

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Alcool

Évolution
de la consommation
en France

Entretien avec
Philippe Batel



Dossier
**Risques et
urgences sanitaires :
agir pour et avec
les populations**

Juin 2015 / Numéro 432

www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national
de prévention et
d'éducation pour
la santé

LA SANTÉ EN ACTION

la revue de la prévention,
de l'éducation pour la santé
et de la promotion de la santé

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

- actualité et expertise
- pratiques et actions de terrain
- méthodes d'intervention et aide à l'action
- interviews et témoignages

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

LA SANTÉ EN ACTION

est disponible gratuitement :

- en format papier sur abonnement pour les lieux collectifs d'exercice et d'accueil du public (établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.)
- en format électronique pour tous les publics, professionnels ou non, collectifs ou individuels

Rendez-vous sur www.inpes.sante.fr

The screenshot shows the homepage of the Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). The header includes the Inpes logo and navigation links: ACCUEIL, L'INPES, ACTUALITÉS, ESPACES THÉMATIQUES, ENQUÊTES ET ÉVALUATION, NOS PUBLICATIONS, ESPACES PROFESSIONNELS, PRESSE. The main content area features a large image of colorful hands and several sections: 'ENQUÊTES ET ÉVALUATION' with links for Enquêtes, Résultats et publications, Baromètres santé, and Évaluation en santé publique; 'LES SITES PRÉVENTION'; 'CONTENUS ACCESSIBLES' for documents in various formats; 'NOS PUBLICATIONS' with a search filter for 'L'INPES' and a 'S'ABONNER' button; and 'LES ACTUALITÉS' with a 'S'ABONNER' button. A blue arrow points to the 'S'ABONNER' button in the 'LES ACTUALITÉS' section.

la Santé en action

est éditée par :

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

Directeur de la publication :
François Bourdillon

RÉDACTION

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

RESPONSABLES DE RUBRIQUES

**Sandrine Broussouloux, Michel Condé,
Jennifer Davies, Nathalie Houzelle**
Lectures : **Centre de documentation**
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION

Yaëlle Amsellem-Mainguy (Injep), **Jean-Christophe Azorin** (enseignant - formateur), **Judith Benrekassa** (InVS), **Dr Michel Berthier** (mairie de Poitiers), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohamed Boussouar** (Ireps Rhône-Alpes), **Isabelle Olivet** (Inpes), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Christine Ferron** (Ireps de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Dr Luc Ginot** (ARS Île-de-France), **Emmanuelle Hamel** (Inpes), **Zoë Héritage** (Réseau français des villes santé de l'OMS), **Stéphane Idrac** (Mildeca), **Laurence Kotobi** (université Bordeaux-Segalen), **Marika Lefebvre** (FNMF), **Éric Le Grand** (sociologue), **Nathalie Lydié** (Inpes), **Dr Annie-Claude Marchand** (ARS Champagne-Ardenne), **Claire Méheust** (Inpes), **Mabrouk Nekaa** (DSDEN Loire), **Jean-Marc Piton** (Inpes), **Jeanine Pommier** (EHESP), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

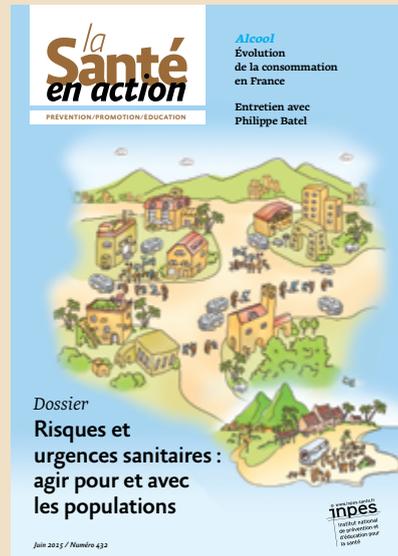
FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Jouve**
Illustration : **Cogitatum**
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Manuela Teixeira (01 49 33 23 52)
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 2^e trimestre 2015
Tirage : 15 000 exemplaires

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



© Illustration : Cogitatum

Dossier

RISQUES ET URGENCES SANITAIRES : AGIR POUR ET AVEC LES POPULATIONS

Coordination : Félicie David et Philippe Quénel avec la collaboration d'Élodie Aïna

Introduction

4 _ Félicie David, Philippe Quénel

Comment les populations réagissent-elles aux risques sanitaires ?

6 _ Jocelyn Raude

Une stratégie pour et avec les populations : l'exemple de la lutte contre la dengue

8 _ Philippe Quénel

L'Inpes : acteur des dispositifs de prévention en cas de risques ou d'urgences sanitaires

12 _ Christine Jestin, Félicie David

Le processus de veille, d'alerte et de réponse de l'InVS aux situations exceptionnelles

14 _ Thierry Cardoso

Mobilisation sociale en Guadeloupe : maladies vectorielles et risques naturels

18 _ Patrick Saint-Martin, Joël Gustave, Claire Liétard

Situations de crise en Martinique : quelle place pour l'individu dans la réponse collective ?

22 _ Josselin Vincent

Maladies à transmission vectorielle : mobilisation et promotion de la santé en Guyane

24 _ Damien Brélivet, Anne-Marie McKenzie, Christian Meurin, Sandrine Chantilly, Arise Chocho

Chikungunya à La Réunion : regard anthropologique sur la mobilisation sociale

27 _ Nicole Vernazza-Licht

La Réunion : la mobilisation sociale au cœur de la lutte anti-vectorielle

30 _ Olivier Reilhes, Hélène Thebault

Prévention des risques liés à la canicule et aux fortes chaleurs

33 _ Félicie David

Prévenir les traumatismes consécutifs à une inondation

35 _ Julien Langumier

Épidémie d'Ebola en Guinée-Conakry : l'anthropologie dans l'urgence sanitaire

37 _ Sylvain Landry Faye

L'Éprus au cœur de la lutte contre l'épidémie Ebola

41 _ Clara de Bort

Pour en savoir plus

42 _ Céline Deroche

Enquête

45 _ La consommation régulière d'alcool en 2014

Jean-Baptiste Richard

48 _ « Parvenir à banaliser la parole sur la consommation d'alcool »

Entretien avec Philippe Batel

Lectures

50 _ Olivier Delmer, Céline Deroche, Laetitia Haroutunian, Sandra Kerzanet

Urgences et risques sanitaires : agir pour et avec les populations

Dossier



**Dossier coordonné par
Félicie David,**
chargée de communication,
direction de l'information
et de la communication, Inpes,
et Philippe Quénel,
directeur du Laboratoire d'étude
et de recherche
en environnement et santé (Leres),
École des hautes études en santé
publique, Rennes,
**avec la collaboration
d'Élodie Aïna,**
chargée de communication,
direction de l'information
et de la communication, Inpes.

Comment préparer les populations à faire face aux risques sanitaires ? Tel est le thème de ce dossier. Tout d'abord, qu'entend-on par « risques et urgences sanitaires » ? Le sujet est vaste et ne peut pas être traité de façon exhaustive. Nous nous sommes donc intéressés à deux types de risques. D'une part, les risques naturels : canicule, inondations, tempêtes/cyclones et séismes/tsunamis. D'autre part, les risques infectieux liés aux maladies vectorielles que sont la dengue et le chikungunya. Ce dossier concerne donc plus particulièrement les départements d'outre-mer où ces risques sont plus prégnants. Dans ces deux domaines, l'Inpes travaille depuis longtemps avec les pouvoirs publics et l'ensemble des acteurs locaux.

S'approprier les moyens d'agir

Le fil conducteur que nous avons choisi est celui de présenter et d'analyser l'état de la prévention « au plus près et avec les populations ». D'examiner comment les populations sont impliquées et rendues parties prenantes dans la construction des stratégies et moyens de prévention. De décrypter de quelles manières on anticipe et on bâtit « sur le terrain » une politique de prévention face à un risque sanitaire émergent ou récurrent. En effet,



toute la difficulté ici est le passage de la théorie à la pratique : une population n'adopte des comportements de prévention que si elle s'est approprié les moyens d'agir.

La mobilisation des populations est trop en retrait

Ce dossier présente un état des connaissances sur la prévention des risques sanitaires et est illustré par des exemples concrets. Globalement, au-delà des progrès déjà réalisés – en termes de détection précoce, d'alerte ou d'organisation de la réponse médicale –, un enseignement émerge fortement : il reste encore beaucoup à faire pour donner toute sa place à la « mobilisation des populations », telle que préconisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Associer les populations à la gestion du risque, c'est optimiser les chances d'obtenir les résultats les plus probants en matière de santé publique. Ce dossier pointe donc le véritable enjeu que représente l'association des populations

dans le champ de la prévention. Il n'est pas inutile ici de rappeler qu'en vivant, en se protégeant et en anticipant les risques, les populations ont acquis – parfois de génération en génération – des savoirs et des attitudes reposant sur la mémoire, le vécu, la transmission familiale. Il faut alors faire appel aux sciences humaines et sociales pour comprendre ces savoirs et attitudes, pour mieux les mobiliser dans les stratégies de prévention.

Le cadre d'intervention de l'OMS

Enfin, ce dossier met en avant la stratégie de gestion intégrée des risques telle que préconisée par l'OMS, fondée sur le constat d'échec des approches verticale et/ou sectorielle trop souvent mises en œuvre. Cette stratégie repose sur un cadre d'intervention en quatre grands points : la surveillance pour détecter au plus tôt, préparer et prévenir ; la prise en charge médicale appropriée des patients pour réduire la morbidité/mortalité ; la gestion du

risque en agissant sur les déterminants tant individuels que collectifs, tant physiques qu'environnementaux ; la réduction de l'ampleur du risque par la mobilisation sociale des populations concernées.

Ce dossier a été réalisé en étroite collaboration avec, notamment, deux partenaires : l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et l'Institut de veille sanitaire (InVS). Il est publié dans un contexte institutionnel particulier puisque, en 2016, trois agences sanitaires – InVS, Inpes et Éprus – formeront une seule et même entité, intitulée « Agence nationale de santé publique ». D'une certaine manière, ce dossier préfigure cette intégration renforcée à venir, entre surveillance, prévention et contrôle des risques sanitaires. De nombreux autres experts et acteurs ont également été sollicités pour contribuer à ce dossier, qu'ils en soient tous ici remerciés. ■

Comment les populations réagissent-elles aux risques sanitaires ?

Jocelyn Raude, maître de conférences, chercheur associé à l'UMR 190 (AMU-IRD-EHESP), département des sciences humaines, sociales et des comportements de santé, École des hautes études en santé publique, Rennes.

L'ESSENTIEL

- ▶ Si la réaction des populations face aux risques sanitaires ne semble pas toujours rationnelle, elle obéit néanmoins à certains principes.
- ▶ Les études montrent que certains risques tendent à être ignorés, en particulier s'ils sont anciens et familiers. À l'inverse, les risques méconnus peuvent être très anxiogènes.
- ▶ L'ensemble de ces facteurs psychosociologiques doit être pris en compte pour faire de la prévention adaptée aux situations rencontrées.

De la grippe pandémique aux maladies vectorielles, nombre de chercheurs en sciences sociales ont été surpris – notamment à l'occasion de leur contribution à des groupes d'experts – de la méconnaissance par les principaux acteurs de la santé publique des données accumulées depuis plusieurs dizaines d'années sur la dynamique des comportements collectifs face aux risques sanitaires.

Sur le plan théorique, ces connaissances semblent pourtant essentielles au développement de politiques de prévention efficaces – ou *a minima* les moins inadaptées possibles dans la mesure où l'évaluation rigoureuse des programmes de prévention contemporains devrait nous inciter à une certaine modestie [1].

Pour commencer, si chacun peut aisément reconnaître que les comportements face aux risques sanitaires font généralement l'objet de variations temporelles, différents travaux en psychologie et en sociologie ont montré par ailleurs que ces phénomènes correspondaient bien souvent à des réactions psychosociologiques typiques

qui peuvent être modélisées. À ce jour, les mieux documentés sur le plan empirique sont indiscutablement les phénomènes de miroir, de surprise et d'accoutumance (voir Figure 1). Au final, les dynamiques des comportements collectifs face aux risques sanitaires apparaissent dans une large mesure explicables et prévisibles à partir d'un petit nombre de variables qui ont été relativement bien identifiées dans la littérature récente (voir ci-après).

Les principaux types de réaction face aux risques

Dans les situations de risques sanitaires, les changements de comportements observables reflètent parfois l'évolution épidémiologique d'une maladie, qui peut être mesurée par son incidence au sein d'une population. Ainsi, les données que nous avons collectées, avec le soutien de l'Inpes, dans les régions méridionales françaises

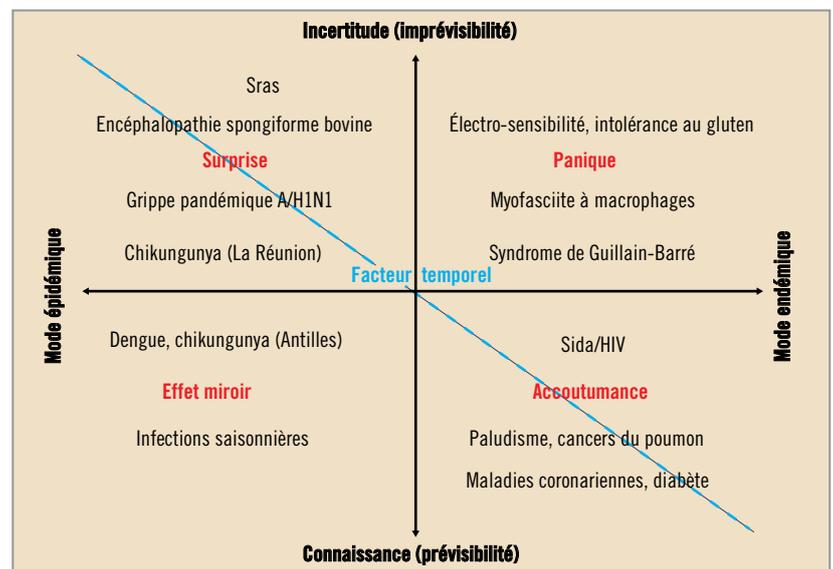
montrent que nos concitoyens tendent à adopter des mesures de protection à mesure que les moustiques tigres s'implantent dans leur territoire, c'est-à-dire qu'ils adaptent progressivement leurs comportements en fonction de leur exposition au risque [2].

Ces phénomènes de « miroir » – que les économistes nomment « élasticité-prévalence » – sont conformes à la définition classique de la rationalité humaine, telle que la propose, par exemple, Blaise Pascal. Dans l'approche classique, les actions rationnelles sont celles qui sont fondées sur un principe de proportionnalité au risque, à la condition que celui-ci soit calculable.

De l'excès de précaution à l'absence de réaction

Toutefois, il est clair que les mesures de précaution mises en œuvre par les populations concernées semblent bien souvent excessives au regard des

Figure 1 : Typologie des réactions collectives face aux risques sanitaires



risques véritablement encourus. Ainsi, au cours de la dernière décennie, les changements considérables observés dans certains comportements collectifs – comme par exemple la baisse de la couverture vaccinale contre certaines maladies – à l’occasion de controverses publiques sur la sécurité de ces produits, relèvent sans aucun doute de cette catégorie.

A contrario, les populations semblent largement indifférentes face aux enjeux sanitaires qui résultent de la réémergence de certains risques infectieux. Ainsi, le retour de la rougeole ou de la syphilis dans certains pays développés ne semblent pas pour le moment être à l’origine d’une remobilisation significative des populations.

