le Rectorat de la Réunion ont lancé une nouvelle enquête sur les attitudes et comportements des jeunes en matière de santé, et plus particulièrement sur leur consommation de tabac, alcool et drogues. Cette enquête intitulée Etadar a été publiée en avril 2009, *La Santé de l'homme* vous en présentera les principales conclusions dans une prochaine édition.

Prévention des grossesses précoces et des IVG chez les mineures à la Réunion

L'âge de la première grossesse est plus précoce à la Réunion qu'en métropole et aux Antilles, et le même constat peut être fait pour les interruptions volontaires de grossesse. Depuis 2008, un comité de pilotage régional a formalisé un Plan de prévention et d'accompagnement des grossesses précoces des mineures. Entre autres initiatives, des adultes-relais sont formés pour promouvoir, dans les établissements scolaires, des programmes d'éducation à la sexualité, en collaboration avec les partenaires du quartier.

À la Réunion, le nombre moyen d'enfants par femme a fortement diminué (1) et il est actuellement de 2,45. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), il devrait rejoindre à terme le chiffre de la métropole (deux enfants par femme). Cette chute des naissances concerne surtout les femmes de plus de 30 ans et, aux jeunes âges, les taux de fécondité restent élevés, la venue d'un enfant chez les jeunes filles mineures s'accompagnant le plus souvent d'un échec scolaire, d'une sortie du système scolaire et d'une entrée rapide dans la vie adulte (2). Pour les moins de 20 ans, le taux de fécondité est près de cinq fois plus élevé qu'en métropole. La part des conceptions¹ avant l'âge de 18 ans connaît une augmentation croissante à la Réunion depuis une dizaine d'années.

En 2007, on a recensé 4 539 IVG à la Réunion, nombre stable depuis une vingtaine d'années. Le nombre d'IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans est nettement supérieur à celui de métropole (21,3 vs 14,6 en 2006) (3). En 2007, 13,3 % des IVG réalisées ont concerné des femmes mineures. Cette proportion a progressivement augmenté, elle était de 5 % en 1987. Pour ces IVG pratiquées avant 18 ans, une sur

six concerne une très jeune fille, de moins de 15 ans. Cette augmentation est notamment intervenue depuis l'application de la loi du 4 juillet 2001 qui ne rend plus obligatoire l'autorisation parentale.

Les grossesses précoces à la Réunion et les IVG chez les mineures justifient donc la définition et la mise en œuvre d'une politique régionale de santé publique et d'action sociale (4). Cette priorité est inscrite dans le Plan régional de santé publique (PRSP) : il s'agit de «favoriser l'usage et l'accès à la contraception; diminuer le nombre de grossesses non désirées chez les mineures; diminuer le nombre d'interruptions volontaires de grossesse». La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, au travers notamment de son animation du Groupement régional de santé publique (GRSP), est le service responsable de cette action.

Sexualité et contraception

Selon les résultats de l'Enquête tabac, alcool, drogues à la Réunion (Etadar)² (5), la sexualité y est précoce : à partir de 16 ans, plus de la moitié des jeunes déclarent avoir déjà eu un rapport sexuel. Lors du premier rapport sexuel, le préservatif est le moyen de contraccep-

tion le plus fréquemment utilisé (80 %), mais 13,8 % (IC 95 % [9,55-17,7]) des adolescents de 14-15 ans sexuellement initiés déclarent n'avoir utilisé aucun moyen de contraception lors de leur dernier rapport sexuel.

Parmi les jeunes filles sexuellement actives, 10 % ont déclaré avoir déjà pratiqué une IVG et 42 % disent avoir utilisé la pilule du lendemain. À 14-15 ans, ce pourcentage est de 40 % (IC 95 % [32 %; 49 %]). Pour les jeunes filles de 15 ans en métropole, il est de 14 %. D'une manière générale, d'autres enquêtes qualitatives attribuent la sous-utilisation de la contraception chez les plus jeunes Réunionnaises non pas à une carence d'information et d'éducation sexuelle mais à une manière de s'affirmer socialement, essentiellement dans les milieux défavorisés et en situation d'échec scolaire. En conséquence, une meilleure maîtrise de la contraception chez les plus jeunes femmes et un accès plus large au marché de l'emploi devraient, *a priori*, prévenir ces grossesses précoces.

Prestige lié à la fécondité et à la maternité

Des récents travaux anthropologiques (6) montrent l'importance des représentations – parfois inconnues des professionnels – pour expliquer les comportements. Il ressort des entretiens menés par Laurence Pourchez que *«le prestige attaché à une descendance nombreuse demeure, et la naissance d'un bébé reste, selon une majorité de femmes interrogées, le but du mariage, sa raison d'être.»* La plupart des femmes mariées interrogées, quel que soit leur âge, considèrent la maternité en termes *«d'accomplissement, de concrétisation d'une union qui permet aux enfants de porter le nom de leur géniteur.»* Celles qui ne sont pas mariées désirent en majorité être mères, quitte à enfanter d'abord puis à se marier, la preuve de leur fertilité étant faite.

Par la naissance d'un enfant, l'homme et la femme déclarent souscrire une assurance pour l'avenir, pour leurs vieux jours : *«À la Réunion, les générations s'emboîtent les unes dans les autres, à la manière des poupées russes, enchâssement sans fin qui transcende la notion de mort. Car accepter qu'une famille reste sans descendance, c'est admettre l'idée d'une fin en soi, et l'importance des relations*

de parenté par lesquelles les enfants prolongent, en quelque sorte, la vie de leurs géniteurs est ici particulièrement prégnante.» Par ailleurs, l'existence physique du futur bébé n'est acceptée qu'à partir du moment où, formé, il devient fœtus : dans la plupart des témoignages, *«faire revenir ses règles»* n'est pas considéré comme un avortement. Cette pratique est plus ou moins assimilée à la récente pilule du lendemain et les femmes n'ont pas l'impression d'attenter à la vie d'un enfant.

L'origine du nombre important d'interruptions de grossesse serait donc davantage à rechercher dans les représentations populaires du début de la vie. Ainsi, la féminité est associée à la fécondité : être enceinte, même chez une très jeune fille, est une manière de s'affirmer en tant que femme dans un groupe social donné, en faisant abstraction des conséquences à venir en termes de précarisation. Nombre d'enquêtes attribuent la cause des grossesses précoces à l'ignorance des jeunes en matière de sexualité et le nombre important d'interruptions volontaires de grossesse en découlerait. Mais la fécondité élevée aux jeunes âges ne peut se résumer à un problème de grossesse non désirée. Chez certaines adolescentes, le désir d'avoir un enfant apparaît avec une grande intensité. Il s'agit de grossesses tout à fait désirées. On peut alors parler de véritable projet de vie. Pour ces jeunes adolescentes, être mère représente l'unique perspective d'insertion sociale. Concevoir un enfant est un moyen de conquérir un statut mais aussi d'avoir de la reconnaissance³. Une nouvelle enquête de l'Insee abordera cette problématique⁴.

Plan triennal de prévention

L'examen des conclusions de ces études en comité de pilotage a permis d'aboutir à un consensus sur les principales données :
– une forte augmentation des grossesses précoces tant en nombre qu'en proportion de l'ensemble des conceptions (toutes classes d'âge confondues), mais une hausse principalement alimentée par un recours plus important à l'IVG ;
– une bonne connaissance générale par les jeunes des moyens de contraception et un accès dès le collège à l'éducation sexuelle, mais une interrogation forte sur la maîtrise effective par les jeunes de leur contraception, ou plus vraisemblablement

d'une contraception adaptée à leur activité sexuelle, comme en témoigne la part des IVG dans les suites de conception chez les mineures ;
– une composante forte de représentations sociales et de perception de sa propre trajectoire sociale dans l'entrée, désirée ou acceptée, dans la maternité, et de fortes inégalités sociales ou éducatives dans l'exposition aux grossesses précoces.

