

Mobilisation sociale en Guadeloupe : maladies vectorielles et risques naturels

Patrick Saint-Martin,

pharmacien inspecteur de santé publique, directeur du Pôle de veille et sécurité sanitaires,

Joël Gustave,

ingénieur du génie sanitaire, chef du service de lutte anti-vectorielle,

Claire Liétard

inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale, adjoint au directeur du Pôle de veille et sécurité sanitaires, agences régionales de santé de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy.

Le virus du chikungunya, jusqu'ici, sévissait en Afrique ou dans le Sud-Est asiatique a fait son apparition, du fait du transport aérien international, dans l'arc des petites Antilles durant le dernier trimestre 2013, d'abord sur l'île franco-hollandaise de Saint-Martin, l'une des îles de l'archipel guadeloupéen. Son introduction peut être raisonnablement

attribuée à l'arrivée d'une ou plusieurs personnes présentant ce virus dans leur sang à la suite d'une piqûre de moustique dans les jours précédant leur départ d'Asie¹.

La dengue est endémique en Guadeloupe où elle provoque régulièrement des épidémies plus ou moins marquées, avec des décès imputables directement à la maladie chez des patients ne présentant pas forcément au départ des facteurs de risque [1-5]. Les programmes de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies préexistants ont permis de suivre ces phénomènes, même s'ils n'étaient pas suffisamment détaillés pour la gestion des phénomènes épidémiques de grande ampleur (finalisés et adaptés tout au long de l'épidémie de chikungunya de 2014). Les habitudes de lutte contre les virus de la dengue ont donc été mises à contribution pour lutter contre ce nouveau virus tout en nécessitant

des adaptations, notamment pour faire face à ce phénomène d'une ampleur deux à trois fois plus élevée que les épidémies de dengue habituellement rencontrées aux Antilles. C'est ainsi que les notions de mobilisation et de communication sociales ont été mises très largement en avant auprès des habitants, des décideurs politiques et économiques, des médias. Les explications claires incitant chacun à agir dans son environnement proche pour lutter contre la prolifération des moustiques, notamment ceux vecteurs du chikungunya, pour se protéger des piqûres, pour bien se soigner en cas d'atteinte, ont été présentées comme étant les plus significatives et les seules réellement efficaces, très loin devant les actions de pulvérisation d'insecticides jusqu'ici réclamées comme étant la panacée. D'un autre côté, l'inefficacité croissante et confirmée des dernières molécules insecticides autorisées par les réglementations européenne et nationale, et le scandale du chlordécone qui a pollué notablement de nombreuses terres agricoles ont rendu le public réceptif à ces actions de lutte plus écologiques².

Place de la mobilisation et de la communication sociales

Très vite, le service de lutte anti-vectorielle a mis en avant une stratégie et des modalités d'intervention sur le terrain de la communication sociale, s'appuyant sur les données scientifiques disponibles, les mesures de prévention,

« LE SERVICE DE LUTTE ANTI-VECTORIELLE A MIS EN AVANT UNE STRATÉGIE ET DES MODALITÉS D'INTERVENTION SUR LE TERRAIN DE LA COMMUNICATION SOCIALE. »

à adopter par chacun chez soi ou au travail, susceptibles de contribuer à retarder l'arrivée de l'épidémie ou de minimiser son impact. Ce travail capital a été validé par la préfecture lors de la première réunion du Comité de suivi et de coordination, le 6 janvier 2014, soit treize jours après la première confirmation de la présence du virus dans l'île, moment où les épidémiologistes et le réseau des médecins sentinelles avaient recensé, au total, moins de 30 cas cliniquement évocateurs³. L'objectif affiché était d'impliquer chaque habitant dans la lutte collective,

L'ESSENTIEL

■ En Guadeloupe, la stratégie de lutte contre les maladies vectorielles (dengue, chikungunya) repose sur les interventions de terrain, l'information au plus près des populations et la mobilisation sociale. ■ Exposé à d'autres risques, naturels ceux-là (séisme, volcan, cyclone, tsunami), ce territoire tente de bâtir une politique de prévention fondée justement sur la mobilisation sociale, donc d'aller au-delà de la simple information de la population. Pas si simple...



de gagner du temps pour convaincre encore plus, de préparer le système de santé à recevoir un grand nombre de personnes nécessitant une prise en charge médicale au plus fort de l'épidémie, et enfin de permettre la mise en place de dispositifs de renforts venant de métropole.