De la surprise à l’adaptation au risque

Ces comportements apparemment « irrationnels » résultent pourtant de mécanismes psychologiques qui sont bien documentés. L’excès de précaution relève le plus souvent de phénomènes de surprise, c’est-à-dire de situations dans lesquelles les événements indésirables observés sont discordants avec ceux qui étaient attendus par les acteurs concernés [3]. Il convient toutefois de noter qu’une surprise peut être positive ou négative : dans un cas, cela favorisera les peurs collectives et, dans l’autre, l’absence de réaction des populations, comme lors de la pandémie grippale de 2009 [4].

A contrario, les phénomènes d’indifférence aux risques relèvent sans doute des phénomènes d’accoutumance, c’est-à-dire d’adaptations qui se produisent lorsque la réponse à un stimulus tend à diminuer à mesure que les individus y sont exposés, comme la baisse tendancielle dans la peur ressentie lors de la répétition d’informations anxiogènes. La lutte anti-vectorielle dans les territoires qui sont confrontés depuis longtemps à des épidémies de dengue constitue un cas typique de cette adaptation au risque. Cette « érosion » de la peur implique généralement une accoutumance, voire une banalisation, face à l’avertissement d’un danger. Ces comportements soulignent la nécessité d’augmenter la puissance de l’information afin de reproduire des effets comparables à ceux observés lors de l’exposition initiale.

Le rôle prépondérant de l’incertitude et de l’endémicité

Quels sont les facteurs psychosociologiques qui favorisent l’activation d’un certain type de réponse comportementale – plutôt qu’un autre – face aux risques sanitaires ? D’une manière générale, les économistes et les psychologues s’entendent pour dire que l’incertitude perçue par les individus quant à l’ampleur et la nature des risques pour la santé joue un rôle fondamental dans leur « acceptabilité » par cette population. De nombreux travaux expérimentaux ont, en effet, démontré l’existence d’un principe d’aversion à l’incertitude qui se traduit notamment par le fait que nous avons peur de ce que nous ne comprenons pas et de ce qui échappe ainsi à notre contrôle.

Il apparaît toutefois que l’incertitude qui caractérise les risques sanitaires tend à baisser au cours du temps, à mesure que la recherche médicale progresse, ce qui facilite leur banalisation mais aussi notre indifférence à leurs égards, en particulier lorsque des traitements thérapeutiques sont mis sur le marché. À la limite, il ne semble pas nécessaire de se faire vacciner contre une pathologie émergente : il suffit de savoir qu’il en existe un vaccin efficace et disponible pour ne plus s’en soucier.

Ce phénomène de réassurance paradoxale procède de ce que les psychologues appellent l’« illusion de contrôle ». Ainsi, les risques sanitaires qui dépendent de nous-même nous inquiètent généralement beaucoup moins que ceux qui dépendent d’autrui, quand bien même les premiers font sensiblement plus de victimes que les seconds.

De la panique à l’accoutumance

Un second facteur – qui semble jouer un rôle fondamental dans la réaction des populations face aux risques sanitaires – est leur caractère plus ou moins récurrent. Les problèmes endémiques (comme les maladies de l’appareil circulatoire ou les accidents de la route) facilitent les phénomènes d’accoutumance, qui peuvent se traduire par un relâchement dans les habitudes de prévention acquises au cours du temps.

Toutefois, la mise en évidence de nouveaux risques potentiels liés à des pratiques anciennes – comme la vaccination ou la contraception orale – peut également donner lieu à des phénomènes de « panique », c’est-à-dire de changements dans les comportements collectifs qui peuvent paraître disproportionnés au regard de l’ampleur des phénomènes épidémiologiques mis en évidence par ces recherches. On peut citer, à titre d’exemple, la désaffection durable dont fait l’objet la vaccination infantile (Rougeole, Oreillons, Rubéole) dans les pays anglophones suite à une suspicion d’augmentation des risques d’autisme.

En pratique, l’analyse de ces facteurs psychosociologiques permet de proposer une typologie de la réaction des populations face aux risques sanitaires les plus communs. Cette typologie est particulièrement pertinente pour les maladies émergentes ou réémergentes auxquelles nous sommes régulièrement confrontés, dans la mesure où elle nous permet d’ajuster les stratégies de prévention et de communication sociale que nous mobilisons pour gérer ces situations. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Cohen J.T., Neumann P.J., Weinstein M.C. Does preventive care save money? Health economics and the presidential candidates. *The New England Journal of Medicine*, 2008, vol. 358, n° 7 : p. 661-663. En ligne : <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp0708558>

[2] Raude J., Chinfatt K., Huang P., Betansedi C.O., Katumba K., Vernazza N., *et al.* Public perceptions and behaviours related to the risk of infection with *Aedes* mosquito-borne diseases: a cross-sectional study in Southeastern France. *BMJ open*, 2012, vol. 2, n° 6 : e002094. En ligne : <http://bmjopen.bmj.com/content/2/6/e002094.full.pdf+html>

[3] Loewenstein G., Mather J. Dynamic processes in risk perception. *Journal of Risk and Uncertainty*, 1990, vol. 3, n° 2 : p. 155-175.

[4] Sherlaw W., Raude J. Why the French did not choose to panic: a dynamic analysis of the public response to the influenza pandemic. *Sociology of Health & Illness*, 2013, vol. 35, n° 2 : p. 332-344. En ligne : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.2012.01525.x/epdf>

Une stratégie pour et avec les populations : l'exemple de la lutte contre la dengue

Philippe Quénel,

Professeur, directeur du Laboratoire d'étude et de recherche en environnement et santé (Leres), École des hautes études en santé publique (EHESP), Rennes.

La dengue est une maladie virale transmise par les moustiques (*Aedes aegypti*, *Aedes Albopictus* et *Aedes Polynesiensis*). C'est une pathologie généralement d'évolution bénigne dans sa forme commune, dite fièvre dengue classique, mais qui peut revêtir un caractère sévère avec mise en jeu du pronostic vital. C'est notamment le cas des formes dites hémorragiques et des formes sévères non hémorragiques (atteintes hépatiques, neurologiques, cardiaques, rénales, etc.) [1].

La lutte contre la dengue dans les Amériques

Le constat d'échec de presque un demi-siècle (1970-2000)

Les campagnes de démoustication visant à éliminer *Ae. Aegypti*, menées dans les Amériques au cours des décennies 1950 et 1960, ont été couronnées de succès puisque, en 1972, ce vecteur de la dengue avait été supprimé dans vingt et un pays de cette région du monde [2]. Pourtant, au cours des décennies suivantes, l'incidence de dengue n'a fait qu'augmenter avec des épidémies survenant régulièrement tous les trois à cinq ans et dont l'ampleur n'a cessé d'augmenter [3].

Certes, cette évolution défavorable est liée à de nombreux facteurs. Des facteurs physiques, comme le chan-

gement climatique, le réchauffement planétaire ou le phénomène d'El Niño/El Niña [4], qui influent sur l'intensité et la durée des saisons des pluies, les cyclones, ou provoquent des sécheresses intenses et des dommages à la biodiversité, altérant les écosystèmes et créant les conditions qui facilitent l'expansion et la dissémination d'organismes pathogènes et des vecteurs [5, 6]. Des facteurs biologiques sont également responsables de cette évolution : circulation concomitante de plusieurs sérotypes, virulence accrue de certaines souches virales [7], réponse immunitaire variable [8], résistance croissante aux insecticides [9, 10], etc. Enfin, des facteurs socio-économiques et politiques ont joué également un rôle clé comme la croissance démographique conduisant à l'accumulation d'importantes populations susceptibles à l'infection, les migrations et l'urbanisation non contrôlée conduisant à une croissance urbaine avec des « ceintures de pauvreté » où le manque de services de base comme l'accès aux soins, l'approvisionnement en eau ou l'élimination des déchets liquides et solides [11] font de ces ceintures de véritables « pépinières à moustiques »... Mais la perte de la capacité de réponse des programmes nationaux pour prévenir et contrôler la dengue a sans aucun doute constitué l'un des principaux facteurs de l'expansion de cette maladie.

Désormais, les cas de dengue sont actuellement rapportés dans la quasi-totalité des pays des Amériques. Cette maladie y constitue un problème de santé publique croissant [12], son

incidence ayant été multipliée par trente au cours des cinquante dernières années. L'épidémiologie de la dengue dans cette région du monde, y compris les départements français d'Amérique (DFA) [13], évolue vers une hyper-endémicité [3] qui se traduit aujourd'hui par plus de 1,2 million de cas par an, dont près de 30 000 cas sévères et 1 000 décès annuels [14]. Cette maladie a également un fort impact social et économique : son coût dans les Amériques a été évalué à plus de 2,1 milliards de dollars US par an [15].

Un nécessaire changement de paradigme

Jusqu'au début de ce siècle, la quasi-totalité des autorités de santé publique ont fondé leur politique de prévention de la dengue essentiellement sur la réduction des gîtes larvaires, via l'action des services de démoustication. Ce modèle de prévention, généralement ni intégré ni suffisamment participatif, et restant cantonné au seul secteur de la santé, n'a pas permis d'aborder la lutte contre la dengue dans toute son ampleur et toutes ses dimensions.

En l'absence de technologies nouvelles vraiment opérationnelles pour le contrôle des moustiques, en l'absence de traitement spécifique et de vaccin efficace contre la maladie, de nouvelles stratégies ont dû être trouvées, rompant avec les approches verticales traditionnelles et promouvant les changements comportementaux et la responsabilisation citoyenne. C'est ainsi que, en 1999, l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

L'ESSENTIEL

Partout dans le monde, la lutte contre la dengue, si elle rencontre certains succès, se heurte à la difficulté de toucher les populations afin qu'elles adoptent les comportements de prévention les plus adéquats, tout en bénéficiant d'un environnement favorable qui le permette.

Conscientes de ces difficultés, les autorités sanitaires internationales ont élaboré une stratégie d'action intégrant la promotion de la santé comme l'un des facteurs de réussite dans la lutte contre ce type d'épidémie.

C'est cette approche « au plus près des populations » qui, peu à peu, est ainsi mise en œuvre dans les pays concernés, y compris les départements français d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Guyane, Réunion).

a introduit, pour la première fois, la notion de stratégie globale pour la prévention et le contrôle de dengue [16]. Cette stratégie était basée sur cinq composantes :

- le diagnostic et la gestion des cas ;
- la surveillance épidémiologique et la préparation à l'épidémie ;
- le contrôle vectoriel durable ;
- le développement et la mise en place d'un futur vaccin ;
- la recherche opérationnelle.

En 2001, sur la base de cette nouvelle approche, l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a formulé des directives régionales visant à promouvoir dans les pays membres une nouvelle génération de programmes nationaux basés sur la participation communautaire, l'éducation à la santé et la coordination intersectorielle par les organisations gouvernementales et/ou non gouvernementales. Et c'est en 2003 que le 44^e Conseil des directeurs de l'OPS a approuvé l'adoption de la « Stratégie de gestion intégrée pour la prévention et le contrôle de la dengue » (IMS-Dengue¹), modèle de gestion visant à réduire la morbidité, la mortalité et le poids social et économique liés aux épidémies de dengue. Pour atteindre ces objectifs, cette stratégie vise à modifier des comporte-

ments individuels et communautaires et diminuer l'ensemble des facteurs de risque de la transmission par des mesures coordonnées, tant à l'interne qu'à l'externe du secteur de la santé.

La Stratégie de gestion intégrée pour la prévention et le contrôle de la dengue dans les Amériques

Les retours d'expérience menés après les épidémies ont montré que les mécanismes de réponse habituels sont généralement inefficaces et que les systèmes de santé peuvent être rapidement débordés par des épidémies de grande ampleur. Des moyens humains (formés), techniques et fonctionnels nécessaires au diagnostic, à la prise en charge clinique, au contrôle vectoriel, ainsi que des stratégies de communication adéquates pour atteindre de manière effective les communautés visées, sont les éléments clés pour une prise en charge efficace des épidémies de dengue.

Principe

L'IMS-Dengue a été développée pour aborder plus efficacement tous les facteurs qui influencent la prolifération du vecteur de la dengue et facilitent la transmission de maladie. Elle a pour principe de promouvoir, par une poli-

tique multisectorielle et une approche interdisciplinaire, l'intégration fonctionnelle de six composantes essentielles (voir Figure 1) pour le contrôle de la dengue que sont :

- la communication sociale ;
- la surveillance épidémiologique ;
- la lutte vectorielle intégrée ;
- la gestion de l'environnement ;
- la prise en charge des cas cliniques ;
- et le diagnostic biologique.

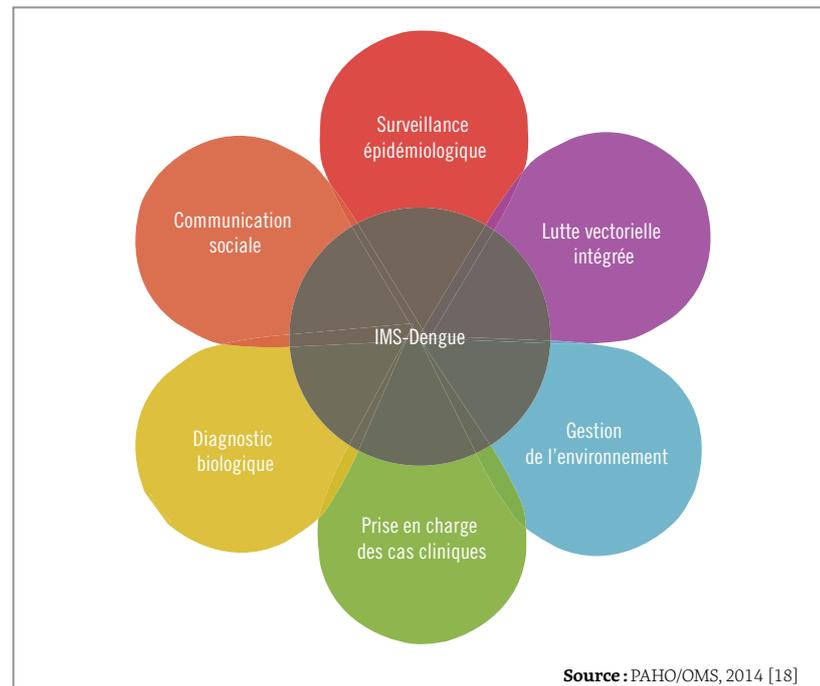
Mise en œuvre et déploiement

La déclinaison de cette stratégie nécessite d'élaborer, de préparer et de mettre en œuvre un plan national ainsi que des plans régionaux intégrés, conçus par les autorités et les experts de chaque pays, basés sur une approche intersectorielle et inter-programmatique, permettant d'évaluer les activités menées et d'assurer leur continuité sur la base des ressources mobilisées.

Depuis 2003, l'OPS/OMS a apporté son soutien aux États membres pour la mise en œuvre de l'IMS-Dengue. Depuis lors, vingt-deux pays des Amériques ont adopté cette démarche et mis en place des plans de prévention et de contrôle.

En 2009, l'OPS a sollicité les autorités sanitaires de Martinique pour accueillir un séminaire visant à élaborer

Figure 1 : Les six composantes essentielles de la Stratégie de gestion intégrée pour la prévention et le contrôle de la dengue (IMS-Dengue¹)





une IMS-Dengue pour la sous-région de la Caraïbe [17]. Ce séminaire qui a rassemblé des participants de la quasi-totalité des pays et territoires de la Caraïbe a, pour ce qui concerne les DFA, permis de conforter et de renforcer leur stratégie de lutte en faisant évoluer les plans d'action déjà existants et mis en œuvre dans chaque département : les PSAGE-Dengue². La dynamique générée par ce séminaire a ainsi permis de construire une démarche plus cohérente à l'échelon régional de la Caraïbe, conduisant notamment à renforcer les capacités d'alerte et de réponse rapide.