Ces éléments ont justifié l'adoption d'un plan pluriannuel d'actions de prévention des grossesses précoces et d'accompagnement des mineures enceintes, sur trois ans, liant au travers d'une convention les différentes administrations et institutions compétentes : les services de l'État et de l'Éducation nationale, le département, la caisse d'allocations familiales, la caisse générale de sécurité sociale, l'agence régionale d'hospitalisation, l'association départementale des maires. Ce plan est articulé autour d'interventions en matière de prévention (éducation à la

sexualité), d'un accès effectif à la contraception et à la contraception d'urgence, d'une qualité des soins et de l'accompagnement socio-éducatif aux mineures enceintes et aux futurs pères.

Quatre principes sous-tendent ce plan :

– prendre appui sur les compétences et les outils des différentes institutions afin de les renforcer dans leurs interventions et de soutenir une action durable;

– relier la prévention en matière de sexualité et l'accompagnement socio-éducatif, voire sanitaire, des mineures;

– intégrer la question des rapports de genre, que ce soit dans la considération des rapports garçons/filles et de leur impact sur la maîtrise de la sexualité et de la contraception, ou dans la place reconnue ou attendue pour les futurs ou potentiels pères;

– tenir compte des inégalités sociales ou éducatives, qui sont un facteur de plus forte exposition aux grossesses précoces, et alors qu'il est constaté que tout programme de prévention se traduit dans un premier temps par un renforcement de ces écarts.

Soutenir la mission d'éducation à la sexualité en milieu scolaire

Définie par une circulaire de 2003, la mission de l'Éducation nationale est de délivrer une éducation sexuelle adaptée à chaque classe d'âge, tout au long de la scolarité, à raison au minimum de trois séances annuelles. Le rectorat de la Réunion s'est engagé dans un programme ambitieux de formation, dans chaque établissement scolaire, d'un groupe de professionnels en capacité d'animer des séances d'éducation à la sexualité, soit dans les classes, soit à l'occasion d'activités ou de programmes décidés en comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté de chaque établissement.

Le plan pluriannuel propose, outre la poursuite de cette action de qualification, l'élaboration d'un outil d'évaluation des activités d'éducation à la sexualité dans chaque établissement scolaire, la mise à disposition d'un matériel pédagogique adapté, et l'animation en véritable réseau des professionnels formés. De manière complémentaire, est également prévu un financement du GRSP aux associations intervenant en milieu scolaire; dix adultes-relais, spécifique-

ment formés à l'éducation à la sexualité et à la prévention, ont été déployés dans des établissements prioritaires au titre de la politique de la ville et volontaires pour s'engager, au-delà de la mission socle de l'Éducation nationale, dans la prévention des grossesses précoces.

Développer les actions de prévention dans le milieu extrascolaire

La prévention à l'égard des jeunes ne peut reposer uniquement sur l'Éducation nationale mais fait aussi appel aux parents et aux différents intervenants jeunesse; il est donc proposé, via l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps), de développer des modules de formation de «relais de prévention en matière de sexualité» dans le secteur de l'animation, des sports et des loisirs, très réactif à cette problématique, mais également de soutenir les parents dans leur rôle éducatif en réorientant les actions de soutien à la parentalité sur cette thématique.

Au-delà de la démultiplication des lieux et actions de prévention à l'égard des jeunes, l'objectif est de permettre, à chaque intervenant auprès des jeunes, de disposer des compétences nécessaires à une prévention informative, attentive aux représentations et comportements, et de pouvoir assurer une orientation vers les lieux ou professionnels ressources (travailleurs sociaux, professionnels de santé, centres de planification et d'éducation familiale, etc.). Plus généralement, que ce soit en milieu scolaire ou extrascolaire, l'attention est portée sur le développement de compétences en matière de prévention, tenant à la capacité de faire appel aux questions et discours des jeunes et à intégrer les éléments informatifs sur la sexualité et les méthodes de contraception dans une réflexion plus large sur les rapports humains, la responsabilité vis-à-vis de l'autre et de soi-même, et la capacité à faire et dire ses choix.

Renforcer l'accès effectif à la contraception

L'accès à la contraception repose sur les centres de planification et d'éducation familiale mais également sur les professionnels de santé et particulièrement les pharmaciens d'officine, ainsi que sur les infirmiers scolaires pour la délivrance des contraceptifs d'urgence. L'état des lieux réalisé en amont du

plan, en lien avec la stratégie d'action en matière de contraception adoptée par la direction générale de la Santé (DGS) en 2007, a permis de repérer les améliorations attendues: meilleure connaissance et accessibilité des centres de planning familial, accroissement de leur couverture médicale et extension de leur capacité de délivrance de contraceptifs, voire pratique des IVG médicamenteuses, effectivité et qualité de la délivrance de la contraception d'urgence en pharmacie, disponibilité des contraceptifs d'urgence dans les infirmeries scolaires.

Élargir l'accompagnement socio-éducatif des mineures enceintes, et des jeunes parents

La rapidité des signalements des mineures enceintes aux services de Protection maternelle et infantile est une condition d'un accompagnement socio-sanitaire réussi et d'un accès dans les délais à l'information sur le recours à une IVG. Au-delà, plusieurs actions doivent être menées pour permettre aux futurs parents de prendre conscience de leur responsabilité et faciliter, pour les mères, la reprise d'une scolarité ou d'études et une insertion professionnelle après la naissance (systèmes de garde adaptée, accès à l'orien-

► Références bibliographiques

- (1) Festy P., Hamon C. *Croissance et révolution démographiques à la Réunion*. Paris : Puf, Travaux & Documents, cahier de l'Ined n° 100, 1983 : 116 p.
- (2) Breton D. Natalité, fécondité et comportements reproductifs. In : Sandron F. (dir.). *La population réunionnaise. Analyse démographique*. Montpellier : IRD, coll. Hors collection, 2007 : 43-72.
- (3) Vilain A. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2006*. Drees : études et résultats n° 659, septembre 2008 : 5 p.
En ligne : www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er659.pdf
- (4) Billot E. *Note relative à la prévention des grossesses précoces et des IVG des mineures à la Réunion*. Drass, 26 novembre 2007.
- (5) Rectorat, Drass. *Enquête Tabac, Alcool, Drogues à la Réunion 2006-2007* (Etadar).
- (6) Pourchez L. *Grossesse, naissance et petite enfance en société créole*. Paris : Karthala, 2002 : 424 p.

tation scolaire ou à la formation, mobilisation de compétences d'accompagnement individuel pour les bénéficiaires de l'allocation de parent isolé).

Le plan pluriannuel s'inscrit dans les orientations nationales des politiques de santé – et en particulier la stratégie d'action en matière de contraception –, et dans les outils régionaux de pilotage (PRSP, plan régional d'éducation et de promotion de la santé)⁵. Chaque année, un comité de suivi permettra de faire le bilan des avancées et de proposer les réorientations nécessaires. La comparaison avec les actions et les résultats d'autres régions ultramarines ayant retenu cette priorité sera également une source d'amélioration des interventions.

Christine Catteau

Statisticienne régionale,

Étienne Billot

Responsable du pôle social,

Drass de la Réunion, Saint-Denis.

Des Ateliers santé-ville à la Réunion, pour réduire les inégalités de santé

Onze communes réunionnaises sont depuis peu dotées d'un Atelier santé-ville, dispositif de promotion de la santé des habitants et de réduction des inégalités. Dans ce cadre, des ateliers nutrition, des activités physiques, des actions de prévention de l'alcool et un accompagnement des publics sont notamment organisés. Les coordonnateurs de ces ateliers sont formés aux programmes de santé communautaire, pour développer la participation des habitants.

1. Les conceptions rassemblent à la fois les naissances vivantes et les IVG.

2. Enquête menée par les médecins et les infirmiers de santé scolaires sur 2006-2007, pour connaître les comportements des adolescents face au tabac, l'alcool, les drogues mais incluant aussi un volet connaissance des modes de vie face à la sexualité, aux violences et autres problèmes de santé. Échantillon de 4 680 individus âgés de 12 à 18 ans. Le questionnaire est inspiré de l'enquête Espad (OFDT).