Risque, impact, information, protection

Cette stratégie de mobilisation sociale repose sur quatre éléments majeurs de contexte et de mise en œuvre :

- un risque sanitaire imminent : l'introduction confirmée sur ce territoire d'une maladie transmissible nouvelle, connue ailleurs comme potentiellement invalidante, surtout chez les personnes âgées ou déjà fragilisées ;

- un impact prévisible sur un grand nombre d'habitants, vu le statut non immunisé de cette population. Cette bonne connaissance à froid des conséquences attendues du phénomène (en termes d'impact sanitaire, social, médiatique et économique) a été tirée de l'expérience réunionnaise de 2005-2006 [6, 7] ;

- une information des populations effectuée rapidement : répétée, martelée, notamment *via* les sites Internet, les réseaux sociaux, en prenant d'emblée le parti de ne pas compter que sur le relais des médias d'information. Le coût des campagnes pour la diffusion des messages pris en charge par l'ARS a dépassé les 300 000 euros en six mois, avant que le Conseil supérieur de l'audiovisuel n'obtienne la gratuité avec la réquisition de l'espace publicitaire sur

« UN PREMIER BILAN PERMET D’AFFIRMER QUE NOUS AVONS ÉVITÉ LA CRISE REDOUTÉE TANT SUR LE PLAN SANITAIRE QUE SUR LE PLAN ÉCONOMICO-MÉDIATIQUE. »

les médias publics, et que les médias privés le prennent à leur charge (en réalisant parfois leurs propres spots) ;

- des gestes protecteurs ou salvateurs simples (déjà connus avec la dengue) et faciles à mettre en œuvre par chacun.

Un premier bilan de fin d'épidémie⁴ permet d'affirmer, vu le nombre de personnes touchées en définitive par le passage du virus, que nous avons

évitée la crise redoutée tant sur le plan sanitaire (le système d'offre de soins a tenu grâce à la forte mobilisation des médecins libéraux, des services des urgences hospitalières et d'hospitalisation d'aval) que sur le plan économique-médiatique (même si le problème de gestion des déchets encombrants, pourvoyeurs de gîtes à moustiques, reste entier).

Une stratégie transposable aux risques majeurs ?

Cette stratégie face à une nouvelle maladie invalidante peut-elle pour autant s'appliquer aux risques naturels majeurs ? L'idée semble séduisante et mérite un passage en revue des initiatives développées jusqu'à ce jour.