La communication sociale : une composante faible de la stratégie de gestion intégrée

En 2014, l'OPS a organisé un meeting afin d'étudier les premiers résultats d'une revue systématique de la littérature publiée pour chacune des composantes de l'IMS-Dengue développée dans les pays des Amériques [18]. Parmi les six composantes de la stratégie, il a été jugé que trois d'entre elles nécessitent d'être largement renforcées : la gestion de l'environnement, la lutte anti-vectorielle et la communication sociale.

Concernant cette dernière, d'énormes quantités d'argent ont, en effet, été consacrées aux campagnes de communication destinées à prévenir et combattre la dengue. Mais pour un grand nombre de ces campagnes, les effets n'ont généralement pas

été clairement établis, notamment en raison du fossé qui sépare ceux qui conçoivent les interventions de lutte et de prévention (spécialistes de santé publique, administrateurs de la santé, épidémiologistes, cliniciens, vétérinaires, etc.) et les personnes qui communiquent ou s'emploient à mobiliser les communautés.

Il faut d'ailleurs noter à cet égard que le terme retenu par l'OPS pour la composante « Communication sociale » ne l'a été qu'en raison de l'importance du rôle joué par la communication à travers toutes les composantes de l'IMS-Dengue, mais que cette composante s'enracine dans le cadre plus large de la promotion de la santé. La promotion de la santé est une approche globale destinée à accroître la participation individuelle et collective aux actions de santé. Elle contribue à la prévention et au contrôle des épidémies :

- en améliorant les connaissances et les compétences individuelles en santé, par l'éducation, l'information et la communication ;
- en renforçant l'action communautaire par la mobilisation sociale ;
- en créant un environnement protecteur et favorable à la santé par la médiation et la négociation ;
- en concevant des politiques publiques saines, une législation et des contrôles économiques et fiscaux qui favorisent la santé et le développement par des actions de persuasion et de sensibilisation ;

- en réorientant les services de santé, au profit de la prévention et des besoins des usagers.

La promotion de la santé consiste donc à influencer sur la politique, la législation et les services de santé par des interventions à long terme et pérennes ; chaque action de promotion de la santé comportant un volet de communication.

L'objectif de la composante « Communication sociale » étant de renforcer la capacité des pays à mettre en œuvre des actions centrées sur le changement de comportements ciblés, l'OPS a recommandé de s'appuyer sur l'approche « Communication pour un impact comportemental » (Combi³) prônée par l'OMS [19], dans laquelle les interventions techniques doivent être comprises et appliquées dans leur contexte comportemental, culturel, économique, politique et social. Cette approche, issue de la communication dans le domaine de la consommation et qui allie éducation, information et marketing, repose sur une utilisation stratégique de la communication qui constitue ainsi le point d'ancrage possible pour tout un éventail d'actions de promotion de la santé.

La riposte type à une crise consiste en effet trop souvent à produire des messages, des dépliants, des brochures, des affiches, des T-shirts, des messages radiophoniques, des spots télédiffusés, des SMS, des vidéos, etc. sans chercher à déterminer si ces matériels sont

vraiment adaptés au résultat comportemental souhaité et sans réellement procéder aux études préalables nécessaires. La démarche Combi s'appuie sur deux grands principes :

- fixer des résultats comportementaux à atteindre avant de produire tout matériel de communication ;
- effectuer une étude de marché pour affiner les résultats comportementaux souhaités et déterminer la manière optimale de susciter l'intérêt du public visé pour adopter les comportements recommandés.

Dans son évaluation de 2014, l'OPS a souligné les avancées obtenues sur la composante « Communication sociale » dans les pays ayant mise en œuvre l'IMS-Dengue, comme la reconnaissance en tant que telle de la valeur de la communication sociale dans la prévention et le contrôle de la dengue, une pratique accrue et une meilleure connaissance en communication sociale, l'utilisation de données pour la prise de décisions quant à l'identification des comportements et des publics cibles, ou la reconnaissance plus importante de l'intérêt de l'approche communautaire notamment chez le personnel des ministères de la Santé.

Restent cependant de nombreux défis à relever, notamment le faible recours à la démarche Combi, le manque de continuité des actions et le manque d'assistance des ministères de la Santé et/ou des administrations locales, le manque d'indicateurs concernant les comportements pour le suivi du programme de prévention et de contrôle, ou la croyance qui perdure de la santé et la maladie ne relèvent de la responsabilité que du seul secteur de la santé...

Les exemples abordés dans ce dossier consacré aux « Urgences sanitaires : agir au plus près des populations » permettent d'illustrer les succès et les difficultés rencontrés en France pour mettre en œuvre une stratégie de communication conçue comme point d'ancrage d'actions de promotion de la santé ! ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Quénel P., Rosine J., Cassadou C., Ardillon V., Blateau A., Matheus S., et al. Épidémiologie de la dengue dans les départements français d'Amérique. *BEH*, 2011, n° 33-34 : p. 358-363. En ligne : www.invs.sante.fr/content/download/18602/117933/version/5/file/BEH_33_34_2011.pdf
- [2] Rodríguez Cruz R. Estrategias para el control del dengue y del *Aedes aegypti* en las Américas. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 2002, vol. 54, n° 1 : p. 189-201.
- [3] San Martín J.L., Brathwaite O., Zambrano B., Solorzano J.O., Bouckenoghe A., Dayan G.H., et al. The Epidemiology of Dengue in the Americas Over the Last Three Decades: A Worrisome Reality. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2010, vol. 82, n° 1 : p. 128-135. En ligne : <http://www.ajtmh.org/content/82/1/128.full.pdf+html>
- [4] Anyamba A., Chretien J.-P., Small J., Tucker C.J., Linthicum K.J. Developing global climate anomalies suggest potential disease risks for 2006-2007. *International Journal of Health Geographics*, 2006, vol. 5, n° 1 : p. 60.
- [5] Patz J.A., Epstein P.R., Burke T.A., Balbus J.M. Global climate change and emerging infectious diseases. *The Journal of the American Medical Association*, 1996, vol. 275, n° 3 : p. 217-223.
- [6] Khasnis A.A., Nettleman M.D. Global warming and infectious disease. *Archives of Medical Research*, 2005, vol. 36, n° 6 : p. 689-696. En ligne : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188440905001517>
- [7] Holmes E.C., Burch S.S. The causes and consequences of genetic variation in dengue virus. *Trends in Microbiology*, 2000, vol. 8, n° 2 : p. 74-77. En ligne : [www.cell.com/trends/microbiology/pdf/S0966-842X\(99\)01669-8.pdf](http://www.cell.com/trends/microbiology/pdf/S0966-842X(99)01669-8.pdf)
- [8] Chaturvedi U., Nagar R., Shrivastava R. Dengue and dengue haemorrhagic fever: implications of host genetics. *FEMS Immunology & Medical Microbiology*, 2006, vol. 47, n° 2 : p. 155-166.
- [9] Cui F., Raymond M., Qiao C.L. Insecticide resistance in vector mosquitoes in China. *Pest Management Science*, 2006, vol. 62, n° 11 : p. 1013-1122.
- [10] Sathanthrop S., Paeporn P., Supaphathom K. Detection of insecticides resistance status in *Culex quinquefasciatus* and *Aedes aegypti* to four major groups of insecticides. *Tropical Biomedicine*, 2006, vol. 23, n° 1 : p. 97-101.
- [11] Tauil P.L. Urbanização e ecologia do dengue. *Cadernos de Saude Publica*, 2001, vol. 17, (suppl.) : p. 99-102.
- [12] Pan American Health Organization (PAHO). *Number of reported cases of dengue and dengue hemorrhagic fever (DHF), Region of the Americas (by country and subregion) from 1995 through 2007*. En ligne : <http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/dengue.htm>
- [13] 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 (p. 1-13).
- [14] Pan American Health Organization (PAHO). *Number of Reported Cases and Severe Dengue (SD) in the Americas, by Country*. En ligne : <http://www.paho.org/dengue>
- [15] Shepard D.S., Coudeville L., Halasa Y.A., Zambrano B., Dayan G.H. Economic Impact of Dengue Illness in the Americas. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2011, vol. 84, n° 2 : p. 200-207. En ligne : <http://www.ajtmh.org/content/84/2/200.full.pdf+html>
- [16] World Health Organization (WHO). *Strengthening Implementation of the Global Strategy for Dengue Fever and Dengue Hemorrhagic Fever, Prevention and Control. Report of the informal consultation*. Geneva: WHO HQ, 1999 : 20 p. En ligne : <http://www.who.int/csr/resources/publications/dengue/whocdsdenic20001.pdf>
- [17] Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) Antilles Guyane. *Integrated management strategy for Dengue prevention and control in the Caribbean subregion. Bulletin de Veille Sanitaire Antilles Guyane*, 2009, n° 8 : 15 p.
- [18] Pan American Health Organization (PAHO). *State of the art in the Prevention and Control of Dengue in the Americas. Meeting report*. May 2014. Washington DC : 54 p. En ligne : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4501&Itemid=41038&lang=en
- [19] World Health Organization (WHO). *Communication pour un impact comportemental (COMBI). Outil pour la communication comportementale et sociale dans le cadre de la riposte aux flambées épidémiques*. WHO, 2012 : 136 p. En ligne : http://www.who.int/ihr/publications/COMBI_ToolKit_fr.pdf?ua=1

L'Inpes : acteur des dispositifs de prévention en cas de risques ou d'urgences sanitaires

Christine Jestin, médecin de santé publique, responsable du pôle maladies infectieuses et environnementales, Inpes
Félicie David, chargée de communication, direction de l'information et de la communication, Inpes

Créé par la loi du 4 mars 2002, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) est chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général de la politique de santé publique fixée par le gouvernement. Ses missions ont, par la loi du 9 août 2004, été élargies à la participation à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, qui correspondent essentiellement aux risques infectieux et climatiques. Cela signifie que l'Inpes, en lien étroit avec le ministère de la Santé et les autres partenaires institutionnels, peut être chargé de contribuer à l'information, l'éducation et la préparation de la population à d'éventuelles crises sanitaires.

Informé, du national au local

L'Inpes intervient en amont des événements en préparant des dispositifs d'information intégrés dans les plans nationaux (canicule,

grand froid, chikungunya et dengue en métropole, etc.). Il intervient également, sur saisine du ministère, en situation d'urgence ou de crise.

Ainsi, son rôle est de concevoir, réaliser et mettre à disposition des contenus pour tous les supports d'information (campagnes à la télévision, à la radio, dans la presse, sur Internet ; affiches, dépliants, brochures, etc.) qui sont diffusés aux relais nationaux et régionaux en métropole et en outre-mer. Les destinataires ? La population générale, les groupes de population concernés, les acteurs professionnels et institutionnels. Il peut s'agir d'une impression ou d'une diffusion en urgence, de la simple mise à jour d'un support (affiche, dépliant), voire de la création d'un site Internet spécifique. L'action de l'Inpes peut aussi prendre la forme d'un appui méthodologique sur une stratégie de communication ou d'études à mettre en place. L'Institut accompagne les acteurs régionaux – en particulier les agences régionales de santé (ARS) – et locaux : des outils sont mis à leur disposition sous forme de kits comprenant spots radio et TV, dossiers de presse rédigés ou sonores, communiqués de presse, fiches type questions/réponses, insertions presse, affichettes prêtes à imprimer, etc.

Sras, grippe aviaire, canicule, grand froid

À titre d'exemple, dès 2003, lors de la survenue du Sras, l'Inpes s'est impliqué dans le champ des crises sanitaires à la demande du ministère de la Santé : des affiches ont été créées et diffusées dans les aéroports pour informer les

voyageurs en provenance des zones à risque des symptômes évocateurs et de la conduite à tenir. À partir de 2004, des projets ont été successivement menés sur la prévention de la grippe aviaire, la prévention des impacts sanitaires de la canicule, du grand froid, de la pandémie grippale A (H1N1), des épidémies virales hivernales, des infections à méningocoques B en Normandie, du chikungunya et la dengue en métropole, de la rougeole, des inondations et, plus récemment, de la maladie à virus Ebola.

Depuis 2005, la stratégie d'information de l'Inpes s'articule autour de deux axes spécifiques :

- mobiliser les populations en prenant en compte l'incertitude du risque, en amont de la crise ;
- faire de la pédagogie du risque : informer, expliquer.

Premier axe : la communication doit prendre en compte l'incertitude liée à la survenue de l'événement et à son évolution. Elle doit être adaptée au dispositif général de prévention défini dans le cadre d'un plan national, tout en prenant en compte la situation réelle et son évolution. À cet égard, l'objectif est d'identifier dans des délais courts le contexte, les bons leviers, les freins, le public et les professionnels concernés. Ensuite, il s'agit de trouver le ton juste pour éviter de générer un sentiment de panique injustifié, de scepticisme ou d'incrédulité. Ainsi, comme à la suite de la pandémie grippale de 2009, une diminution de crédibilité et de confiance dans les

L'ESSENTIEL

► Grippe, canicule, grand froid, dengue, chikungunya..., l'Inpes a pour mission d'informer les populations en prévention des risques et de crises sanitaires, en lien étroit avec les autres organismes d'État impliqués.

► L'un des principaux objectifs est d'informer au plus près les populations, y compris en utilisant les relais les plus adaptés, afin que les messages de prévention soient pris en compte.

messages publics et une démobilisation des populations visées sont susceptibles de se développer et de provoquer l'inefficacité de la stratégie de prévention.

Second axe : la pédagogie du risque consiste à donner les moyens aux publics concernés de comprendre les risques encourus, pour adopter les comportements adaptés.

Rendre l'information accessible

La stratégie d'information des professionnels et du grand public s'appuie sur de nombreux partenaires relais, pour que l'information soit bien diffusée au plus près des personnes concernées. En effet, la communication interpersonnelle ou en face-à-face est souvent plus efficace pour l'appropriation d'un message visant l'adoption d'un comportement adapté, en particulier lors des situations exceptionnelles ou d'urgences sanitaires.

Les publics concernés sont variés et dépendants du contexte : population générale, professionnels de santé, populations vulnérables (enfants, personnes âgées, femmes enceintes, malentendants, malvoyants, etc.). Cela signifie qu'il est nécessaire de rendre l'information accessible partout et pour tous, c'est-à-dire de décliner les outils par thèmes et par cibles pour informer et expliquer, y compris à des personnes ayant des difficultés de lecture ou d'accès à l'information, telles que les personnes en situation de handicap visuel ou auditif (*voir l'article p. 33, ndlr*).

Parmi les relais les plus importants, citons les leaders d'opinion, les services déconcentrés de l'État et les acteurs de terrain (ARS, institutions, collectivités territoriales et locales, associations, etc.). Tous peuvent être impliqués dès la phase de préparation de crise. Autres relais majeurs, les médias, qui disposent d'une importante force de déploiement de l'information au plus près de la population ; ils doivent être régulièrement avertis pour relayer les informations dans des délais rapides. Leurs publications ont, en effet, la capacité de disséminer très rapidement l'information notamment via les réseaux sociaux et d'avoir un impact

sur le public pour qu'il adopte les comportements adaptés en fonction de la situation.