3. Voir également sur le sujet des grossesses chez les adolescentes le n° 382 de La Santé de l'homme : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/382/05.htm> et <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/382/06.htm>

4. L'enquête Migrations, famille et vieillissement (Insee, Ined), octobre 2009 - février 2010, traitera notamment du désir d'enfant et de la « représentation et rôle de l'enfant pour de nombreuses jeunes Réunionnaises aujourd'hui en échec scolaire ou tout du moins dont l'espoir d'une insertion et d'un accomplissement par le travail est presque nul ».

5. Le plan fait appel aux compétences des différentes institutions parties prenantes, dans le sens d'un soutien et d'un renfort à leurs missions de droit commun ; il mobilise également des moyens complémentaires, en matière de politique de la ville notamment, afin de tenir compte des inégalités sociales et éducatives en jeu dans les grossesses précoces. Il promeut une approche étendue de la promotion de la santé, en inscrivant la prévention en matière de sexualité dans une démarche plus large de développement des compétences des acteurs locaux en matière de santé communautaire et d'une sensibilisation des jeunes à leurs responsabilités. Chaque axe d'intervention fait l'objet de propositions détaillées d'actions, suivies par des indicateurs chiffrés ; une part importante est consacrée aux études afin de disposer d'une analyse actualisée de la problématique, et notamment de ces enjeux sociaux, et de maintenir un haut niveau de partage de cette priorité entre les différentes institutions mobilisées.

Les Ateliers santé-ville (ASV) sont une initiative récente à la Réunion : en 2007, deux communes en étaient dotées. La Délégation régionale interministérielle à la ville (Driv) et la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) ont alors relancé le dispositif. À ce jour, onze communes¹ se sont dotées d'un ASV et deux autres² souhaitent le faire. Les communes concernées sont bien réparties sur l'ensemble de l'île, développant ainsi une véritable politique de promotion de la santé auprès de la population réunionnaise.

Des ASV pour quoi faire ? Ils articulent politique de la ville et politiques de santé, contribuant ainsi à réduire les inégalités territoriales de santé. Ces ateliers permettent en amont d'identifier les problèmes et de définir priorités et programmes d'intervention, en concertation avec les habitants. L'ASV est en premier lieu un espace de rencontre et d'échange entre les acteurs locaux des champs sanitaire, social et éducatif, et les habitants. Il améliore la cohérence et la lisibilité des actions destinées aux populations des territoires prioritaires de la politique de la ville.

Un pôle d'éducation santé

En parallèle du développement des ASV, un « pôle de compétence en éducation pour la santé » a été créé à la Réunion tout comme dans l'ensemble des territoires français³. Ce pôle est piloté par l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps). Or, l'une de ses missions est de favoriser l'accès à l'éducation pour la santé au moyen de démarches territorialisées, ce qui est le cas de la santé communautaire : les habitants devant occuper une place centrale au sein des ASV, les premiers coordonnateurs des ateliers ont bénéficié d'une formation organisée par le pôle de compétence intitulée : « Concevoir et animer un programme de santé communautaire ». Réalisée en 2007, en collaboration avec l'Institut Théophraste Renaudot, elle avait pour objectifs de :

- mieux appréhender le concept de santé communautaire dans son environnement actuel, ses origines, ses références théoriques et ses enjeux ;
- décoder la notion de « participation » des différents acteurs à un projet de santé communautaire (habitants, professionnels, institutionnels, élus) ;
- identifier les enjeux, les conditions,

les leviers et les freins à l'implication des acteurs ;

- connaître les méthodologies d'intervention communautaires et les outils associant l'ensemble des acteurs et notamment la population.

Ces formations sont d'autant plus utiles que coordonnateurs et communes ne priorisent pas la santé publique, notamment parce qu'elle ne fait pas partie de leurs compétences premières. En 2007, ces coordonnateurs d'ASV ont participé avec d'autres acteurs associatifs, institutionnels et élus, au premier séminaire sur « La santé communautaire : un enjeu de développement local ».

Pourquoi développer la santé communautaire à la Réunion ?

À la Réunion, la crise sanitaire du chikungunya a démontré que la mobilisation sociale peut jouer un rôle essentiel dans la maîtrise des déterminants de notre santé. La santé est aussi une affaire de citoyenneté. L'émergence d'actions communautaires dépend d'une prise de conscience collective des bénéficiaires qu'elles apportent. Ces projets de promotion de la santé à l'échelle locale nécessitent l'implication des élus, des habitants et des professionnels des champs sanitaires et sociaux ; ces acteurs constituent les leviers permettant d'initier de telles dynamiques locales de santé.

Formation en promotion de la santé

À la suite du bilan positif dressé à l'issue de la formation et du séminaire, le pôle de compétence, en collaboration avec la Drass, a renouvelé le cursus sur la santé communautaire en 2008 et en 2009, et mis en place de nouvelles formations sur les méthodologies d'enquête (diagnostic/évaluation) dans le champ de la promotion de la santé. Trois guides ont été élaborés et mis à la disposition des personnes formées : mener le diagnostic auprès des habitants ; auprès des professionnels ; aide à la structuration des ASV. Il s'agit d'étapes clés puisque du diagnostic découlent les actions ensuite mises en œuvre. Nombre de communes ont fait appel à un prestataire extérieur pour réaliser ce diagnostic mais elles en restent les maîtres d'œuvre. Et le pôle de compétence a apporté son soutien méthodologique aux communes qui ont réalisé elles-mêmes ce diagnostic.

Ateliers et accompagnement

La réalisation de ces diagnostics permet d'aboutir à la rédaction d'un plan local de santé publique dans lequel sont déclinées les actions prioritaires pour le territoire. Certains ASV, plus avancés dans la démarche, ont ainsi mis en place à destination de la population des actions en lien avec le PRSP. Parmi ces actions, des ateliers d'éducation nutritionnelle, des activités physiques et sportives de proximité, des actions d'accompagnement des publics les plus démunis notamment en prise avec l'alcool, thématique importante à la Réunion. Plusieurs ASV réfléchissent aussi à la mise en place d'actions sur la prévention des grossesses et des IVG chez les mineures (voir article de Christine Catteau p. 38).

Enfin, des rencontres régulières tripartites pôle de compétence/coordonnateurs de l'ASV/Drass ont permis de soutenir les coordonnateurs des ateliers dans la mise en place de leurs comités de pilotage et technique, pour le diagnostic puis l'élaboration du plan local de santé publique. Ces rencontres ont permis de créer un réseau entre les coordonnateurs qui peuvent ainsi coopérer, les anciens participant à la formation des nouveaux. Actuellement, des rencontres

régulières intitulées « K'fé communautaire », animées par le pôle de compétence, permettent à la Drass et aux professionnels de la promotion de la santé d'apporter leur expertise aux coordonnateurs des ASV.

Avoir des coordonnateurs et des élus sensibilisés à la promotion de la santé constitue un levier indispensable à cette démarche. Seul, un coordonnateur ne peut porter une politique de santé publique ; outre les élus, il collabore avec les autres services (centre communal d'action sociale, contrats urbains de cohésion sociale, etc.). Il doit mobiliser les acteurs ressources de son territoire (professionnels de la santé, du social, associations, etc.). Il doit faire le difficile lien entre des champs souvent cloisonnés (social, santé, éducation, animation). Devant la difficulté de cette mission, il apparaissait indispensable à la Drass et au pôle de compétence d'accompagner les porteurs de ces ASV. Cet accompagnement a enfin permis le développement d'une culture commune de la promotion de la santé dans les communes, lesquelles seront demain des interlocuteurs privilégiés de l'agence régionale de santé.