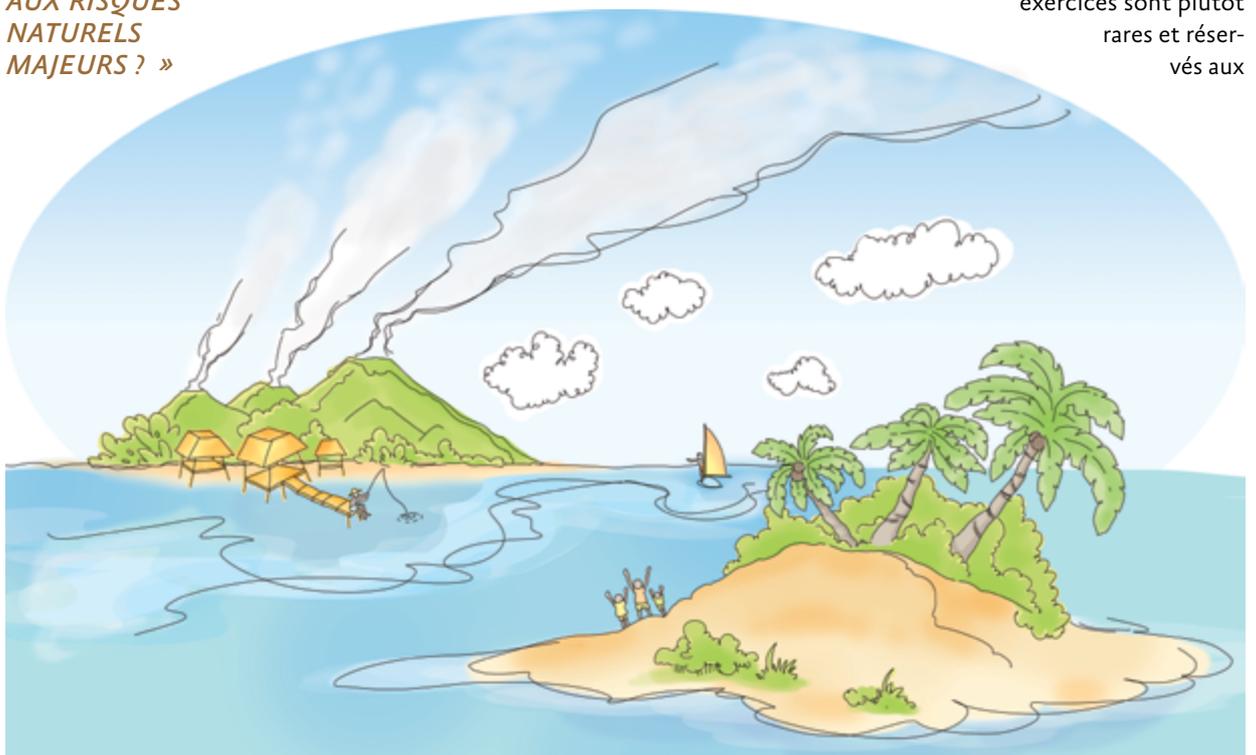
Séisme : d'après les données et analyses des chercheurs de l'Observatoire volcanologique et sismologique de la Guadeloupe (OVSG), un tremblement de terre majeur peut intervenir à tout moment sur notre territoire, compte tenu des caractéristiques tectoniques de la zone de subduction sur laquelle nous nous trouvons. Il peut être imminent tout comme il peut ne survenir

que dans quelques dizaines d'années. Ce phénomène va inévitablement concerner un grand nombre d'habitants en fonction de la distance et de la profondeur de l'épicentre et de la magnitude. Notons simplement que la zone de subduction en question intéresse tout l'arc des petites et grandes Antilles, soit une zone longitudinale de plusieurs centaines de kilomètres. Au-delà des caractéristiques propres au séisme, la qualité des constructions et l'heure de survenue du phénomène pourront influencer sur le nombre de victimes [8, 9]. L'information sur ce risque est disponible dans le Plan Séisme Antilles, diffusée de manière répétée, régulière et depuis longtemps, ce qui ne facilite pas son appropriation immédiate. Les gestes protecteurs ou salvateurs sont simples, faciles à mettre œuvre, au-delà des délais longs requis pour les opérations de reconstruction, de mise aux normes parasismiques des constructions publiques ou privées existantes. Une vérité est martelée : *« Ce ne sont pas les séismes qui tuent mais les constructions non conformes. »* L'information est portée essentiellement par la semaine Sismik, chaque année depuis 2007, et le Centre de préparation aux risques sismiques (CPRS) via son Sismobus qui circule régulièrement dans toute la Guadeloupe (écoles, administrations, manifestations cultu-

relles en communes ou en entreprises), proposant des simulations de séisme sur un plateau mobile. Ainsi, on constate une progression de la culture du risque sismique au sein de la population guadeloupéenne. La structure locale⁵ de La Croix-Rouge développe en parallèle une opération de sensibilisation-formation à la gestion du risque, baptisée « 72 heures d'autonomie », qui doit permettre aux initiés de maîtriser les gestes de survie et d'entraide après le séisme.