Dans la perspective de la nouvelle Agence nationale de santé publique, réunissant l'Inpes, l'InVS (Institut de veille sanitaire) et l'Éprus (Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires) qui verra le jour début 2016, l'intervention en cas de situation d'urgence ou de crise sanitaire devrait être renforcée grâce à la mutualisation des trois entités actuelles, de leurs expertises et savoir-faire spécifiques. Un *continuum* devrait se créer, allant de la surveillance et l'investigation sur les signaux d'alerte à la gestion de l'urgence

sanitaire – notamment par la mise en place de stratégies d'information et de communication – afin d'éviter, autant que faire se peut, que l'événement ne se transforme en crise sanitaire.

Pour en savoir plus

Des études et documents d'information relatifs aux risques infectieux et environnementaux sont mentionnés dans le « Pour en savoir plus », à la fin de ce dossier. Voir également les sites Internet de l'Inpes (www.inpes.sante.fr), de l'InVS (www.invs.sante.fr) et du ministère de la Santé (www.sante.gouv.fr) régulièrement mis à jour.

INFORMER EN AMONT DES ÉVÉNEMENTS ET EN SITUATION D'URGENCE

L'Inpes intervient selon deux procédures : 1) en préparation (dite « à froid ») d'une possible situation exceptionnelle ; 2) en intervention face à une situation de crise (« à chaud »).

Dans le premier cas (préparation), l'événement (épisode de canicule, épidémie de grippe, etc.) est identifié, mais il n'est pas possible de prévoir s'il surviendra, à quelle date, ou quelle sera son ampleur potentielle. L'intervention consiste donc à élaborer la stratégie d'information et de communication décrivant comment reconnaître la situation et quels comportements adopter si l'événement (canicule, grand froid, épidémie saisonnière) survient.

Ainsi, dans le cas de la prévention du chikungunya et de la dengue en métropole, la préparation à froid s'inscrit dans le cadre d'un plan national visant à informer et sensibiliser les acteurs institutionnels, médecins, pharmaciens et agences de voyages dans les régions¹ où les vecteurs sont implantés ; et ce, pour prévenir la transmission du virus. Les médecins reçoivent un document d'information qui décrit les modes de transmission, les symptômes, la stratégie de diagnostic, la conduite à tenir et les gestes de prévention ; et, pour les voyageurs en partance pour des zones d'endémie ou qui en reviennent, des affiches et des dépliants d'information sont dispo-

nibles dans les aéroports, les ports, chez les médecins, dans les pharmacies, les centres de vaccination et les agences de voyages.

Dans le second cas des interventions « à chaud », en situation d'événement exceptionnel, d'urgence ou de crise qui n'ont pu être clairement identifiés à l'avance, il est nécessaire de concevoir, dans des délais très brefs, un dispositif de communication adapté. À titre d'exemple, citons le dispositif pour informer la population française sur la maladie à virus Ebola. En octobre 2014, sur demande de la direction générale de la Santé (DGS), l'Inpes a réalisé différents supports à destination du grand public. Ce dispositif donne la priorité à l'information spécifique des voyageurs et des migrants originaires des régions touchées sur les risques potentiels de contamination en cas de voyage, sur les moyens de prévention et de protection pour ne pas être contaminé. Il explique les conduites à tenir au retour de ces pays et, plus globalement, informe les communautés qui en sont originaires et, au-delà, l'ensemble de la population.

C. J. et F. D.

¹ Régions concernées en 2015 : Aquitaine, Bourgogne, Corse, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes.

Le processus de veille, d'alerte et de réponse de l'InVS aux situations exceptionnelles

Thierry Cardoso,
directeur du département
de la coordination des alertes
et des régions,
Institut de veille sanitaire,
Saint-Maurice.

Depuis sa création en 1998, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a pour missions la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population, la veille, l'alerte et la détection des menaces sanitaires. Ceci dans une perspective d'alerte des autorités sanitaires et d'aide à la décision. La gestion des menaces est alors prise en charge par les autorités sanitaires qui en ont la responsabilité. Il s'agit essentiellement de la direction générale de la Santé (DGS) au niveau national et des agences régionales de santé (ARS) au niveau régional. D'autres institutions portent également des responsabilités dans le domaine de la gestion de l'alerte : la direction générale de l'Alimentation (DGAL), la direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des fraudes (DGCCRF), les directions régionales de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (Dreal), les directions des services vétérinaires (DSV) ou encore la direction en Santé au travail (DST). Celles-ci se réunissent chaque semaine autour du directeur général de la santé lors de la réunion de sécurité sanitaire.

Les fondements de la veille/alerte

Le concept de veille sanitaire poursuit les objectifs suivants :

- détecter précocement et anticiper les risques sanitaires ;

- en mesurer l'importance en termes d'impact en population ;
- contribuer à identifier les options de gestion et leur efficacité potentielle ;
- évaluer les mesures mises en œuvre pour contrôler le phénomène.

Pour cela, l'organisation du recueil des « événements sanitaires » ou « signaux » s'appuie sur :

- des systèmes de surveillance spécifiques ou non spécifiques qui collectent de façon régulière de l'information structurée pour produire des indicateurs définis *a priori* ;
- le recueil et l'analyse de signaux divers émanant de différentes sources de nature variée, provenant tant de professionnels de la santé que de la société civile (associations, particuliers, entreprises, administrations, médias, scientifiques, etc.).

Les actions relevant du processus sont les suivantes :

- la réception du signal (à l'InVS au niveau national et en ARS au niveau régional) ;
- sa validation (InVS et/ou ARS) ;
- son évaluation (InVS et/ou ARS) ;
- le déclenchement de l'alerte (InVS) et la mise en œuvre de la réponse (DGS et ARS). Le suivi des indicateurs ou les résultats d'investigations complémentaires peut permettre d'évaluer l'efficacité de la réponse.

Évaluer le risque

La démarche de détection des signaux repose sur un cadre méthodologique et rigoureux d'analyses, qui

L'ESSENTIEL

- ▣ Les urgences sont au cœur des missions de l'Institut de veille sanitaire (InVS).
- ▣ Afin de détecter les événements et d'appuyer les agences régionales de santé pour l'organisation de la réponse au plus près des populations, l'InVS travaille avec son réseau des Cire sur le terrain, et en lien avec les experts et les réseaux scientifiques de proximité.

a pour objectif d'évaluer si le signal constitue une menace potentielle pour la santé publique. Cette évaluation de risque s'effectue :

- au regard de critères propres au pathogène (nouvel agent infectieux, potentiel épidémique, sévérité, létalité, etc.), au toxique ;
- ou, plus généralement, au regard de l'événement rapporté qui peut être lié à la santé ou à l'environnement, et des moyens de lutte dont on dispose (traitements, mesures de contrôle efficace pour réduire le risque, etc.). Une alerte peut être déclenchée si l'on considère qu'il existe une menace. Des investigations complémentaires sont parfois nécessaires afin de définir la source ou la cause de cette menace ainsi que les caractéristiques des personnes touchées ; ceci visant à orienter les mesures de gestion et de contrôle appropriées prises par les autorités sanitaires pour permettre



de minimiser, voire de supprimer, le risque sanitaire. À la fin de l'intervention, une évaluation de son impact est souhaitable afin d'améliorer et d'optimiser les processus.

Des signaux sanitaires multiformes

Les signaux sanitaires sont multiformes et proviennent de sources variées. Le signal peut être quantitatif (augmentation inhabituelle d'un indicateur, apparition de cas groupés dans le temps et dans l'espace, etc.) ou qualitatif (signalement d'un événement de santé perçu comme inhabituel par un professionnel de santé, voire par un citoyen, information repérée sur le web, information envoyée par un partenaire international dans le cadre notamment du règlement sanitaire *via* le système d'alerte précoce : EWRS (*Early Warning and Response System*), etc.).

« POUR RÉPONDRE À SA MISSION DE VEILLE SANITAIRE, L'INVS S'APPUIE À LA FOIS SUR DES RÉSEAUX DE SURVEILLANCE ET DE VEILLE DÉVELOPPÉS AU SEIN MÊME DE L'INSTITUT ET SUR DES RÉSEAUX DE PROFESSIONNELS MULTIDISCIPLINAIRES. »

Le traitement des signaux et des alertes repose sur un processus standardisé et formalisé. Lorsque l'évaluation d'un signal sanitaire conduit à sa qualification en alerte et justifie une information/action du niveau national, une fiche alerte est produite et

transmise à la coordination de l'alerte de l'InVS qui les centralise. L'ensemble des alertes en cours d'investigation fait l'objet d'un Bulletin quotidien des alertes (BQA) transmis par l'InVS aux autorités sanitaires et aux structures sanitaires (direction générale de la Santé, ARS, autres agences sanitaires, etc.). Cet outil d'information et de traçabilité facilite l'interaction et les échanges avec les autres acteurs de la sécurité sanitaire.

Surveillance et réseau national

Pour répondre à cette mission de veille sanitaire, l'InVS s'appuie à la fois sur des réseaux de surveillance et de veille développés au sein même de l'Institut et sur des réseaux de professionnels multidisciplinaires (épidémiologistes, cliniciens, microbiologistes, entomologistes, évaluateurs de risques, toxicologues, spécialistes en sciences

GESTION DU RISQUE : L'EXEMPLE DU CHIKUNGUNYA AUX ANTILLES

Le 5 décembre 2013, les premiers cas autochtones de chikungunya détectés sur le territoire de Saint-Martin (Antilles françaises) étaient confirmés par le Centre national de référence des arboviroses, à la suite d'une investigation menée depuis le 22 novembre 2013 sur des cas groupés de syndromes « *dengue-like* » (cliniquement proches de la dengue). Dans les semaines qui ont suivi, les premiers cas autochtones étaient diagnostiqués sur les autres territoires des départements français d'Amérique (DFA) : en Martinique, le 18 décembre ; en Guadeloupe, le 24 décembre ; à Saint-Barthélemy, le 30 décembre.

Plusieurs facteurs présageaient d'une extension rapide du virus : une population entièrement susceptible vis-à-vis de ce virus, la présence d'un vecteur compétent (le moustique *Aedes aegypti*), l'intensité des échanges entre les différentes îles. Face à cette situation, l'InVS s'est rapidement mobilisé au niveau local grâce à sa cellule Antilles Guyane (Cire AG) et au niveau national par l'activation du niveau de réponse de vigilance renforcée, soit le niveau 2 (sur une échelle de 3).

Sur le plan national au sein de l'InVS, une organisation dédiée a été mise en place comprenant le renforcement de la coordination de l'alerte, la mise en place d'un suivi quotidien puis hebdomadaire de l'épidémie avec l'équipe de la Cire AG, la mobilisation des experts de ce type de pathologie au niveau national, la collaboration avec des équipes de recherche (pour la modélisation de l'épidémie), l'activation des échanges avec les partenaires européens et américains. Enfin, très rapidement, un soutien en renforts humains a été apporté à la Cire AG. Au total, treize épidémiologistes sont partis sur des missions d'un mois.

Limiter une diffusion épidémique

La surveillance de l'émergence d'un nouveau virus se décline en plusieurs phases et fait appel à des réseaux de surveillance

déjà existants ou à la création de nouveaux systèmes *ad hoc*.

Dans la première phase de confinement : l'objectif est de détecter précocement les premiers cas, qui seront confirmés biologiquement, afin de réduire au plus tôt les chaînes de transmission.

Dans la seconde phase dite « de limitation » : la surveillance se focalise sur la détection de foyers de cas groupés localisés géographiquement ou dans des collectivités particulières (école, maison de retraite, etc.) afin, là encore, de mettre en place des mesures de contrôle pour limiter une diffusion épidémique dans la population générale.

Lorsque le virus s'est diffusé largement dans la population, la surveillance repose sur des réseaux de médecins de ville pour suivre l'impact de l'épidémie dans la communauté. La sévérité de l'infection et la caractérisation des personnes les plus à risque sont évaluées, tant sur les cas hospitalisés que *via* une surveillance automatisée permettant de quantifier les passages aux urgences et les hospitalisations pour chikungunya.

La prise en compte de la notification des décès, *via* les certificats de décès ou par signalement direct, permet d'estimer la mortalité attribuable aux pathologies concernées par ce virus.

Le dispositif de surveillance fait partie intégrante d'un plan de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies (Psage) qui permet une réponse graduée (mesures de contrôle et prévention) en fonction du niveau d'intensité de l'épidémie. Sur les principales îles des Antilles – la Martinique et la Guadeloupe –, l'épidémie de chikungunya a duré, respectivement, quinze et treize mois et a affecté près de 154 000 personnes sur un total de plus de 800 000 habitants (412 331 en Martinique et 470 982 en Guadeloupe).

Magid Herida,
responsable de l'unité
Veille internationale,
coordination de l'alerte
et de la réponse (Vicar),
département de la coordination
des alertes et des régions, InVS.

humaines et sociales, métrologistes, spécialistes des systèmes d'information géographique, etc.).

Différents systèmes sont gérés par l'InVS qu'ils soient spécifiques ou non spécifiques (exemple : SurSaUD® – surveillance des urgences hospitalières et ambulatoires et des décès). Outre la surveillance des maladies à déclarations obligatoires (MDO) qui concerne les médecins et les biologistes, l'InVS dispose d'un dispositif capable de mobiliser un réseau de partenaires pluridisciplinaires tels que le réseau des centres nationaux de référence (CNR), le réseau CClin-Arlin, le réseau des centres antipoison et de toxicovigilance (CAPTV), des réseaux de laboratoires, des réseaux d'entomologistes, le réseau Sentinelles (Inserm), les professionnels en Santé-Travail, etc. Ceci permet d'étendre le champ des investigations et de fédérer les acteurs autour de la mission nationale de veille sanitaire. Les signaux issus de la veille/surveillance sont validés, puis investigués, pour être consolidés.

L'InVS et son maillage territorial des cellules en région (cellules interrégionales d'épidémiologie – Cire) et/ou ses partenaires régionaux, nationaux et internationaux, peuvent ensuite déployer plusieurs types d'investigations :

- investigation épidémiologique : descriptive avec le cas échéant une recherche active de cas, ou analytique (ex : enquête cas-témoin) ;
- analyses de risque (ex : expositions environnementales, etc.) ;
- investigations microbiologique, toxicologique, environnementale, vétérinaire, etc.

Les Cire, au plus près du terrain

L'animation de ces réseaux de veille se décline au niveau national et régional grâce aux Cire. Ces dernières constituent des pôles d'expertise de signaux de proximité et sur l'ensemble du territoire. Les signaux sont, pour une majeure partie, traités par ces équipes régionales avec, en appui, les départements scientifiques si nécessaire. Ce travail de traitement du signal s'effectue au quotidien aux côtés des cellules de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) au sein des plateformes régionales gérées par les ARS. Par ailleurs, les Cire assurent

« À L'HEURE ACTUELLE, LA CIRCULATION DES AGENTS, NOTAMMENT PATHOGÈNES, EST FACILITÉE ET ACCÉLÉRÉE : UNE VEILLE INTERNATIONALE EST ASSURÉE. »

l'animation des partenaires régionaux, qui permet de consolider les réseaux nationaux et également d'impulser et entretenir la culture du signalement.

À l'heure actuelle, la circulation des agents, notamment pathogènes, est facilitée et accélérée : une veille internationale est donc assurée. Elle détecte toute menace survenant à l'étranger et susceptible d'avoir un impact sanitaire sur la population résidant en France ou sur la population française à l'étranger.

ALERTES SANITAIRES : DES VIRUS AUX RISQUES NATURELS

L'InVS fait face, chaque année, à environ une centaine d'événements sanitaires classés comme alertes. Parmi ces événements, certains se distinguent par leur ampleur et leur impact sur le territoire national, ou par leur caractère émergent ou ré-émergent et leur risque d'importation en France.