Blandine Bouvet

Directrice,
Instance régionale d'éducation
et de promotion de la santé
de la Réunion, Étang-Saint-Paul.

1. Saint-Joseph, Saint-Pierre, Saint-Louis, Saint-Leu, Saint-Paul, La Possession, Sainte-Marie, Sainte-Suzanne, Saint-André, Saint-Benoît, Bras Panon.

2. Trois-Bassins, Saint-Denis.

3. Les pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé et promotion de la santé sont des plateformes ressources qui fédèrent les compétences et ressources en éducation pour la santé. Ils contribuent au développement de l'éducation pour la santé/promotion de la santé en région et ont notamment comme mission d'améliorer la qualité des programmes et des actions mises en place localement en proposant les services suivants : conseil en méthodologie de projets, appui documentaire, formation en ingénierie de formation en éducation pour la santé/promotion de la santé, analyse d'outils d'intervention. Ils constituent aussi des lieux d'échanges de pratiques et de rencontres intersectorielles pour les acteurs associatifs et institutionnels de la région.

La Réunion : mobilisation communautaire contre les moustiques

Deux week-ends par an, l'opération « Kass'Moustik » sensibilise la population réunionnaise aux gestes préventifs pour empêcher la propagation des moustiques responsables de la dengue et du chikungunya. Au programme : visites chez l'habitant, stands d'information, nettoyages collectifs des ravines. L'évaluation de cette opération montre que le niveau d'information de la population s'en est trouvé amélioré. Mais beaucoup reste à faire, puisque plus d'un quart de la population n'attribue pas aux moustiques les maladies vectorielles que sont la dengue et le chikungunya.

Les deux principales maladies vectorielles rencontrées à la Réunion sont le chikungunya et la dengue, transmis par les moustiques. La lutte contre les moustiques urbains est relativement récente sur l'île, les premières campagnes d'information ont été réalisées en 2004, suite à l'apparition de cas de dengue. Le dispositif de lutte est piloté par le service de lutte anti-vectorielle de la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass), l'information des populations en est un volet majeur. L'épidémie de chikungunya sans précédent qui a touché la Réunion en 2005-2006 a conduit les autorités sanitaires à progressivement inclure la mobilisation sociale dans sa stratégie de lutte dite intégrée, en utilisant la méthodologie « Combi, communication pour un impact comportemental » recommandée par l'OMS et les principes de la Charte d'Ottawa.

Éliminer les gîtes larvaires

L'opération Kass'Moustik (KM), lancée en octobre 2006 pendant l'épidémie de chikungunya par des chercheurs, des associations ainsi que d'autres partenaires (conseil général, conseil régional, Caisse des allocations familiales, rectorat) est coordonnée par la Drass. Il s'agit d'un grand week-end de mobilisation sociale qui a lieu deux fois par an, en début mais aussi en fin d'été austral, période où la densité de moustiques est la plus importante.

L'objectif est de promouvoir l'adoption des bons gestes d'élimination des

gîtes larvaires, grâce à des actions individuelles et collectives. En effet, les moustiques, et en particulier l'*Aedes albopictus*, pondent et se multiplient principalement autour des habitations, dans les cours et les jardins, dans tous les points d'eau stagnante (soucoupes, récipients oubliés, déchets, etc.). Le repérage et l'élimination régulière de ces gîtes larvaires – au moins une fois par semaine – par chaque Réunionnais autour de son habitation est l'un des moyens les plus efficaces pour freiner la prolifération des moustiques et ainsi se protéger des maladies qu'ils peuvent transmettre. Parmi les fers de lance de cette opération, des « relais d'information », bénévoles et/ou agents des collectivités sont formés par la Drass et interviennent auprès des habitants. Au total, quarante associations sont partenaires de Kass'Moustik.

Visites chez l'habitant

Dans ce cadre, les associations et les communes organisent différents types d'actions de sensibilisation et d'information de la population :

- des visites chez l'habitant ont pour objectif de repérer et détruire les gîtes larvaires, et d'informer sur le mode de transmission des maladies vectorielles et les risques d'introduction persistants dans l'île ;
- des stands d'information où les particuliers sont invités à observer les moustiques à différents stades de leur développement, à poser des questions et à repartir avec des documents d'information sur les maladies, les gestes

de lutte et de protection contre les moustiques, ainsi que des conseils sur les moyens de protection contre le paludisme lors des voyages ;

- des nettoyages collectifs des ravines ou des quartiers ont pour objectif d'établir le lien entre déchets et prolifération vectorielle.

Le niveau de connaissance s'améliore...

Après cinq éditions de cette opération, le service de lutte anti-vectorielle a souhaité évaluer cette action au travers, d'une part, de la mesure de la notoriété de cette action et, d'autre part, de l'évaluation des connaissances de la population sur le mode de transmission des deux maladies vectorielles et sur les



gestes de lutte contre le moustique. Cette étude de l'opération Kass'Moustik a été réalisée sur dix-neuf communes à l'aide d'un outil de promotion de santé suisse¹ avant et après la 6^e édition qui s'est déroulée les 24 et 25 avril 2009².

Voici les principaux résultats de cette évaluation : l'opération est relativement bien mémorisée puisque 63% des Réunionnais déclarent la connaître, dont 30% peuvent en citer l'objectif. La télévision (61%), la radio (45%) et la presse (22%) sont les principales sources d'information³. Le degré de connaissance du mode de transmission des maladies et des gestes de lutte contre le moustique par la population est corrélé à la connaissance de cette opération. Ainsi, 75% de la sous-population connaissant l'opération identifient le moustique comme mode de transmission unique du chikungunya et de la dengue, contre 65% de la population ne la connaissant pas. La comparaison des réponses des personnes ayant connaissance de KM avant et après la 6^e édition montre une

augmentation significative des connaissances d'au moins trois gestes de lutte (+13,5%) et de la connaissance du mode de transmission du chikungunya et de la dengue (+2%).

...mais un déficit d'information subsiste

Toutefois, cette évaluation souligne aussi que beaucoup reste à faire : ainsi 25 à 35% des Réunionnais pensent que la dengue et le chikungunya ne sont pas transmis par le moustique. Ce résultat incite à orienter davantage les messages d'information sur le mode d'introduction et de transmission des maladies vectorielles : la 7^e édition de Kass'Moustik en novembre 2009 ainsi que des spots radio diffusés fin 2009, ont été centrés sur cette thématique.

Cette étude est une première étape dans l'évaluation des actions de mobilisation mises en place au sein du service de lutte anti-vectorielle. L'évaluation d'autres aspects de l'opération Kass'Moustik (étude du partenariat),

ainsi que celle d'autres actions comme les interventions pédagogiques dans les centres aérés sont en cours.

Gaëlle Fohr

Chargée de mobilisation sociale,
responsable adjoint,

Isabelle Guille

Adjoint sanitaire,

Jean Sébastien Dehecq

Entomologiste,

Flore Poli

Chargée de communication,

Marie Bavielle

Responsable, service de lutte anti-vectorielle,
Drass de la Réunion.

1. *Promotion Santé Suisse*. Guide de catégorisation des résultats, institut universitaire de médecine sociale et préventive.

2. *Plusieurs sources de données ont été utilisées : des questionnaires administrés par les agents du service lors de leur mission de terrain, des rapports d'évaluation post-formation et des données générales recueillies par le service de lutte anti-vectorielle. 1 034 questionnaires (93% des questionnaires réalisés) ont pu être exploités dont 441 administrés avant KM sur 14 communes et 593 après KM sur 19 communes.*

3. *Plusieurs réponses pouvaient être citées.*

La santé publique, un défi pour Mayotte, futur cinquième Dom

L'île de Mayotte, collectivité d'outre-mer française, deviendra un département d'outre-mer en 2011. Ce territoire présente plusieurs défis à relever en matière de santé publique : difficultés d'accès aux soins pour les personnes sans titre de séjour du fait d'une forte pression migratoire, une partie importante de la population en situation précaire, une incidence accrue du diabète, un taux élevé d'IVG et de grossesses précoces. Le territoire s'organise peu à peu pour mettre en place un dispositif de prévention et de promotion de la santé.