Volcan : la dernière éruption de la Soufrière remonte à 1976. D'après les données et analyses des spécialistes de l'OVSG, une éruption volcanique majeure de la Soufrière peut intervenir compte tenu du fait que ce volcan est actif et de type explosif. Le délai annoncé entre les premiers signes annonciateurs et l'éruption elle-même varie de six à douze mois. Le caractère imminent est relatif, même si une activité sismique modérée, fumerollienne et thermique est notée depuis 1992. Ce phénomène va inévitablement concerner un grand nombre d'habitants, essentiellement dans la zone du sud de Basse-Terre, sans en faire forcément des victimes sanitaires puisque ce délai est compatible avec l'activation de plans d'évacuation partielle ou totale de la zone d'éruption pressentie. L'information sur ce risque est disponible, diffusée notamment dans les écoles. Les exercices sont plutôt rares et réservés aux

« CETTE STRATÉGIE PEUT-ELLE POUR AUTANT S'APPLIQUER AUX RISQUES NATURELS MAJEURS ? »



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

services initiés. Les gestes protecteurs ou sauveteurs sont connus mais difficiles à mettre en œuvre ou à expliquer à froid et au plus grand nombre, vu leur caractère radical⁶.

Cyclone : la notion de saison cyclonique est bien intégrée dans la mémoire de chaque citoyen, mais seule la survenue de phénomènes cycloniques majeurs impacte véritablement les esprits et les comportements. Le dernier phénomène majeur ayant touché les départements français d'Amérique remonte à 1989 (cyclone Hugo). Les données météorologiques fournies par Météo France ou par la *National Oceanic and Atmospheric Administration* (NOAA) des États-Unis ne permettent guère de prédire avec certitude en début de saison, la survenue du phénomène. Le caractère imminent peut être révélé vingt-quatre à quarante-huit heures tout au plus avant l'impact, ce qui laisse le temps d'une mise en sécurité. Les conséquences humaines peuvent être importantes. Les informations de prévention ou d'information sont disponibles, précisées en début de saison avec la liste prévisionnelle des phénomènes attendus. Les gestes protecteurs ou sauveteurs sont connus et martelés durant la phase d'alerte. Ils sont, en général, respectés surtout lorsqu'un phénomène cyclonique majeur approche de nos côtes. Le programme de résorption de l'habitat insalubre en vigueur diminue parallèlement l'exposition des populations précaires à ce danger [10].

Tsunami : c'est certainement le danger vis-à-vis duquel il reste le plus à faire en matière de mobilisation sociale. Outre la faible empreinte mémorielle du phénomène, l'abondance des constructions en zone côtière de faible altitude fait de ce risque imminent mais difficile à prévoir car lié potentiellement aux séismes de subduction⁷, un risque peu mobilisateur, peu appréhendé. Les exercices mensuels d'essai des sirènes ne sont plus effectués en Guadeloupe, contrairement à la métropole. Les cartes d'exposition au danger sont finalisées mais peu connues du public. La connaissance régionale sur ces phénomènes s'est améliorée significativement depuis 2004, les messages d'annonce de l'arrivée imminente d'un

tsunami sont définis depuis 2012. Les messages de prévention sont encore réservés aux initiés ou aux décideurs qui en tiennent plus ou moins compte. Les plans locaux d'urbanisme sont révisés très progressivement. Les gestes protecteurs ou sauveteurs à connaître sont peu médiatisés car trop techniques et peu appropriés par la société civile et le monde économique-touristique, justement intéressés par la mise en valeur des espaces côtiers remarquables.