Parmi les événements de nature infectieuse, l'InVS a été confronté ces dernières années à des maladies émergentes telles que le syndrome respiratoire aigu sévère (Sras), en 2003, dû à un coronavirus (4 cas confirmés en France) ; la grippe aviaire H7N9, en 2013, qui a touché principalement la Chine, sans impact à ce jour sur la population française ; le MERS-CoV¹ apparu en 2013 dans les pays de la péninsule arabique avec 2 cas confirmés en France à ce jour ; ou encore, en 2014, l'épidémie ouest-africaine de la maladie à virus Ebola avec le risque de survenue de cas en France. D'autres épidémies liées à des pathogènes connus ont concerné la France, telle l'épidémie de chikungunya à La Réunion, en 2005, ou plus récemment dans les départements français d'Amérique (DFA),

Préparation et réponse aux situations exceptionnelles¹

Compte tenu des différentes alertes, émergences ou réémergences de ces dernières années (voir encadré ci-dessous), l'Institut a formalisé son dispositif de réponse face à de nouveaux événements dont la date de survenue ne peut être anticipée.

Un dispositif de réponse graduée en trois niveaux a été formalisé. À chaque niveau, une organisation spécifique est définie, elle consiste à mobiliser les ressources liées à la réponse et à dé-prioriser (ou dégrader) les activités non urgentes. Des cellules spécifiques sont mises en place avec des activités propres (réponse au signalement, expertise, analyse, communication, ressources humaines, systèmes d'information, etc.). En outre, l'Institut s'est doté d'un centre de crise opérationnel, pour la gestion des alertes de niveau 2

renforcé, ou pour des situations exceptionnelles, voire des crises sanitaires. La réponse repose alors sur la mobilisation des expertises ou leur renforcement et aussi sur celle de développements méthodologiques spécifiques comme cela est réalisé au sein du programme de Préparation à la réponse épidémiologique aux accidents industriels et catastrophes (Peraic). ■

1. Référence : Manuel de réponses de l'InVS aux situations exceptionnelles.

Pour en savoir plus

La veille et l'alerte sanitaire en France.

Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2011 : 60 p. En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2011/veille_alerte_sanitaire_france/rapport_veille_alerte_sanitaire.pdf

en 2014, avec plusieurs milliers de personnes touchées.

Outre les maladies infectieuses, l'InVS adapte ses dispositifs de surveillance dans le cadre d'autres événements comme ceux liés au climat, tels que la canicule qui a frappé la France, en 2003, les tempêtes Klaus (2009) ou Xynthia (2010), les inondations dans le Sud de la France (2010 et 2014), les passages de fréquents cyclones aux Antilles ou à La Réunion, le risque sismique aux Antilles ou encore d'éruptions volcaniques (La Réunion en 2007).

Enfin, d'autres types d'événements accidentels ou malveillants peuvent nécessiter de mettre en place des études sur leur impact ; ce fut le cas après l'explosion à AZF en 2001 ou encore à la suite des attentats terroristes en Ile-de-France de janvier 2015.

Manuel Zurbaran,
coordination de l'alerte,
département de la coordination
des alertes et des régions, InVS.

1. Middle East Respiratory Syndrome-Coronavirus.

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 économico-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.

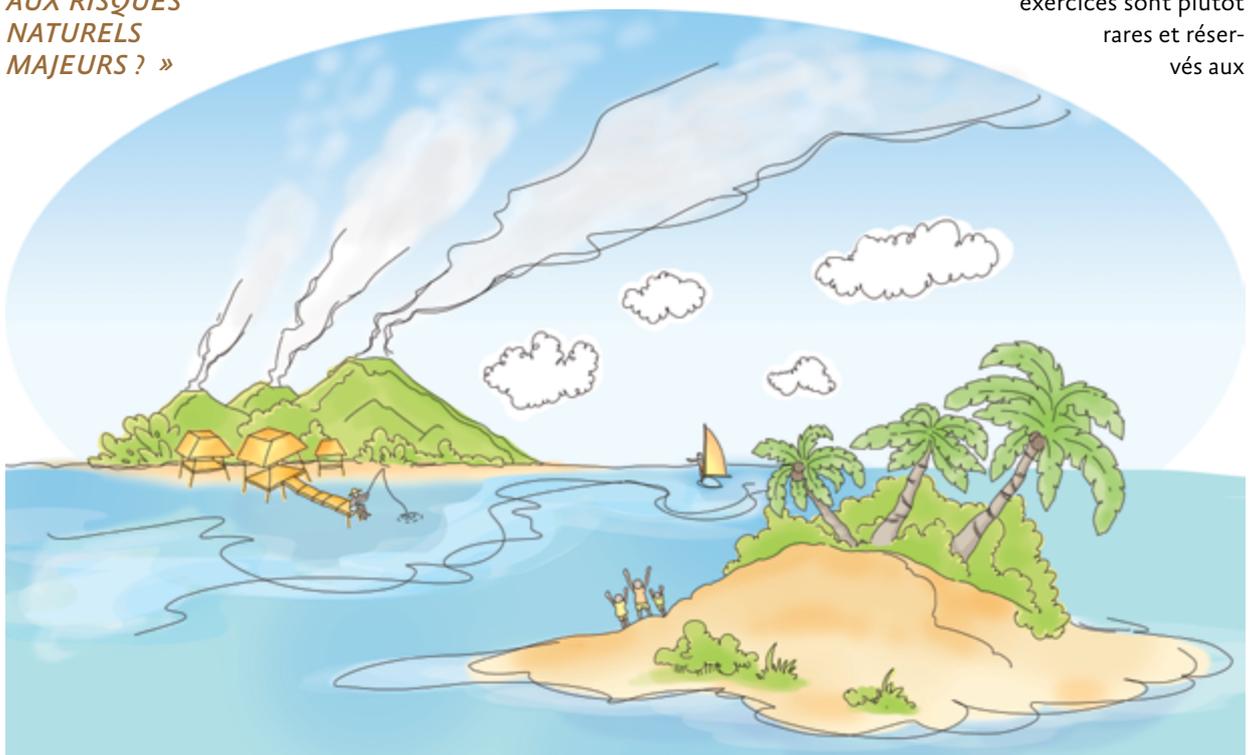
Séisme : d'après les données et analyses des chercheurs de l'Observatoire volcanologique et sismologique de la Guadeloupe (OVSG), un tremblement de terre majeur peut intervenir à tout moment sur notre territoire, compte tenu des caractéristiques tectoniques de la zone de subduction sur laquelle nous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

Situations de crise en Martinique : quelle place pour l'individu dans la réponse collective ?

Josselin Vincent, directeur de la Veille et de la Sécurité sanitaire, agence régionale de santé de Martinique, Fort-de-France.

Séisme, cyclone, inondation, épidémie, etc. sont autant de situations de crise qui affectent ou peuvent affecter la Martinique. Ces phénomènes, massifs pour la plupart, dépassent les capacités ordinaires de réponse des pouvoirs publics et impactent chacun dans sa vie quotidienne. Les voies de transport sont, dans certains cas, encombrées, ralentissant l'accès des secours ; les réseaux d'eau, d'électricité ou de téléphonie sont affectés, voire inopérants. Dans l'attente du rétablissement des infrastructures et des services, qui peut prendre plusieurs jours, les populations ont un rôle important à jouer dans le champ de la santé pour, directement ou indirectement, venir en aide aux victimes.

L'ESSENTIEL

- ▣ Les risques naturels sont présents en Martinique : séisme, cyclone, inondation, etc.
- ▣ Pour prévenir leurs conséquences, le territoire s'est organisé et chaque commune a son plan de prévention et d'intervention.
- ▣ Les populations elles-mêmes ont un rôle majeur à jouer, par exemple d'assistance en attendant les secours, et les volontaires peuvent rejoindre les « réserves communales » pour prêter assistance aux professionnels.

consigne a été donnée à chacun de rester chez soi. En revanche, une fois le phénomène passé, de nombreuses personnes se retrouvent isolées, sans accès aux services de première nécessité. Lorsqu'elles sont dépendantes et à plus forte raison lorsque leur logement a été endommagé, leur état de santé peut rapidement se dégrader. C'est le cas, par exemple, des personnes sous assistance respiratoire, ou bien en rupture de traitement, qui peuvent décompenser en quelques heures si elles ne reçoivent pas les soins nécessaires à domicile. Il y a donc un enjeu de repérage de personnes isolées dépendantes et de mise en lien avec les services de secours et de soins.

L'urgence de la prise en charge

Dans le cas de phénomènes tectoniques majeurs, comme les séismes, les tsunamis ou l'éruption volcanique, le nombre de victimes peut être beaucoup plus important et l'anticipation quasi inexistante. Les victimes souffrent de traumatismes souvent graves, nécessitant à court terme des secours. À ces victimes directes s'ajoutent les personnes impliquées qui, sans forcément être blessées, voient leur logement détruit ou dégradé. Un exercice de simulation d'un séisme d'intensité 7 au large de la Martinique, mené en 2010, estimait que l'effondrement des bâtiments aurait comme conséquences directes le décès de 260 personnes, auxquelles s'ajoutaient 340 victimes en situation d'urgence absolue nécessitant des soins sous six heures, plus de 1 750 en situation d'urgence relative et 70 800 sans hébergement. On sait également

que la capacité de prise en charge immédiate de l'ensemble des hôpitaux locaux serait saturée au-delà de 20 urgences absolues et de 50 urgences relatives. À ce bilan direct s'ajoute une atteinte grave des infrastructures, ralentissant l'arrivée des secours ou la localisation des victimes. Il y a donc un enjeu à ce que chacun puisse assurer rapidement les gestes de premier secours pendant les heures suivant le phénomène et mettre les victimes en lien avec les services de secours.

Dispositifs locaux face aux crises

Face à ces menaces, les pouvoirs publics engagent des moyens importants pour permettre aux principales infrastructures de résister et aux services publics d'être rapidement opérationnels. Il s'agit notamment du confortement parasismique (construction conçue pour résister au mieux aux séismes) des établissements recevant du public (écoles, hôpitaux, etc.), des actions engagées pour renforcer la capacité des réseaux (électricité, eau, téléphone) à redevenir rapidement opérationnels après une rupture. Chaque commune détermine également une organisation réfléchie de réponse aux situations de crise, regroupée sous le vocable de « Plan communal de sauvegarde » (PCS), avec le recensement des personnes vulnérables, la détermination de points de vie, etc. Les services de l'État refondent l'ensemble des plans de secours (cyclone, séisme, plan rouge, accident d'aéronef, etc.) autour de l'architecture commune du dispositif Orsec (organisation des secours) pour



ce qui concerne l'organisation interministérielle, et son volet Orsan (organisation de la santé) pour ce qui concerne les aspects sanitaires.

Un rôle important des populations

Au-delà de la mobilisation des pouvoirs publics, la stratégie vise également à impliquer les populations, en tant qu'acteurs de la préparation et de la réponse à ces situations de crise. Comme le précise la loi du 13 août 2004 relative à la modernisation de la sécurité civile, « le citoyen est placé au cœur du dispositif de sécurité civile, le rendant le premier acteur de sa propre sécurité et par voie de conséquence, de celle des autres. »

Les services préfectoraux et associations de sécurité civile ainsi qu'un grand nombre d'assureurs font ainsi la promotion des plans familiaux de mise en sûreté, dont l'objectif est d'amener chaque famille à s'organiser pour ne pas être prise au dépourvu par les conséquences d'un phénomène majeur. À partir de petits guides, disponibles sur Internet, il s'agit à la fois d'identifier les zones de protection dans la maison (loin des fenêtres en cas de séisme), de prévoir la conservation de documents essentiels (livret de famille, passeport, etc.), de disposer d'un stock minimal de denrées non périssables (eau, féculents, sucres, boîtes de conserve, etc.) et d'équipements de premiers secours, de moyens de communication autonome (une radio avec piles par exemple).

Sur une semaine, chaque année depuis 2007, les journées Réplik, organisées conjointement par la préfecture,

le conseil général et le conseil régional de Martinique, visent à sensibiliser le public martiniquais à la culture du risque sismique. Il s'agit de journées fortement médiatisées et déclinées dans de nombreux établissements publics (collectivités, écoles, services de l'État, etc.). Outre les rappels sur l'obligation de construire des bâtiments aux normes parasismiques, elles visent à rappeler les bons gestes avant, pendant et après un épisode sismique. De nombreuses écoles réalisent, pour l'occasion, des exercices de simulation avec mise à l'abri des élèves sous leur table, évacuation organisée des locaux, regroupement en un lieu exempt de risques. Un simulateur de séisme mobile, développé à l'initiative du conseil général, permet de faire vivre à la population les effets d'un tremblement de terre.

Les formations aux premiers secours sont désormais intégrées dans les programmes scolaires (fin de collège et lycée) et sont rendues obligatoires lors de recrutement de jeunes dans les dispositifs d'insertion (volontaires du service civique). Les services de secours, les associations de secouristes et de formation professionnelle organisent de façon très régulière ce type de formations.

Communes : une réserve pour les volontaires

À l'échelle de la commune, la réserve communale de sécurité civile constitue un vivier de volontaires qui vient en renfort des secouristes et des pompiers, en effectuant des missions simples d'assistance, pour permettre aux professionnels de se consacrer aux missions plus complexes ou urgentes. Chaque individu (sous réserve de conditions d'aptitude)

peut se porter volontaire pour intégrer la réserve communale et ainsi aider à l'orientation des victimes vers un lieu de regroupement, appuyer les sinistrés dans leurs démarches administratives, aider au débroussaillage, etc.

Les professionnels de santé (infirmiers, médecins, pharmaciens, ingénieurs, techniciens) peuvent faire partie de la réserve communale, mais également de la réserve sanitaire, dispositif national géré par le ministère de la Santé. Dans le cadre d'un contrat d'engagement, le professionnel de la réserve sanitaire peut intervenir en tout point du territoire, voire en mission à l'international, pour apporter un renfort aux professionnels de santé d'une zone impactée par un événement majeur.

Malgré l'existence de plusieurs dispositifs visant à impliquer les individus dans la réponse aux alertes, les phénomènes de ruée vers les supermarchés pour constituer des réserves à chaque alerte cyclonique démontrent qu'il existe encore des marges de progrès. Cela étant, le nombre de personnes se formant aux premiers secours s'accroît de façon notable chaque année, les écoliers connaissent les gestes à adopter en cas de séisme, et la mobilisation volontaire des individus en situation de crise est spontanée et forte. Pour la majeure partie de la population, la conscience du risque et la connaissance des bons gestes sont ancrées. Ce qui pourrait manquer désormais, c'est une capitalisation de ces ressources et bonnes volontés individuelles, en particulier dans le cadre de la réserve communale. ■

Maladies à transmission vectorielle : mobilisation et promotion de la santé en Guyane

Damien Brélivet,

Ingénieur du génie sanitaire, service de contrôle du milieu et de promotion de la santé environnementale, agence régionale de santé Guyane,

Anne-Marie McKenzie,

directrice, direction de la santé publique, veille et sécurité sanitaire, agence régionale de santé Guyane,

Christian Meurin,

directeur général, agence régionale de santé Guyane,

Sandrine Chantilly,

directrice, direction de la démoustication et des actions sanitaires, conseil général de la Guyane.

Arise Chocho,

responsable, service évaluation/statistique/enquêtes, conseil général de la Guyane.

En matière de lutte contre les maladies vectorielles transmises par l'*Aedes aegypti*, moustique vecteur de la dengue, du chikungunya ou encore de la fièvre jaune, les dispositifs de mobilisation sociale portent deux principaux messages : ils visent à promouvoir dans l'ensemble de la population les comportements permettant de limiter son exposition aux insectes vecteurs, mais aussi les gestes qui contribuent à la réduction de la densité de ces insectes, en détruisant les moustiques adultes ou les réservoirs d'eaux stagnantes dans lesquels se développent leurs larves.