Mayotte est une collectivité d'outre-mer française, elle fait partie de l'archipel des Comores situé au nord-ouest de Madagascar. Suite au référendum du 29 mars 2009, elle deviendra un département d'outre-mer en 2011. La religion, la culture, les traditions et les conditions de vie (eau potable, électricité, etc.) sont des facteurs déterminants de la santé de la société mahoraise. Ainsi,

il existe des comportements et/ou représentations de la santé et du bien-être importants à prendre en compte avant de réaliser des actions de promotion de la santé sur ce territoire.

L'île de Mayotte : pression migratoire

L'île de Mayotte connaît une forte immigration illégale puisque de nom-

breux Comoriens, Anjouanais et Africains arrivent sur ce territoire pour y résider. La population mahoraise estimée par l'Insee, en 2006, était de 191 000 habitants, dont 34% seraient immigrés. Il y a donc une forte pression migratoire sur ce territoire d'outre-mer qui s'explique à la fois par sa situation géographique, politique et sociale. En effet, les conditions maté-

rielles de vie sont favorables et elles encouragent la population en provenance des autres îles (Comores, Anjouan, Madagascar) et d'Afrique des Grands Lacs à venir vivre à Mayotte. C'est un aspect à prendre en compte par les politiques de santé locales car cela conduit notamment à des difficultés d'accès aux soins et à un engorgement du système de santé.

La population fait face à plusieurs problématiques importantes de santé.

La nutrition et le diabète

Les résultats préliminaires de la première enquête sur la prévalence du diabète de type II à Mayotte (Maydia) montrent que 10% de la population sont touchés. L'étude montre aussi que :

- une personne sur dix est diabétique après l'âge de 30 ans, et une sur cinq entre 60 et 70 ans ;
- le diabète est deux fois plus fréquent chez les personnes nées à Mayotte que chez celles nées aux Comores ;
- plus d'une personne diabétique sur deux ignore sa maladie.

Déjà, en 2006, les résultats de l'enquête Nutrimay confirmaient le contexte de transition nutritionnelle de Mayotte, avec la coexistence de situations de carence chez les enfants et de surpoids et d'obésité chez les adultes, en particulier chez les femmes. En effet, selon cette étude, 28,1 % des femmes étaient en surpoids ($25,0 \geq \text{IMC} < 30$), 27,4 % obèses ($30,0 \geq \text{IMC}$) et 56,3 % présentaient un niveau d'activité physique faible selon les critères de l'Ipaq (*International physical activity questionnaire*). Parmi les hommes, 24,8 % étaient en surpoids et 7,6 % obèses. Parmi les axes de travail préconisés par l'étude Maydia, la prévention, le dépistage et l'offre de soins sont pris en amont.

Les accidents domestiques

Par accidents domestiques, on désigne les accidents se produisant à la maison ou dans ses abords immédiats. Au premier rang des victimes d'accident domestique, on trouve les enfants et les personnes âgées. Chute, intoxication avec un produit ménager ou une plante, brûlures, etc., les causes sont nombreuses car la maison présente de multiples pièges pour les petits ! Les causes associées à cette situation peuvent être :

- l'habitat précaire sans lieu spécifique pour cuisiner ;
- le moyen de cuisson non sécurisé, la cuisine à même le sol ;
- la non-surveillance des enfants par les parents.

La brûlure reste l'accident le plus fréquemment rencontré au Centre hospitalier de Mayotte (CHM), avec des cas de plus en plus graves. Et de plus en plus d'enfants en bas âge sont accueillis dans le service de réanimation. En 2005, suite au nombre important d'enfants admis dans le service des brûlés du CHM, un comité de pilotage a été créé pour élaborer un projet destiné aux parents et à l'entourage. L'objectif était de faire prendre conscience des comportements à risques. La cuisine, dans les familles mahoraises, se fait dans la plupart des cas à même le sol, à l'intérieur de la maison, parfois dans la véranda. Le foyer de cuisson n'est pas toujours protégé et, souvent, les marmites chauffent sur un feu à pétrole.

Les addictions chez les jeunes Mahorais

Les jeunes de Mayotte ont un comportement spécifique envers l'alcool et le tabac, du fait de leur environnement social, culturel et religieux. Pour l'alcool, il existe une continuité entre la consommation à faible risque et la dépendance sévère dans la mesure où, dès qu'un jeune commence à boire de l'alcool, il devient un consommateur à problème (l'avant-dernier palier de la Pyramide de Skinner, le dernier étant la dépendance). Il ressort d'une enquête de 2003 sur les produits psycho-actifs chez les jeunes, que 36 % des jeunes buveurs déclarent boire sept verres et plus lorsqu'ils s'alcoolisent. Ce phénomène s'explique entre autres par le fait qu'étant interdite par la religion musulmane (majoritaire à 96 %), la consommation de l'alcool ne se fait pas en famille. Ainsi, le jeune ne sait pas ce qu'est une consommation à faible risque. Le développement social, culturel et économique de l'île engendre une libération des mœurs qui fait que le nombre de jeunes qui boivent de l'alcool ne cesse d'augmenter. Et la quasi-totalité d'entre eux sont des polyconsommateurs puisqu'ils prennent aussi d'autres produits tels que le tabac et le « bangué » (herbe, équivalent du cannabis).

Les IVG et les grossesses chez les mineures

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG), tout comme le nombre de grossesses chez les mineures, est en augmentation. Il y a eu 861 IVG en 2004 et 963 en 2005¹, à noter que l'IVG est légale à Mayotte depuis 1990. Selon les professionnels, le recours à l'IVG s'explique par de multiples raisons incluant la suivante : avoir un enfant et/ou des relations sexuelles hors mariage n'est pas accepté par la société et conduirait une jeune femme à être exclue de sa famille et mal perçue par son entourage et la communauté.

Aujourd'hui, les mineurs, filles et garçons, ont des relations sexuelles de plus en plus jeunes et le nombre de grossesses de cette tranche de la population augmente. Le défaut de protection et/ou les représentations autour de la conception d'un enfant expliquent notamment ce phénomène. Auparavant, les coutumes et la religion avaient un impact sur le comportement sexuel des jeunes mais aujourd'hui cette influence est de moins en moins importante.

Il existe peu d'associations travaillant sur la santé à Mayotte. Néanmoins, un réseau informel existe entre les institutions (le conseil général, la DASS, les communes, l'Éducation nationale) et les associations locales. Jusqu'à présent, c'était l'Instance régionale d'éducation et de la promotion de la santé (Ireps) – anciennement Comité territorial d'éducation pour la santé (Cotes) – de Mayotte qui assurait les actions de terrain. L'évolution des missions de l'Ireps (développement de la formation, du conseil méthodologique, du centre de ressources) permettra à l'avenir l'émergence d'acteurs dans le champ de la promotion de la santé. Les enjeux de l'éducation pour la santé à Mayotte sont importants au regard du faible nombre d'associations et des problématiques grandissantes.

Kartoibi Azida

Directeur de l'Ireps Mayotte,

Honorine Bernard

Chargée de projet, Ireps Réunion.

1. *Activité hospitalière, Insee Mayotte.*

Pour en savoir plus

La bibliographie présentée dans cette rubrique propose plusieurs entrées illustrant les articles de ce dossier (et du dossier du n° 403 de *La Santé de l'homme consacré à la Martinique et la Guadeloupe*): tout d'abord, des références sur les modes de vie et sur les inégalités sociales et de santé; puis des références autour des sujets de santé abordés (alimentation, VIH, dengue, chlordécone, etc.) proposant à la fois les données statistiques, des pistes de réflexion et des plans d'action.