En conclusion, la mobilisation et la communication sociales [11], tout en s'appuyant sur la même méthodologie et les réseaux d'acteurs mobilisés durant l'introduction du chikungunya en Guadeloupe, doit s'adapter à la temporalité de chaque risque naturel majeur. Les temps longs et les dangers contenant un aléa variable sont difficilement assimilés par les gestionnaires de crise et les décideurs. La mobilisation sociale stricte autour d'un phénomène sanitaire épidémique ne paraît donc plus certaine. ■

1. Cette maladie virale est transmissible d'un sujet malade à un individu sain par piqûre d'un moustique compétent, qui va d'abord prélever le virus dans le sang du malade pour l'injecter ensuite lors d'une nouvelle piqûre dans le sang du sujet sain.
2. Cf. dossier chlordécone (InVS).
3. Cf. Point épidémiologique n° 2 sur le chikungunya du 16 janvier 2014 (Cire-InVS).
4. *Bulletin de veille sanitaire* n° 3 « spécial chikungunya » de novembre 2014 (Cire-InVS).
5. Plateforme d'intervention régionale Amériques Caraïbes (Pirac).
6. Des évacuations générales et durables de populations ont concerné plusieurs communes du sud de Basse-Terre en 1976, plusieurs localités de Montserrat en 1996.
7. Seule l'alerte donnée par le réseau de marégraphes, développé par le Groupe intergouvernemental de coordination pour les tsunamis, permettra de prévenir les populations de l'arrivée de la vague.

[1] L'Azou M., Taurel A.F., Flamand C., Quénel P. Recent epidemiological trends of dengue in the French territories of the Americas (2000-2012): a systematic literature review. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2014, vol. 8, n° 11 : e3235.

[2] Larrieu S., Cassadou S., Rosine J., Chappert J.L., Blateau A., Ledrans M., *et al.* Lessons raised by the major 2010 dengue epidemics in the French West Indies. *Acta Tropica*, 2014, vol. 131 : p. 37-40.

[3] Gharbi M., Quenel P., Gustave J., Cassadou S., La Roche G., Girdary L., *et al.* Time series analysis of dengue incidence in Guadeloupe, French West Indies: forecasting models using climate variables as predictors. *BMC Infectious Diseases*, 2011, vol. 11 : p. 166.

[4] Aubry P. Dengue outbreaks in the French West-Indies in a context of arbovirogenesis emergence and reemergence. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 2008, vol. 192, n° 4 : p. 781-793.

[5] Hélène-Pélagie J., Zami-Rinaldo F. Severe dengue in Caribbean French departments as viewed by general practitioners (GPs). *Médecine et Maladies infectieuses*, 2005, vol. 35, Suppl. 2 : S67-S68.

[6] de Chazournes P. Chikungunya on Reunion Island. Experience, opinion, and proposals of general practitioners: poorly understood symptoms, lack of treatment protocol, exaggerated sequels, neglected players. *Médecine tropicale*, 2012, vol. 72, numéro spécial : p. 72-75.

[7] Maisonneuve P., Lepagnol F. Management of a sanitary crisis involving an emergent infectious disease (CHIK). *Médecine et Maladies infectieuses*, 2008, vol. 38, Suppl. 2 : S85-S86.

[8] Cadelis G., Tourres R., Molinie J., Petit R.H. Exacerbations of asthma in Guadeloupe (French West Indies) and volcanic eruption in Montserrat (70 km from Guadeloupe). *Revue des Maladies respiratoires*, 2013, vol. 30, n° 3 : p. 203-214.

[9] Cooper R., Tuit J. Montserrat. Managing health care in a volcanic crisis. *West Indian Medical Journal*, 1998, vol. 47, Suppl. 4 : p. 20-21.

[10] Doocy S., Dick A., Daniels A., Kirsch T.D. The Human Impact of Tropical Cyclones: a Historical Review of Events 1980-2009 and Systematic Literature Review. *PLoS Currents Disasters*, 2013 Apr 16. Edition 1. doi.

[11] Barbosa A. de O., Costa E.A. The senses of sanitary safety in the discourse of the National Health Surveillance Agency. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010, vol. 15, Suppl. 3 : p. 3361-3370.