En Guyane, cette promotion de la santé en matière de maladies transmises par les moustiques fait partie, depuis des années, de l'action des services impliqués dans la lutte anti-vectorielle dont l'opérateur historique est le conseil général. Son service de démoustication est implanté dans les principales communes de

la région, ce qui permet une action au plus près de la population lors de visites domiciliaires. La région est en effet concernée, entre autres maladies vectorielles (leishmaniose, paludisme, etc.), par une hyper-endémicité de la dengue, qui se traduit par des épidémies répétées tous les trois ou quatre ans. Le chikungunya sévit, quant à lui, depuis janvier 2014 dans le département et a déjà concerné 13 000 personnes en mars 2015.

Des dispositifs de mobilisation sociale évolutifs en fonction du risque sanitaire

Un dispositif de gestion structuré

La gestion des épidémies de dengue et de chikungunya est encadrée, en Guyane, par un Programme de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies (Psage), qui définit la correspondance des situations entomologiques et épidémiologiques avec les actions de gestion à déclencher de façon adaptée et proportionnée au risque épidémique. Le pilotage est local et interinstitutionnel, associant à la fois les organes de veille sanitaire et de gestion de l'offre de soin de la lutte anti-vectorielle.

Les modalités et les aspects relatifs à la mobilisation sociale et à la promotion de la santé sont prévus par ce dispositif et adaptés à l'évolution temporelle des facteurs de risques.

En phase de transmission sporadique du virus de la dengue ou du chikungunya, une mobilisation

sociale de « routine » est mise en œuvre : il s'agit d'éducation sanitaire de la population sur la maladie et sur la mobilisation contre les gîtes larvaires, visant à maintenir la densité de vecteurs à un niveau bas. En effet, lors des visites domiciliaires effectuées par les agents de démoustication, la transmission du message de prévention est systématique. Par ailleurs, l'éducation sanitaire dans les établissements scolaires est assurée par les animateurs en communication sociale et santé communautaire du conseil général.

En phase de foyers épidémiques isolés, sont déclenchés des dispositifs supplémentaires de sensibilisation et de responsabilisation des acteurs politiques (communes), administratifs

L'ESSENTIEL

- ▣ Visites à domicile, éducation dans les écoles, interventions associant institutions et associations au plus près de la population : les récentes épidémies de dengue, puis de chikungunya, en Guyane, ont nécessité la mise en place d'un plan d'intervention combinant actions de prévention, information et mobilisation sociale.
- ▣ Avec des résultats incontestables, même s'il reste beaucoup à faire pour renforcer l'adhésion de la population aux messages sanitaires.



(écoles, établissements sanitaires, etc.), incitant à intensifier les actions de réduction des gîtes larvaires. Le renforcement de la mobilisation sociale par les acteurs de terrain (conseil général, communes et associations) intervient principalement à partir de cette phase de pré-épidémie et vise à informer chaque habitant d'une situation anormale et de la nécessité d'adopter de façon urgente des comportements protecteurs. Des actions coordonnées de formation et de sensibilisation de publics cibles sont aussi engagées lors de cette phase opérationnelle : visites domiciliaires autour des domiciles des premiers malades, sessions de formation des professionnels de santé, associations, techniciens municipaux, éducation sanitaire dans tous les établissements scolaires situés dans le foyer épidémique.

Une communication coordonnée, audible et outil d'information du public

L'évaluation des actions de communication menée à la suite des dernières épidémies de dengue en Guyane a montré jusqu'à présent un niveau assez satisfaisant de sensibilisation du public mais une adoption des gestes pro-

tecteurs beaucoup plus fragile. Ainsi, les jeunes, mais aussi les cadres et professions intellectuelles, bien que parfaitement sensibilisés, ne se sont pas du tout protégés des moustiques lors des dernières épidémies. Ces constats ont amené une modification dans la stratégie de communication lors de l'épidémie de chikungunya 2014. Cela a consisté notamment à simplifier les gestes à adopter : il ne s'agit plus de vider les coupelles d'eau sous les plantes vertes une fois par semaine mais de supprimer ces coupelles, tout au moins pendant la période épidémique. De même, il n'est plus préconisé de couvrir les fûts de stockage d'eau par des toiles moustiquaires mais de supprimer ces réserves d'eau. La présence journalière des agents de démoustication sur le terrain contribue à la mise en pratique effective de ces gestes de prévention.

La communication utilise la plupart des canaux disponibles : spots télévisuels et radio, SMS de prévention diffusés par les opérateurs de téléphonie mobile, sites Internet des acteurs impliqués, événementiels, débats et plateaux télévisés. Par ailleurs, les points d'information réguliers de la population sur la situation épidémiologique

ont favorisé une amélioration de la perception de la situation de risque par la population.

La coordination des acteurs, condition préalable à la mobilisation sociale

Lors des premiers foyers épidémiques de chikungunya qui se sont développés en Guyane en 2014, la stratégie de lutte anti-vectorielle retenue a été d'engager des moyens importants dans une action rapide et coordonnée autour des premiers cas de la maladie. Il s'agissait de mobiliser rapidement à la fois la population et les acteurs institutionnels et associatifs pour obtenir un contrôle des premiers foyers de transmission autochtone du virus.

Les actions engagées simultanément par les différents opérateurs coordonnés dans cette stratégie associant mobilisation sociale et actions matérielles ont ainsi concerné notamment :

- un nettoyage renforcé de l'espace public par les services techniques, ou à l'initiative des habitants eux-mêmes qui ont organisé des nettoyages de leurs quartiers, les « mayouris » ;

- des enlèvements de dépôts de véhicules hors d'usage et des collectes exceptionnelles des encombrants ;

- la lutte chimique contre les vecteurs et la destruction mécanique des gîtes larvaires ;

- la destruction de bâtiments en ruine abritant des gîtes de moustiques, l'assainissement de friches urbaines, ou encore la réfection de pistes de circulation pour permettre le passage des véhicules de démoustication, actions mobilisant des moyens matériels habituellement non visibles sur le terrain ;

- les visites en porte-à-porte qui visent à la fois à convaincre la population du danger en l'informant de la proximité du risque et des gestes à adopter, à supprimer des gîtes larvaires dans les jardins en diminuant ainsi la densité vectorielle et à apprendre aux habitants les symptômes de la maladie et en les incitant à consulter le cas échéant.

L'implication des associations d'habitants, vecteurs essentiels de la mobilisation sociale, a aussi joué un rôle crucial dans l'engagement de la population obtenu lors des actions menées sur les premiers foyers épidémiques. Ainsi, les réunions publiques diligentées par les décideurs ont pris soin d'associer au mieux les représentants d'associations de quartiers en tant que porteurs ou relais des messages délivrés à la population. Il apparaît, en effet, fondamental d'associer l'ensemble des acteurs en favorisant la transversalité.

Sur les premiers foyers épidémiques de chikungunya dans la région, la forte réactivité dans la mise en œuvre des actions matérielles de lutte anti-vectorielle et la mobilisation sociale ont ainsi permis d'éteindre plusieurs foyers avant qu'ils ne s'étendent, ce qui conforte l'idée de l'efficacité de la stratégie adoptée, d'une action rapide, coordonnée et associant l'ensemble des niveaux d'action.

Des actions sur le long terme pour faire évoluer durablement les comportements

Les foyers épidémiques de chikungunya ou de dengue correspondent à des situations de risque imminent et géo-

graphiquement localisé, où la population peut assez facilement être convaincue de l'intérêt de modifier ses habitudes dès lors qu'il s'agit d'efforts temporaires face à cet enjeu important qui est la santé. Le maintien de cette mobilisation sur des périodes longues suppose, en revanche, une modification durable des habitudes de vie : la stratégie de réponse est différente et ne peut s'inscrire que sur le long terme.

À ce jour, les efforts à ce sujet ont surtout porté sur :

- le développement d'un dispositif d'information continu sur les maladies vectorielles porté au plus près de la population par différents effecteurs : service de démoustication, enseignants dans les écoles, associations de quartier, ARS, etc. ;

- la création d'un événementiel tout au long de l'année qui fait vivre le réseau des acteurs impliqués dans cette lutte contre les maladies vectorielles et vise à transformer peu à peu les habitudes de la population : la campagne de prévention de la Toussaint avec comme temps fort la journée d'action du 1^{er} novembre, la semaine de coopération transfrontalière sur les maladies vectorielles pour la lutte contre le moustique, l'organisation d'un concours scolaire sur le chikungunya, etc. ;

- l'accompagnement des projets à l'initiative des associations ou portés par la population elle-même et qui concourent à l'éducation sanitaire sur le long terme.

Le dispositif de mobilisation sociale a donc fait des progrès importants depuis quelques années mais n'est pas encore parfaitement structuré. Les travaux à venir visent notamment à mettre en œuvre les stratégies de communication préconisées par l'OMS, en organisant un comité technique chargé des interventions comportementales et en incorporant davantage l'action du réseau associatif de proximité au dispositif de gestion institutionnel. Pour ce faire, le réseau de personnes

« L'IMPLICATION DES ASSOCIATIONS D'HABITANTS A JOUÉ UN RÔLE CRUCIAL DANS L'ENGAGEMENT DE LA POPULATION LORS DES ACTIONS MENÉES SUR LES PREMIERS FOYERS ÉPIDÉMIQUES. »

responsables au sein des communes et des différentes structures administratives ou associatives devra être encore développé, en particulier par l'organisation de rencontres régulières, de formations et de mise en valeur des initiatives portées par ses correspondants.

Cette nécessité de poursuivre la construction des outils organisationnels et d'éducation sanitaire permettant de faire évoluer les comportements est inscrite dans le premier retour d'expérience sur l'épidémie de chikungunya en Guadeloupe, Martinique et Guyane, lequel dresse le constat partagé que l'adoption des gestes protecteurs vis-à-vis des maladies vectorielles relève d'une démarche d'éducation sur le long terme.

Perspectives

Les dispositifs de prévention et de promotion de la santé en matière de lutte anti-vectorielle ont fait des progrès importants ces dernières années en Guyane, en évoluant et en se renforçant au fur à mesure des épidémies successives. Ils sont désormais inscrits dans les plans de gestion des épidémies de maladies vectorielles et permettent que la population adopte peu à peu des comportements qui la protègent.

Il reste à améliorer l'organisation du réseau des acteurs associatifs et à construire des outils organisationnels pour mettre en œuvre une communication avec un meilleur impact comportemental. La modification sur le long terme des habitudes de la population vis-à-vis du moustique vecteur nécessitera la poursuite du dispositif de mobilisation continue et d'évaluation des politiques déjà menées pour pouvoir renforcer l'adhésion de la population aux messages sanitaires. ■

Chikungunya à La Réunion : regard anthropologique sur la mobilisation sociale

Nicole Vernazza-Licht,
anthropologue,
UMR 7300 Espace, université
de Nice-Sophia-Antipolis.

L'épidémie de chikungunya survenue à l'île de La Réunion en 2005-2006 a surpris par sa gravité (elle a provoqué 250 décès) et par son intensité¹ dans ce département d'outre-mer où les maladies tropicales semblaient maîtrisées²[1]. Elle a laissé les professionnels de santé et les populations relativement démunis face à l'absence de traitements appropriés.

À partir d'une recherche pluridisciplinaire³, menée dix-huit mois après le début de l'épidémie, sur l'attitude des populations, nous pouvons tenter d'expliquer et d'analyser la façon dont elles ont perçu l'épidémie, leurs réactions aussi bien individuelles que

collectives, ce qu'elles ont retenu de cet épisode et quel pourrait être leur niveau d'implication en matière de prévention pour faire face à une nouvelle menace.

Désespérés et dans l'incompréhension

Les propos recueillis⁴ comme les différents écrits relevés, en particulier dans la presse locale, montrent que confrontées à l'épidémie et en l'absence de traitement spécifique et de vaccin, les populations ont d'abord été désespérées et dans l'incompréhension face à la maladie qui touchait parents, amis et voisins en même temps. L'épidémie de chikungunya a donc constitué

« L'ÉPIDÉMIE DE CHIKUNGUNYA A CONSTITUÉ UN ÉVÉNEMENT COLLECTIF ET CRÉÉ UNE "COMMUNAUTÉ D'ÉPREUVE". »



L'ESSENTIEL

► En 2005, une épidémie de chikungunya touche pour la première fois l'île de La Réunion.

► Une enquête anthropologique réalisée dans la foulée permet de mieux comprendre les comportements de la population et la mobilisation sociale qui s'est mise en place, autant de connaissances qui permettent d'ajuster au mieux les stratégies de prévention.

un événement collectif et créé une « communauté d'épreuve ». Tout en cherchant des réponses à leurs multiples interrogations sur l'origine de la maladie, sur la responsabilité des uns et des autres dans sa propagation rapide, sur les risques notamment mortels pour tous et en particulier pour les femmes enceintes, les Réunionnais ont géré au quotidien la maladie mais également les conséquences sociales et économiques qu'elle entraînait.

Si l'action de l'État, en l'occurrence la Drass sur l'île, a été sollicitée, il faut noter aussi que les mesures de démoustication mises en place n'ont pas toujours été vécues favorablement du fait de l'utilisation de produits insecticides perçus comme dangereux, tant pour les habitants que pour la flore et la faune locales. Nombre de discours recueillis ont fait ainsi état de mécontentements et de diverses stratégies pour préserver les animaux familiers (tortues, volailles, oiseaux en cage, etc.) et les jardins.

L'habitat sur l'île est en effet encore largement composé de maisons individuelles, et le jardin constitue un espace de vie important pour la qualité de vie. L'arrosage se conjugue à l'humidité tropicale ambiante et rend propice les lieux de gîtes et le développement des moustiques vecteurs de la maladie. Les habitants sont très attachés à la luxuriance des jardins (nombreuses orchidées, plantes en pots, arbres fruitiers) comme à l'intimité qu'ils procurent et aux bienfaits qu'ils peuvent tirer des plantes aromatiques et médicinales qu'ils y font pousser [2].

Médecine curative et plantes médicinales

Bien que disposant sur l'île d'infrastructures sanitaires modernes, un fort pluralisme médical subsiste dans cette population multiculturelle. L'usage de plantes médicinales est largement partagé et se constate tant sur les marchés que par la fréquentation des différents tisaneurs ou encore plus familialement et traditionnellement dans les conseils et recettes des anciens.

Dans les récits sur leurs itinéraires thérapeutiques au cours de l'épidémie, si la consultation au médecin généraliste a été unanimement citée en premier recours, il faut souligner qu'en matière de comportements de soins, les populations ont largement conjugué les ressources disponibles⁵, en particulier dans la pharmacopée locale : traitements prescrits, kinésithérapie pour traiter les douleurs articulaires, usages de répulsifs jusqu'à épuisement des stocks dans les pharmacies et les magasins, consommation de diverses décoctions et infusions de plantes (cœur de cerises, cannelle, citronnelle, jus de noni pour stimuler les défenses immunitaires, zamal [cannabis] souvent utilisé en décoction pour calmer les douleurs, galabert, etc). Cet aspect nous semble intéressant à souligner parce qu'il témoigne de la richesse des ressources que la population a su utiliser pour affronter cette épreuve.