La partie suivante, Sites Internet et organismes ressources, décline une sélection de sites apportant une meilleure connaissance sur la santé dans les départements d'outre-mer, des organismes publics de statistiques et des acteurs de l'éducation pour la santé.

Les adresses des sites Internet ont été consultées et vérifiées le 28/09/2009.

Bibliographie

• Moutoussamy B. *Guide de la documentation. Santé publique et éducation pour la santé. Région Guadeloupe*. Basse-Terre: Coges, 2007 : 67 p.

Mode de vie

• Cornely V. ORS de Guadeloupe. *Maternité Consciente. Pointe-à-Pitre. Les femmes en Guadeloupe*. Basse-Terre : Orsag, 2008 : 6 p.

• Directions de la santé et du développement social de Guadeloupe, Guyane et Martinique. *Étude des modes de vie des adolescents aux Antilles-Guyane*. 2009 : 304 p. En ligne : http://www.martinique.sante.gouv.fr/documents/accueil/statistiques/rapport_ados_v3def2009.pdf

• Galap J. Stratégies identitaires des Antillais en milieu interculturel. *Migrations Santé*, 2003, n°s 115-116 : p. 111-138.

Inégalités sociales et de santé

• Plantet J. Ile de la Réunion : une difficile réalité sociale. Dossier. *Lien social*, 2009, n° 925 : p. 10-15.

• Pitot S. ORS de Guadeloupe. *Approche de la pauvreté en Guadeloupe dans le cadre de la journée mondiale du refus de la misère*. Basse-Terre : Orsag, 2008 : 6 p.

• Observatoire régional de la santé de la Réunion. Coordination de l'Observation des études sanitaires et sociales. *Tableau de bord de la précarité à la Réunion*. Saint-Denis : ORS Réunion, 2008 : 76 p.

• Forgeot G., Cynthia Celma C. Les inégalités aux Antilles-Guyane : dix ans d'évolution. *Insee Antilles-Guyane*, 2009 : 31 p. En ligne : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/guyane/themes/etudes_detaillees/inegalitesAG/inegalitesAG.pdf

• Trugeon A., Fontaine D., Lemery B. Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé.

Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton. Paris : Masson, 2006 : 176 p.

• Conseil économique, social et environnemental. *L'offre de santé dans les collectivités ultramarines*. Rapport présenté par Mme J. André-Cormier. Paris : Éditions des journaux officiels. Avis et rapports du Conseil économique et social n° 20, 2009 : 184 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapportspublics/094000306/index.shtml>

Comportements alimentaires

• Assier de Pompignan F., Riocreux C., Flechelles S., et al. Prévalence de l'obésité du jeune enfant de 5-6 ans en Martinique (département français d'Amérique) en 2003. *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 2006, vol. 54, n° 3, p. 279-282.

• Aucagos J.-F. *Attitudes et pratiques des médecins généralistes face à l'obésité de l'adulte en Guadeloupe*. Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine. Bordeaux : université de Bordeaux 2, 2006 : 107 p.

• Bouvet B., Made F., Foubert R. La Réunion : un classeur pédagogique pour aider à manger équilibré. *La Santé de l'homme*, 2008, n° 396 : p. 42-43.

• Merle B., Deschamps V., Merle S., et al. *Enquête sur la santé et les comportements alimentaires en Martinique (Escal 2003-2004). Résultats du volet « consommations alimentaires et apports nutritionnels »*. Saint-Maurice : InVS, 2008 : 34 p.

• Observatoire régional de la santé de Guadeloupe, conseil général de la Guadeloupe, Sécurité sociale de la Guadeloupe, direction de la santé et du développement social de Guadeloupe. *Hygiène de vie et habitudes alimentaires dans une région de la Guadeloupe : le Sud Basse-Terre en 2005 : surcharge pondérale, activité physique et habitudes alimentaires*, 2006 : 23 p.

Maladies infectieuses

• Balleydier E., D'Ortenzio E., Renault P. *Épidémiologie de la dengue à la Réunion. Bilan d'une année de surveillance, 2007*. Saint-Maurice : InVS, 2008 : 15 p.

• Institut de veille sanitaire, ministère de la Santé et des Solidarités, direction régionale des affaires sanitaires et sociales de la Réunion, cellule interrégionale d'épidémiologie Réunion-Mayotte. *Surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et parasitaires à la Réunion. Détermination et hiérarchisation des priorités par les professionnels de santé*. Avril-juillet 2004. Saint-Maurice : InVS, 2007 : 42 p. En ligne : http://www.invs.sante.fr/publication/s/2007/maladies_reunion/rapport_maladies_reunion.pdf

• Malon A., Chaud P., Gustave J. *Épidémie de dengue à Saint-Martin (Guadeloupe)*. Rapport d'investigation. Saint-Maurice : InVS, 2004 : 36 p.

En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2004/dengue_guadeloupe/dengue.pdf

• Matterna M.-H., Vernerey M., Quatresous I. Inspection générale des affaires sociales. Institut de veille sanitaire. *L'épidémie de dengue survenue en 2006 en Guyane : mission d'appui*. Paris : Igas, coll. Rapport Igas, 2006 : 63 p.

En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/dengue_guyane/index.html

Dépendances

De nombreuses données sont disponibles sur le site des ORS locaux (voir Sites Internet ci-dessous) ou via la base de données de la Fnors : <http://www.scoresante.org/score2008/index.html>

- Cirdd de Martinique, ORS de Martinique. *Enquête Came (Crack A la Martinique : État des lieux)*. 2008 : 64 p. En ligne : <http://www.ors-martinique.org>
- Ferdinand S., Theodore M. Observatoire régional de la santé de Guadeloupe. *Profils et trajectoires des usagers de crack en Guadeloupe*. Basse-Terre : Orsag, 2008 : 30 p.

VIH/sida

- Bombereau G., Jeffrey D. dir., Maffessoli M., dir. *Représentations sociales du VIH/sida en Guadeloupe et recommandations à l'usage de la santé publique : la peur ou la mort dans l'âme dans les Antilles françaises*. Thèse de doctorat dans le cadre du programme de doctorat en didactique pour l'obtention du grade de *Philosophiae doctor*. Québec : université Laval, Paris : université de Paris-5 – René-Descartes, 2005 : 384 p.
- Comportements sexuels et préventifs aux Antilles et en Guyane : un contexte peu favorable pour les femmes face au VIH/sida. In : Les femmes et le sida en France. Enjeux sociaux et de santé publique. *Médecine sciences*, 2008, vol. 24, n° 2 : p. 72-80.
- Conseil national du sida. *Avis suivi de recommandations sur la politique de lutte contre l'épidémie d'infection à VIH en Guyane*. Paris : CNS, 2008 : 11 p. En ligne : <http://www.cns.sante.fr/spip.php?article286&lang=en>
- Conseil national du sida. *Repenser la politique de lutte contre le VIH/sida dans les départements d'outre-mer*. Paris : CNS, 2003 : 72 p. En ligne : http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2003-03-11_rap_fr_politique_publique.pdf

- Conseil national du sida. *Avis suivi de recommandations sur la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH aux Antilles*. Paris : CNS, 2008 : 9 p. En ligne : http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2008-06-26_avi_fr_politique_publique.pdf
- Giraud M., Gilloire A., Halfen S., et al. *Les comportements sexuels aux Antilles et en Guyane*. Paris : ANRS, 1995 : 39 p.
- Guillemaut F. dir., Schutz Samson M. *La réduction des risques liés au VIH/sida et l'accès aux soins dans le contexte des rapports d'échanges économique-sexuels en Guadeloupe*. Rapport final. Gourbeyre : GRSP, service études et statistiques Antilles-Guyane, 2009.
- Halfen S. coord., Fenies K., Ung B., Gremy I. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004*. Paris : ORS Ile-de-France, 2006 : 290 p. En ligne : <http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/KABPDFARapport.pdf>
- Masse V., Dray Spira R., Spire B., Schmaus A., Lert F. *Infection VIH/sida en France : vision d'ensemble et spécificités des départements français d'Amérique*. *BEH*, 2005, n°s 46-47 : p. 229-244. En ligne : http://www.invs.sante.fr/BEH/2005/46_47/index.htm
- Mulot S. Comment les représentations des rapports de sexe influencent-elles la prévention du sida ? L'exemple des multipartenariats sexuels antillais. *Revue française de sociologie*, 2009, vol. 50 : p. 63-89.
- Sida Info Service. *Connaissances et freins en matière de dépistage du VIH/sida chez les primo-migrants originaires d'Haïti et du Surinam vivant en Guyane*. Paris : Sida Info Service, 2003 : 38 p. En ligne : <http://www.bdsp.ehesp.fr/FullText/Show.asp?Ref=293766>