Les populations se sont ainsi adaptées, tant au niveau individuel pour gérer leur maladie ou celle de leurs proches qu'au niveau collectif. Deux ans après le début de l'épidémie, on pouvait ainsi constater que les messages diffusés par les autorités sanitaires, à travers les différents médias et les actions de mobilisation comme l'opération Kass'Moustik, relayées par les associations et les comités de proximité⁶, avaient été entendus. En particulier, nous avons pu observer qu'il n'y avait plus de soucoupes sous les pots de fleurs et que les habitants avaient pris

l'habitude de nettoyer l'arrière de leur maison et de couvrir leurs réservoirs d'eau pluviale de manière à empêcher les moustiques de pondre.

Fait scientifique et rumeurs

Toutefois, de nombreux habitants n'avaient pas clairement identifié leur niveau de responsabilité dans le fait d'avoir contracté ou non le « chik », l'attribuant le plus souvent à la chance et à leur capacité d'immunité personnelle, plutôt qu'à de potentiels comportements de prévention. Le discours sur le rôle du moustique continuait à se conjuguer à différentes rumeurs sur l'origine de l'épidémie, montrant surtout dans les populations les moins scolarisées et/ou âgées les limites de compréhension et les difficultés à faire persister des attitudes de prévention dans l'espace domestique⁷.

De même, malgré des campagnes d'information répétées et des opérations de proximité, notamment au moment de la Toussaint et à l'approche de l'été austral, les habitants se percevaient comme ayant une faible capacité d'action, en particulier dans le recours aux moyens de prévention dont ils reconnaissaient néanmoins l'efficacité (nettoyage des jardins, élimination des déchets, usage de moustiquaires, de répulsifs, d'insecticide, etc.) mais qui leur semblaient personnellement peu accessibles et/ou difficiles à utiliser au quotidien [4]. Ils témoignaient dans leur discours d'une volonté d'oubli peu propice à une implication de longue durée dans la prévention.

Capacités d'adaptation individuelles et collectives

Au total, on peut considérer que l'émergence du chikungunya à La Réunion a montré les rapports complexes qu'entretiennent généralement les populations confrontées à des maladies

« L'ÉMERGENCE DU CHIKUNGUNYA À LA RÉUNION A MONTRÉ LES RAPPORTS COMPLEXES QU'ENTRETIENNENT LES POPULATIONS CONFRONTÉES À DES MALADIES LIÉES À LEUR ENVIRONNEMENT QUOTIDIEN ET LEUR CAPACITÉ D'ADAPTATION SUR LE PLAN INDIVIDUEL ET COLLECTIF. »

liées à leur environnement quotidien et leur capacité d'adaptation sur le plan individuel et collectif [5]. Les médias, presse écrite mais surtout radios locales, ont joué un rôle important et en particulier en matière d'échanges d'informations et de conseils entre les habitants, créant ainsi une solidarité dans l'épreuve. Le fait d'avoir contracté le chikungunya a également eu un impact amplificateur dans la perception de la maladie comme dans sa gestion auprès des habitants et en particulier chez les professionnels de santé. Les médecins généralistes qui avaient eu le Chikungunya avaient par exemple une perception plus faible de l'efficacité des moyens de protection, qu'il s'agisse des répulsifs ou des actions mises en œuvre par les services de lutte antivectorielle [6]. Le milieu de vie a joué également un rôle dans la mesure où, dans ce contexte écologique spécifique que constitue le milieu tropical, l'attrait des Réunionnais pour leur jardin peut expliquer pour partie leur faible adhésion aux mesures de lutte anti-vectorielle lors de l'épidémie [7]. ■

1. Entre 2005 et 2006, 266 000 cas de chikungunya ont été recensés sur l'île de La Réunion, soit environ 35 % de la population contaminés en seize mois. Près de 2 200 patients ont dû être hospitalisés et 250 sont décédés.

2. Avec, en particulier, l'élimination du paludisme autochtone en 1979.

3. *Projet Anthro-MTV. Milieu de vie et santé : la gestion des maladies transmissibles vectorielles à La Réunion à partir de l'exemple du chikungunya.* Programme Santé-environnement et Santé-travail (SEST) 2006 de l'Agence nationale de la recherche.

4. Entretiens en face-à-face auprès de Réunionnais, de médecins exerçant sur l'île, d'acteurs publics pour l'enquête anthropologique et, à domicile, par des questionnaires en face-à-face et des observations de l'habitat, auprès de 415 ménages de la ravine des Cabris (1 267 personnes étudiées).

5. Notre enquête quantifiée à la ravine des Cabris (commune de Saint-Pierre) portant sur 1 267 personnes a montré que les malades ont eu, en moyenne, deux types de recours différents. La consultation auprès du médecin généraliste est le type principal de recours utilisé (93,1 %) ; les personnes interrogées ont ensuite cité, par ordre décroissant, les remèdes naturels (48,5 %) et, dans une moindre mesure, l'automédication par des médicaments (25,7 %), le recours au kinésithérapeute (18,1 %) et à la prière (17,4 %).

6. Cf. par exemple les « habitants sentinelles » de la commune de La Possession.

7. Les résultats des opérations de lutte menées en 2010 lors de la réémergence de la transmission autochtone du virus du chikungunya par *Aedes albopictus* sur l'île de La Réunion ont confirmé que l'implication de la population restait insuffisante [3].

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Taglioni F. Chronique d'une crise sanitaire, économique et sociale. L'île de La Réunion face au Chikungunya. Paris : UMR Prodig, *Infogéo*, 2009 : 14 p. En ligne : http://infogeo.univ-paris1.fr/Fichiers/Descriptif_Articles/Chikungunya.pdf

[2] Soulancé D., Gaimard M., Bley D., Vernazza-Licht N. Lieux de vie et santé des populations : l'exemple du chikungunya à La Réunion. *Cahiers de Géographie du Québec*, 2011, vol. 55, n° 156 : p. 256-274. En ligne : http://www.cgq.ulaval.ca/textes/vol_55/no156/Som156.html

[3] Fohr G., Guille I., Dehec J.-S., Poli F., Baville M. *Évaluation de l'opération Kass'Moustik*. Saint-Denis : Drass, 2009.

[4] Ernst-Vintila A., Bley D., Vernazza-Licht N., Gaimard M., Soulancé D. *Maladies vectorielles transmissibles : représentations, comportements et implication personnelle en matière de santé et environnement après l'épidémie de chikungunya*, Communication au VI^e Congrès de psychologie de la santé de langue française. Chambéry, 12-14 janvier 2011.

[5] Vernazza-Licht N., Gruénais M.-E., Bley D., dir. *Sociétés, environnements, santé*. Paris : IRD éditions, 2010 : 364 p.

[6] Fenétrier E., Sissoko D., Vernazza-Licht N., Bley D., Gaüzère B.-A., Malvy D. Retour d'expérience des médecins généralistes deux ans après l'épidémie de chikungunya de 2005-2006 à La Réunion. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 2013, n° 106 : p. 193-200. En ligne : <http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/131490193.pdf>

[7] Bley D., Vernazza-Licht N., Ernst-Vintila A., Gaimard M., Sauzade S., Soulancé D., *et al.* Savoirs, représentations et comportements des Réunionnais en matière de santé et d'environnement dix-huit mois après l'épidémie de Chikungunya [Poster]. XV^e Actualités du Pharo : Arboviroses tropicales. Marseille, 17-19 septembre 2009.

La Réunion : la mobilisation sociale au cœur de la lutte anti-vectorielle

Olivier Reilhes,
responsable
et Hélène Thebault,
responsable adjoint,
du service de lutte anti-
vectorielle, délégation de l'île
de La Réunion,
agence régionale de santé
Océan indien.

L'épidémie de chikungunya de 2005-2006 à La Réunion constitue une crise sanitaire sans précédent. Elle est à l'origine du renforcement du service de lutte anti-vectorielle (LAV) de La Réunion, aujourd'hui intégré à l'agence régionale de santé Océan indien (ARS OI) et composé de près de 150 agents de terrain répartis sur l'ensemble du territoire. Depuis, La Réunion connaît une situation inter-épidémique ponctuée d'épisodes contenus de dengue ou de chikungunya.

Au lendemain de l'épidémie et face au risque de reprise, les interventions du service de LAV avaient pour objectif de contrôler les densités du moustique vecteur, *Aedes albopictus*, par un dispositif fondé en grande partie sur des traitements insecticides réguliers. Mais ce dispositif s'est vite avéré illusoire pour lutter contre un développement vectoriel extrêmement diffus et pour faire face aux inquiétudes de la population vis-à-vis des impacts éventuels des insecticides sur la santé et l'environnement. Ainsi, la LAV s'est engagée à partir de 2009 dans un long processus d'évolution de sa stratégie, visant à limiter progressivement les traitements insecticides dits « de confort » (jusqu'à leur arrêt définitif en 2014), au profit :

- du renforcement de la prévention des gîtes larvaires péri-domiciliaires en situation inter-épidémique ;

- de la capacité à répondre de manière massive et réactive aux tout premiers signalements de cas d'arboviroses pour prévenir tout démarrage épidémique.

Cette organisation, qui s'appuie sur un dispositif opérationnel Orsec, a montré toute son efficacité ces dernières années en contribuant à l'interruption rapide de plusieurs épisodes de circulation de la dengue en 2012, 2013 et 2014.

C'est dans ce contexte que les activités d'éducation à la santé, de mobilisation sociale et de communication ont été renforcées et progressivement structurées. Les messages de prévention ont été priorisés selon la situation épidémiologique : un objectif permanent de mise en œuvre des gestes d'élimination des gîtes larvaires et, dès le déclenchement d'une circulation virale, un axe fort donné à la protection individuelle contre les piqûres de moustiques et à la consultation rapide de son médecin aussitôt qu'apparaissent les signes avant-coureurs d'une arbovirose.

Porte-à-porte et mobilisation sociale

L'activité de prévention en situation inter-épidémique repose sur des visites quotidiennes et systématiques en porte-à-porte d'une ampleur inégalée, avec plus de 640 000 visites réalisées depuis 2007. À cette occasion, plus de 700 000 gîtes larvaires ont été identifiés et autant que possible neutralisés. Le dispositif est complété par un Numéro Vert pour les particuliers qui, le plus souvent, signalent des situations de proliférations vectorielles (près de 17 000 appels traités par le service de LAV depuis 2007).

L'ESSENTIEL

- ▣ Au lendemain de l'épidémie de chikungunya, le dispositif de lutte anti-vectorielle (LAV) combinait traitements insecticides réguliers, destruction des gîtes larvaires et information de la population.

- ▣ Au fil du temps, la stratégie a évolué avec :

- l'abandon progressif des traitements insecticides au profit du travail de prévention mené par les équipes de terrain au plus près des populations ;
- le renforcement des capacités opérationnelles de réponse dès l'apparition des tout premiers cas de dengue ou de chikungunya.

- ▣ Cette stratégie a permis de contenir tous les démarrages épidémiques au cours de ces dernières années.

- ▣ Des dispositifs d'évaluation sociologique et entomologique ont été développés permettant de mesurer l'impact positif de l'action dans la durée, mais aussi ses limites sur une partie de la population.

Enfin, le service met en œuvre un ambitieux programme de mobilisation sociale s'appuyant sur l'animation et la formation continue d'un vaste réseau de partenaires, issus essentiellement des collectivités locales et d'associations communautaires ou de quartier, et à l'origine de nombreuses actions de proximité ayant lieu tout au long de l'année (animations, stands, porte-à-porte, scolaires, etc.). En particulier, l'opération Kass' Moustik, une manifestation de grande ampleur et largement médiatisée, regroupe chaque année près d'une centaine d'actions. Dans ce cadre, le service a formé depuis



« L'ACTIVITÉ DE PRÉVENTION EN SITUATION INTER-ÉPIDÉMIQUE REPOSE SUR DES VISITES QUOTIDIENNES ET SYSTÉMATIQUES EN PORTE-À-PORTE. »

2007 près de 4 000 personnes, et on estime que les actions de terrain ont touché près de 100 000 personnes.

Enquêtes sociologiques

Pour adapter au mieux cette stratégie, plusieurs enquêtes sociologiques ont été menées depuis 2006 auprès de la population, afin de décrire l'évolution des perceptions, des croyances et des pratiques en lien avec l'activité de prévention du service LAV. Ainsi, une première enquête téléphonique menée en 2006 auprès d'environ 1 000 personnes [1] a servi de référence à de nombreux travaux ultérieurs, dont une enquête menée en 2010 par l'université de La Réunion auprès de 500 personnes rencontrées dans des lieux publics [2] ; puis, plus récemment, deux études menées en partenariat avec le CNRS en 2012 [3] et 2014 [4] avec l'appui des équipes de LAV sur le terrain. Ces dernières ont concerné à chaque fois plus de 1 000 foyers visités en porte-à-porte, en couplant le renseignement d'un questionnaire et l'observation de la présence de gîtes larvaires autour du

domicile. Elles ont permis de montrer notamment que l'action de la LAV a fortement contribué depuis 2006 à développer les connaissances et les pratiques des Réunionnais en matière de lutte anti-vectorielle.

Ainsi, plus de 95 % des personnes interrogées affirment, en 2014 [4], que le moustique est bien responsable de la transmission du chikungunya (*versus* 56 % « *tout à fait d'accord* » en 2006, avec, il est vrai, une formulation légèrement différente de la question) et ils sont également 95 % à identifier l'eau stagnante comme lieu de reproduction des moustiques. En matière de lutte, près de 70 % des personnes interrogées en 2012 se disent convaincues de la possibilité de réduire la population de moustiques. Mais si l'élimination des gîtes larvaires est jugée comme une méthode à privilégier, jugée efficace (90 %) et non contraignante (86 %), et plébiscitée à 81 % loin devant l'utilisation des insecticides (10 %), la fréquence de mise en œuvre demeure insuffisante (environ un quart de la population déclare réaliser ces gestes seulement une fois par mois à quelques fois par an). Les 15 % estimant les

« POUR ADAPTER AU MIEUX CETTE STRATÉGIE, PLUSIEURS ENQUÊTES SOCIOLOGIQUES ONT ÉTÉ MENÉES AUPRÈS DE LA POPULATION. »

gestes d'élimination des gîtes larvaires trop contraignants évoquent le plus souvent un certain fatalisme, ou bien des contraintes physiques ou de temps.

Dès lors, l'impact des moustiques sur la vie des Réunionnais reste fort : une très grande majorité de la population se dit gênée par les moustiques, et au moins la moitié envisage la possibilité de voir apparaître une nouvelle épidémie. Du coup, une majorité de la population déclare utiliser régulièrement des moyens de protection personnelle (70 % des serpentins, 50 % des insecticides, 40 % des répulsifs, etc.). En 2012, le coût associé pour les ménages a été évalué à 80 euros/an/ménage, soit près de 23 millions d'euros par an pour l'ensemble de l'île [3].

Évaluation de l'impact des visites à domicile

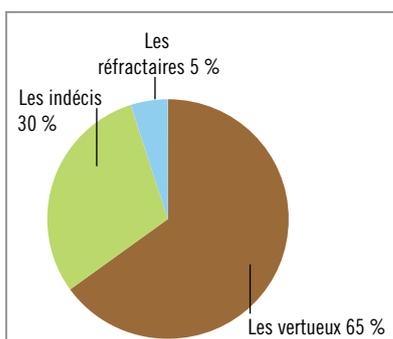
Les indices entomologiques classiques, mesurant la présence moyenne de gîtes larvaires autour des maisons visitées et donc de manière indirecte l'appropriation par la population des gestes de prévention des gîtes, sont en constante diminution depuis 2010, ce qui confirme une tendance à l'amélioration de la situation vectorielle de l'île. Cela est indéniablement pour partie le fait des activités du service de LAV, mais sans que cet impact positif puisse pour autant être quantifié au regard d'autres facteurs susceptibles de l'influencer, et notamment de l'effet de la pluviométrie.