Chlordécone

- Dieye M., Quénel P., Gorla S., Blateau A., Colonna M., Azaloux H. *Étude de la répartition spatiale des cancers possiblement liés à la pollution des sols par les pesticides organochlorés, en Martinique*. Saint-Maurice : InVS, 2009 : 28 p. En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2009/etude_cancers_pesticides_martinique/index.html
- Le Guen J. *La chlordécone*. Paris : Assemblée nationale, Rapport d'information de l'Assemblée nationale n° 734, 2008 : 30 p.
- Ministère de la Santé. *Plan d'action chlordécone en Martinique et en Guadeloupe 2008-2010. Rapport interministériel d'activité année 2008*. Direction générale de la Santé. Coordination interministérielle chlordécone 2009 : 71 p. En ligne : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_chlordecone_Rapport_2008.pdf

Alzheimer

- Enjolras F. Incidence du pronostic sur la construction des modèles explicatifs de la maladie d'Alzheimer sur l'Ile de la Réunion. *Sciences sociales et santé*, 2008, n° 23 : p. 69-94.
- Recueil d'informations régionalisées sur la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (et troubles apparentés) et sur l'aide à leurs aidants.
 - synthèse de l'enquête réalisée par l'ORS de Guadeloupe, Basse-Terre. En ligne : <http://www.fnors.org/Fnors/Ors/syntheses%20alzheimer/Guadeloupe.pdf>
 - synthèse de l'enquête réalisée par l'ORS de Guyane, Cayenne. En ligne : <http://www.fnors.org/Fnors/ORS/syntheses%20alzheimer/Guyane.pdf>
 - synthèse de l'enquête réalisée par l'ORS de Martinique, Fort-de-France. En ligne : <http://www.fnors.org/Fnors/ORS/syntheses%20alzheimer/Martinique.pdf>
 - synthèse de l'enquête réalisée par l'ORS de la Réunion, Saint-Denis. En ligne : http://www.orsrun.net/IMG/file/etudes/plaquette_Alzheimer_Reunion.pdf
- Lyon : Fnors ; Paris : Fondation Médéric-Alzheimer, mai 2003 : 4 p.

► Sites Internet et organismes ressources

Généralistes de l'éducation pour la santé

- **Annuaire des acteurs de l'éducation pour la santé de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps)**

Le site propose une liste d'acteurs de l'éducation pour la santé à la Réunion couvrant vingt thèmes de santé dont l'éducation du patient, la sécurité domestique, les maladies chroniques, les conduites addictives, le VIH/sida, la protection maternelle et infantile, etc.

En ligne : <http://www.irepsreunion.org/aeps/index.php>

- **Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé**

Réunion (Ireps, ex Cres Réunion) : <http://www.cresreunion.org/>

Guadeloupe (Ireps, ex Coges Guadeloupe) : <http://guadeloupe.fnes.fr/Accueil/accueil.php> **Martinique** (Ireps, ex Cres Martinique) : <http://martinique.fnes.fr>

Institutionnels (organisation, politique de la santé)

• **Directions de la santé et du développement social (DSDS) : Guadeloupe, Martinique, Guyane.** Elles cumulent des attributions des Ddass et Drass. Il s'agit de services déconcentrés de l'État (décret du 02 juillet 2001), placés sous l'autorité des préfets de région, chargés de mettre en œuvre les politiques nationales dans les domaines de la santé publique, du social et du médico-social. Elles inscrivent leurs missions dans le cadre du Plan d'actions stratégiques de l'État en région (Paser).

DSDS de la Guadeloupe :

<http://www.guadeloupe.sante.gouv.fr/>

DSDS de la Guyane :

<http://www.guyane.sante.gouv.fr/>

DSDS de la Martinique :

<http://www.martinique.sante.gouv.fr/>

Pour la Réunion, il s'agit de la Drass :

<http://www.reunion.sante.gouv.fr/>

• **Groupe régional d'étude des pollutions par les produits phytosanitaires (Grepp)**

L'objectif principal du Grepp, créé le 25 juin 2001, est la lutte contre la pollution par les produits phytosanitaires et il a, comme but global, la reconquête de la qualité de l'eau. Il rassemble les acteurs concernés par la pollution (services de l'État et établissements publics, collectivités locales, organismes agricoles, associations, etc.). Il suit un plan d'actions bien défini, adaptant le Plan national phytosanitaire, qui comprend des actions nationales et régionales en fonction des spécificités locales de la région Guadeloupe.

En ligne : <http://grepp.guadeloupe.ecologie.gouv.fr>

• **Programme Jardins familiaux Guadeloupe (Jafa)**

Jafa est un programme régional de prévention, piloté par la DSDS de Guadeloupe et le Coges. Il s'adresse aux populations habitant principalement dans les neuf communes du sud de Basse-Terre, qui s'alimentent régulièrement de racines issues de leur jardin créole, de leur voisinage ou de racines achetées en bord de route. Il a pour objectif global de réduire l'exposition à la chlordécone des populations habitant en zones potentiellement contaminées. Le site présente le programme régional détaillé, les plans d'action, ainsi que les spots de prévention radio : <http://www.jafa.gp>

• **Moustique infos**

Site de la Drass de la Réunion, il a pour vocation d'informer, plus particulièrement sur l'île de la Réunion, sur les moustiques et les maladies qu'ils transmettent : <http://moustiquesinfos.sante.gouv.fr/>

• **Observatoire des résidus de pesticides (ORP)**

L'ORP, développé par les agences sanitaires Afssa, Afsset et Ifen, a pour objectif de « mettre en place une base de données des normes réglementaires publiques, des résultats des actions de contrôle et du suivi des actions de progrès mises en place suite à ces résultats ». Ce site Internet national propose des éléments de synthèses des connaissances, des données nationales, la réglementation en vigueur, des bibliographies, les actions des pouvoirs publics, etc.

<http://www.observatoire-pesticides.gouv.fr>

Sites publics d'informations statistiques

• **Cellule interrégionale de veille sanitaire Antilles-Guyane (Cire)**

Créée le 1^{er} octobre 1997, c'est une antenne régionale de l'InVS. Basée en Martinique, elle est constituée d'épidémiologistes qui déclinent localement le savoir-faire de l'InVS et relayent son action sur le terrain. Les actions de la Cire visent à renforcer les méthodes et les approches mises en œuvre dans le domaine de l'évaluation et de la surveillance des risques sanitaires. La Cire apporte ainsi un appui scientifique, méthodologique et technique, prioritairement dans le champ des maladies infectieuses et des risques sanitaires liés à l'environnement.

En ligne : <http://www.martinique.sante.gouv.fr/accueil/ongletcire.htm>

La Cire Martinique : http://www.reunion.sante.gouv.fr/epidemiologie_00.htm

• **Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors)**

Le site commun d'observation régionale en santé met à disposition des informations fiables, homogènes et comparables sur la santé de la population. Il a vocation à être l'outil de référence en matière d'indicateurs de santé. Les bases de données Score santé permettent l'accès aux indicateurs de santé régionaux, départementaux et même infra-départementaux pour certains thèmes. Ces données peuvent être exportées sous format Excel et affichées sous différents formats. Les trois dernières synthèses nationales de la Fnors comprennent des éléments sur les départements d'outre-mer : « La santé au travail dans les régions de France », « Santé et environnement dans les régions de France », « Vieillesse des populations et état de santé dans les régions de France ».

En ligne : <http://www.fnors.org/index.html>

Base Score santé : <http://www.scoresante.org/score2008/index.html>

Observatoire de la santé de la Guadeloupe (Orsag) : <http://www.orsag.org>

Observatoire de la santé de la Martinique

(OSM) : <http://www.ors-martinique.org/>

Observatoire régional de la santé de la Réunion (ORS Réunion) : <http://www.orsrun.net/>

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

L'Insee réalise différents travaux destinés à accompagner l'action régionale et locale : statistiques et études locales, outils géographiques.

http://www.insee.fr/fr/region/accueil_region.htm

• **Institut de veille sanitaire (InVS) – Dossier thématique chlordécone**

Trois rubriques actualisées : Actualités – Textes réglementaires – Publications
<http://www.invs.sante.fr/surveillance/chlordecone/index.htm>

• **Service statistique Antilles-Guyane (Sesag)**

Le Sesag est un échelon déconcentré de la Drees. Administrativement rattaché à la DSDS de la Martinique, c'est le seul service à avoir conservé une vocation interrégionale, en dehors de la cellule interrégionale d'épidémiologie. Le Sesag met en place et assure le suivi de toutes les études et enquêtes figurant au programme de travail de la Drees et réalise, de sa propre initiative ou à la demande, des études spécifiques répondant aux besoins de la région Antilles-Guyane. Les statistiques du Sesag sont publiées dans le recueil annuel Statiss et les études sont publiées dans la revue Info Santé ainsi que dans les publications de la Drees.

En ligne : <http://www.martinique.sante.gouv.fr/accueil/statistiques/regionales.htm>

Sandra Kerzanet

Documentaliste, centre de documentation de l'INPES, avec la collaboration de **Bruno Moutoussamy** Comité guadeloupéen d'éducation pour la santé, Basse-Terre.

Santé de l'enfant. Propositions pour un meilleur suivi.

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



Ce document présente les travaux d'un groupe de travail réuni par l'Inserm à la demande du Régime social des indépendants (RSI) pour élaborer des propositions visant à améliorer le suivi des enfants dans le cadre des examens de santé. Il s'appuie sur les données et les recommandations issues de plusieurs expertises collectives publiées entre 2002 et 2007 et qui concernent la santé des enfants et des adolescents.

Les procédures d'examen systématique de santé chez les enfants sont bien établies en

France. Cependant, les volets « suivi de l'état de santé » et « repérage des facteurs de risque » mériteraient d'être explorés, ils constituent donc l'objet de cette étude.

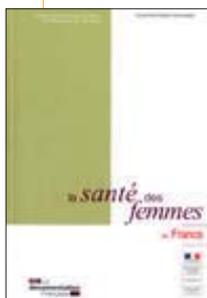
Ce document recense donc, dans une première partie, les données issues des différentes expertises existant sur les thématiques des troubles auditifs, visuels, du langage et mentaux. Il propose ensuite une cartographie de l'organisation et de la réalisation des examens de santé, élaborée à partir de données réglementaires en matière d'examen de santé et de dépistage et des recueils de données produits lors de la réalisation de ces procédures. Enfin, il propose quelques perspectives relatives aux quatre examens systématiques de l'enfant de 0 à 6 ans : examens de naissance, de 9 à 12 mois, à 24 mois et à 6 ans.

Céline Deroche

Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), coll. Expertise opérationnelle, 2009, 252 pages, 30€.

La santé des femmes en France.

Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité.



Ce recueil propose un panorama de la santé des femmes en France, avec une approche par pathologie et par population. Il aborde onze problématiques sous la forme de fiches thématiques : données de cadrage, santé sexuelle et reproductive, périnatalité, maladies infectieuses, maladies chroniques et vieillissement, cancers, addictions et toxicomanie, santé mentale, accidents et traumatismes, santé et travail, santé et précarité.

Trois thématiques au cœur des préoccupations de santé publique sont particulièrement illus-

trées dans cet ouvrage : la périnatalité, la santé sexuelle et reproductive ainsi que les violences subies par les femmes. Les auteurs du recueil – statisticiens, épidémiologistes, médecins, démographes ou sociologues – établissent également un constat sur l'état actuel des inégalités entre femmes et hommes et plus spécifiquement sur les inégalités sociales au sein de la population féminine.

Cet état des lieux est complété par une synthèse ; il se veut outil d'aide à la décision, avec pour intérêt principal la prévention des changements dans l'organisation des soins des femmes dans les champs connexes du sanitaire et du social.

De nombreux chapitres de ce recueil sont accessibles sur le site Internet du ministère de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr/drees/santefemmes/santefemmes.htm> [dernière consultation le 18/09/2009]

C. D.

Paris : La documentation française, coll. Études et statistiques, 2009, 288 pages, 17 €.

Écoute, écoute. Invitation à l'écoute. Éveil à l'environnement sonore.

Recueil pédagogique à l'usage des enseignants.

Réseau services culture, éditions, ressources pour l'Éducation nationale (Scérén), Centre national de documentation pédagogique (CNDP)



Cet outil est destiné à sensibiliser les enseignants aux questions d'écoute et d'éveil aux environnements sonores. Il est inscrit dans un plan national d'action contre le bruit mis en place par la mission Bruit du ministère de l'Écologie et du Développement durable et dans le Plan national santé-environnement. À la fois document d'information et de formation, il invite à développer de nouvelles compétences auditives et une plus grande réceptivité à l'environnement sonore. Cette initiation permet à l'enseignant de valoriser auprès de ses élèves une écoute différente dans le cadre de ses projets pédagogiques du moment (langue vivante, poésie, histoire, éducation physique et sportive, etc.) et ainsi développer de nouvelles facultés à la fois sociales et culturelles chez les enfants : développement de l'écoute, de la sensibilité, de la mémoire auditive et en outre prévenir les risques auditifs. Il se décline en deux supports : un livret qui présente des pistes pédagogiques pour les enseignants de cycles 2 et 3, et un CD contenant des éléments sonores ainsi que l'ensemble des fiches du livret en format électronique. Les fiches proposées dans le CD sont plus particulièrement destinées aux enseignants d'écoles maternelles.

Une présentation de ce recueil pédagogique a été proposée par les conseillers pédagogiques en éducation musicale dans le cadre du plan départemental d'animations pédagogiques de Seine-Saint-Denis. Environ six cents professeurs des écoles ont assisté à l'une des deux conférences organisées, en décembre 2007, à la bourse du travail de Bobigny pour les circonscriptions des bassins 1 et 3 et, en mars 2008, à l'IUFM de Livry-Gargan pour celles des bassins 2 et 4. Un exemplaire a été remis à chaque école représentée aux conférences citées ci-dessus. Les conseillers pédagogiques départementaux en éducation musicale peuvent être contactés pour tout renseignement complémentaire (coordonnées disponibles sur les sites des différentes académies).

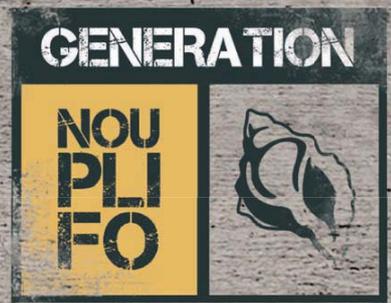
C. D.

Paris : Réseau services culture, éditions, ressources pour l'Éducation nationale (Scérén), 2008, 63 pages + un cédérom audio.



DRAFFCB - RCS Nanterre B 348 305 327 - Photo : Cécile Delaunay / Confrontational Productions - 3113-09699-A

SIDA : VOUS ETES CONTRE LES DISCRIMINATIONS, ALORS DITES-LE



www.generation-nouplifo.com

Ref. INPES 125-09404-R