Aussi, une étude, qui sera publiée courant 2015, a été menée sur les résultats des 210 000 visites de foyers menées par la LAV en porte-à-porte entre 2009 et 2012, pour tenter d'évaluer l'impact des visites domiciliaires. Cette étude a mis en évidence la présence d'au moins un gîte larvaire dans 19 % des maisons visitées, dont une très grande majorité (96 %) ne présentait pas plus de trois gîtes. Les résultats des passages successifs des équipes de LAV (deux à trois passages sur la période) ont permis à partir de là de catégoriser différents profils de population (voir Figure 1).

Ainsi, la majorité de la population (60 à 70 %), qualifiée de « vertueuse », se positionne aujourd'hui dans une situation de très bonne maîtrise des gestes de prévention aboutissant à une absence quasi permanente de gîtes larvaires au domicile. À l'opposé, seule une très faible part de la population (moins de 5 %), qualifiée de « réfractaire », présente des situations de présence de gîtes larvaires récurrentes. Cette situation au final très favorable confirme tout le bénéfice acquis depuis 2007 en grande partie par l'action de LAV menée au quotidien au plus près du public.

Pour autant, si l'élimination des gîtes larvaires réalisée au moment de la visite paraît certes efficace sur l'instant, elle ne semble pas toujours pérenne auprès d'une partie de la population (environ 30 %), qualifiée d'« indécise », qui alterne entre présence et absence de gîtes au fil des visites. Ce public paraît difficile à mobiliser davantage, ne s'agissant là

Figure 1 : Profils de population selon l'attitude de prévention vis-à-vis des gîtes larvaires, après passage des équipes de lutte anti-vectorielle



« LE SERVICE A MIS EN PLACE, EN LIEN AVEC LES COMMUNES, UN DISPOSITIF DE MÉDIATION DES FOYERS PRÉSENTANT DE TROP NOMBREUX GÎTES LARVAIRES. »

non pas de défaut de connaissances ou de sensibilisation, mais plutôt d'une insuffisante motivation dans l'action de prévention probablement liée à une trop faible perception du bénéfice que peut apporter ce geste par rapport à l'effort et aux contraintes qu'il représente [4]. Dans ce cas, le geste semble toutefois bien acquis puisque mis en œuvre de manière assez réactive dès la connaissance d'une situation de démarrage épidémique dans le quartier.

Anticiper et mieux cibler l'action de LAV

Dans ce contexte, des réflexions sont actuellement menées par le service de LAV pour faire évoluer les modes d'intervention et les messages de prévention. L'objectif est de mieux cibler l'action et d'essayer de convaincre encore davantage la population du réel bénéfice que peut apporter le geste d'élimination des gîtes larvaires s'il est réalisé régulièrement et par le plus grand nombre.

Ainsi, depuis 2012, le service a mis en place, en lien avec les communes, un dispositif de médiation des foyers présentant de trop nombreux gîtes larvaires, lequel contribue le plus souvent à résoudre ces situations. En complément, des analyses cartographiques sont réalisées afin de mieux cibler les zones les plus à risque, pour y organiser des opérations de quartier qui allient à l'action de la LAV, l'engagement de l'ensemble des partenaires locaux dans le nettoyage collectif des quartiers et le passage des messages de prévention au contact direct de la population.

Cette démarche devrait progressivement se généraliser dans les années à venir grâce à un projet qui vient d'être engagé, en partenariat avec l'Institut de recherche et de développement (IRD), et qui visera à développer un modèle prédictif du risque vectoriel. Cet outil devrait permettre à terme d'améliorer l'efficacité de la lutte sur le terrain, en déterminant par anticipation les

quartiers susceptibles de présenter les situations vectorielles les plus dégradées (en fonction de différents critères géographiques, urbanistiques, sociétaux et climatiques) pour pouvoir y concentrer l'action de LAV et l'organisation d'opérations de mobilisation sociale de quartier.

En conclusion, le service de LAV de La Réunion a développé des outils innovants de suivi et d'évaluation de ses programmes de prévention et de mobilisation sociale. Ces dispositifs de suivi entomologique, d'une part, et sociologique, d'autre part, présentent au final des résultats assez concordants. Ils confirment à la fois l'impact positif de l'action de la lutte anti-vectorielle depuis 2007 dans l'appropriation par la population des gestes préventifs d'élimination des gîtes larvaires, mais aussi les limites aujourd'hui de ces modes d'action auprès d'une partie de la population encore insuffisamment mobilisée malgré un niveau de connaissance élevé. Une réflexion est donc engagée par le service de LAV pour développer des modes d'actions spécifiques afin d'adapter les messages et de mieux cibler son action au plus près de ces populations. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Setbon M., Raude J. Le chikungunya à La Réunion : facteurs sociaux, environnementaux et comportementaux en situation épidémique. *Population*, 2008, vol. 63, n° 3 : p. 555-583. En ligne : http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=POPU_803_0555
- [2] Duret P., Augustini M., Thiannbo M. *Étude sur la connaissance et la perception du chikungunya* [rapport]. Saint-Denis : Graphica, 2011 : 39 p.
- [3] Thuilliez J., Bellia C., Dehecq J.S., Reilhes O. Household-level expenditure on protective measures against mosquitoes on the island of La Réunion, France. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2014, vol. 8, n° 1 : e2609. En ligne : <http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0002609>
- [4] Thuilliez J., Dumont Y. *Rational behaviors and community-based mosquito abatement programs*. En cours de publication (2015).
- [5] Margueron T., Mariotti E., Reilhes O. *Infos Statistiques*. ARS OI. En cours de publication (2015).

Prévention des risques liés à la canicule et aux fortes chaleurs

Félicie David,

chargée de communication,
direction de l'information
et de la communication, Inpes.

La vague de chaleur ou canicule¹ d'août 2003, d'une intensité et d'une durée exceptionnelles avec plus de 15 000 morts, a conduit à la mise en place, dès 2004, du Plan national canicule (PNC). Ce dispositif de prévention et de gestion de crise définit les actions de court et moyen termes, aux niveaux national et local. Il prévoit notamment un dispositif d'information à destination du grand public, des professionnels de santé et des professionnels assurant la prise en charge de personnes fragiles ou dépendantes. Schématiquement, voici quelques dates concernant les épisodes de canicule et l'évolution du dispositif.

Été 2003 : canicule – surmortalité estimée à 15 000 décès.

Mai 2004 : 1^{er} Plan canicule.

Juillet 2006, août 2012 et juillet 2013 : épisodes importants, mais de moindre intensité (faibles mortalité et morbidité par rapport à 2003).

Avril 2013 : nouveau Plan national canicule.

Mai 2014 : nouvelles recommandations du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) insistant sur l'importance de lutter contre l'ignorance et l'isolement, notamment par le biais d'actions de communication.

Le Plan national canicule a pour objectifs d'anticiper l'arrivée d'une canicule, de définir les actions à mettre en œuvre aux niveaux local et natio-

nal pour prévenir et limiter les effets sanitaires de celle-ci, et d'adapter au mieux les mesures de prévention et de gestion au niveau territorial en portant une attention particulière aux populations spécifiques. Il vise à mobiliser l'ensemble des acteurs, à chaque maillon de la chaîne de prévention et d'urgence, tout en ayant une complémentarité entre les échelles nationale et locale : ministères, services déconcentrés de l'État, Météo France (cartes de vigilance, probabilités de dépassement de seuils d'alerte), InVS (suivis des hospitalisations et surveillance épidémiologique), conseils généraux, mairies, associations, etc.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) conçoit et met en œuvre le dispositif de communication en collaboration avec les ministères et services concernés (agences régionales de santé – ARS, préfetures, etc.). Dans une logique opérationnelle, les niveaux du PNC (veille/avertissement/alerte/mobilisation maximale) sont en adéquation avec les niveaux de vigilance météorologiques.

L'information sur la canicule

La canicule représente un risque sanitaire important, en particulier chez les personnes fragiles et âgées². Chaque été, un dispositif est mis en œuvre pour informer sur les gestes à adopter en cas de forte chaleur et de canicule afin de réduire les effets sanitaires. Il comporte deux phases : l'une d'information préventive, en amont des éventuelles fortes chaleurs ; l'autre de communication d'urgence, déclenchée par le ministère chargé

L'ESSENTIEL

- **Un plan national canicule organise la prévention en amont du risque et les interventions en cas de survenue d'une vague de chaleur.**
- **Au sein de ce dispositif, l'Inpes est chargé du volet « information », mis en œuvre au plus près des populations et de ses relais.**

de la Santé en cas de canicule avérée dans un ou plusieurs départements (dès le passage au niveau 3 ou 4 du Plan canicule). L'objectif est de permettre à la population de connaître chaque risque en amont, pour mieux agir en cas de crise, et de donner les moyens à chacun de se prémunir contre les risques liés aux fortes chaleurs.

La prévention des risques liés à la canicule concerne l'ensemble de la population. Elle prend en compte les personnes ayant des difficultés d'accès à l'information (situation de handicap, précarité, etc.) et certaines catégories de personnes particulièrement à risque : nourrissons, jeunes enfants, personnes âgées et personnes souffrant de certaines pathologies chroniques³.

En termes de prévention, outre le fait de « fuir » la chaleur en restant le plus possible au frais, des gestes adaptés à chaque population sont à mettre en œuvre pour une protection efficace. Ainsi, les personnes dont les réserves liquides sont insuffisantes (enfants, adultes) doivent boire abondamment, alors que les personnes dont le processus de sudation est affaibli doivent se mouiller régulièrement le corps en

assurant une légère ventilation (linge mouillé, douche, brumisateur) afin de reproduire l'effet thermodynamique de refroidissement lié à l'évaporation de l'eau sur la peau. Il est également conseillé de manger en quantité suffisante (fruits, légumes, pain, soupe, etc.), passer du temps dans un endroit frais, fermer les volets le jour, éviter les efforts physiques (sport, jardinage, bricolage), ne pas boire d'alcool. Par ailleurs, il est recommandé de donner des nouvelles et d'en prendre de ses proches.

Les personnes fragiles, âgées, isolées ou handicapées peuvent se faire connaître auprès des services municipaux pour figurer sur le registre communal afin que des équipes d'aide et de secours puissent leur venir en aide en cas de vague de fortes chaleurs. Il leur est également suggéré de s'organiser avec des proches ou des voisins pour rester en contact au quotidien.

Un dispositif de communication pour tous

Le *dispositif de communication*, revu en 2015, comporte deux volets : comprendre les risques et agir en adoptant les gestes de prévention. La stratégie vise à toucher le plus de personnes possible en facilitant l'accès à l'information par un gain de lisibilité, une amélioration de la compréhension des messages, ceci tout en simplifiant le dispositif au niveau du fond et de la forme. Des supports attractifs, pédagogiques et pragmatiques ont été conçus ; ce sont des documents génériques illustrés, avec une déclinaison pour les personnes âgées dépendantes ou fragiles et une pour celles ayant des difficultés d'accès à la lecture. La conception des supports a fait l'objet de pré-tests auprès du grand public (adultes, personnes âgées, jeunes parents) et de recueil d'avis auprès de professionnels (médecins généralistes, gériatres, responsables de structures pour personnes âgées, etc.).

Le *dispositif de prévention* est composé de plans de diffusion des documents, partenariats, relations presse et présence sur le Web. Pour le grand public, une affiche et un dépliant « Canicule, fortes chaleurs. Adoptez les bons réflexes » présentent les moyens de se protéger en cas de hausse importante des températures,

donnent les numéros et les sites utiles afin d'obtenir davantage d'informations. Plus détaillé, le dépliant décrit les effets de la canicule sur l'organisme. Ces deux documents sont aussi disponibles en langue anglaise. Concernant les personnes âgées dépendantes ou fragiles, l'affiche dite « Ehpad » donne des conseils de prévention spécifiques. Un dépliant de la collection « Repères pour votre pratique » est également disponible sur le site de l'Inpes pour informer les professionnels de santé⁴. Par ailleurs, depuis 2008, des documents accessibles sont proposés aux publics en situation de handicap : une version en braille pour les personnes aveugles, une version en gros caractères pour les personnes malvoyantes et une version adaptée aux personnes sourdes (version très visuelle) dont l'accès à la langue française est difficile.

Le *dispositif de crise*, coordonné par le ministère de la Santé, se compose de spots télévisés et radio avec réquisition d'espace publicitaire, partenariats, Web⁵.

Développer la proximité

Les supports ont été conçus pour concerner le plus grand nombre. Ils sont centrés sur les gestes à adopter, et aucun type de public n'est représenté afin de ne pas exclure des personnes qui ne se reconnaîtraient pas sur les supports et qui seraient concernées.

Une diffusion des documents grand public ainsi que des dépliants adaptés aux publics malentendants et malvoyants est effectuée chaque année auprès des ARS, préfectures, conseils régionaux, Ireps, pharmacies, boulangeries, gardiens d'immeubles, professionnels du tourisme, professionnels du bâtiment, PMI, crèches, professionnels de santé, Croix-Rouge, services d'aide à la personne, etc. Les outils accessibles sont également diffusés par le biais de réseaux plus ciblés (associations, établissements médico-sociaux, etc.).

Outre la poursuite des collaborations engagées dès 2004 avec Météo France et avec le Conseil de l'ordre des pharmaciens, des partenariats sont mis en place ou reconduits chaque année⁶. Enfin, une information générale est diffusée auprès des médias locaux et nationaux pour sensibiliser en amont. ■

1. La canicule est présente lorsque qu'il y a une forte chaleur, une température élevée qui ne descend pas la nuit ou très peu et ce, au moins trois jours d'affilée.

2. L'exposition d'une personne à une température extérieure élevée pendant une période prolongée, sans période de fraîcheur suffisante (la nuit notamment) pour permettre à l'organisme de récupérer, est susceptible d'entraîner de graves complications par dépassement des capacités de régulation thermique du corps humain et d'aggraver des pathologies préexistantes.

3. À partir d'un certain âge, ou dans le cas de certaines maladies chroniques, le processus de sudation est affaibli. Lorsque la transpiration est insuffisante, l'effet réfrigérant par évaporation de la sueur n'a pas lieu et le corps n'arrive pas à maintenir sa température à 37°C. La température corporelle peut alors s'élever jusqu'à 40°C et les personnes risquent l'hyperthermie ou « coup de chaleur ». Pour ce qui est des enfants et des adultes, ils transpirent beaucoup, notamment en cas d'activité physique intense. Ils perdent beaucoup d'eau et leurs réserves liquides peuvent devenir insuffisantes. Ils risquent alors la déshydratation.

4. Document de quatre pages intitulé « Fortes chaleurs : prévenir les risques sanitaires chez la personne âgée ». En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1033.pdf>

5. Soit deux spots télévisés, un spot grand public (accessible aux publics sourds et malentendants avec sous-titres et traduction en langue des signes française - LSF) livré en amont aux chaînes concernées, et un spot automobiliste envoyé aux radios d'autoroute. Un spot radio grand public est envoyé à Radio France dans le cadre d'une réquisition, mais également à des radios privées volontaires en cas de canicule. Sur Internet, une version longue du spot TV grand public est mise en ligne.

6. Avec La Poste, ou encore la Confédération nationale de la boulangerie, et plus spécifiquement pour les travailleurs : l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles) et l'OPPBT (Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics). En cas d'urgence, la diffusion de dépliants et d'affiches peut être activée via un partenariat avec la RATP et via les kiosques à journaux. Ce dispositif est activé localement en cas de canicule en Île-de-France, sur ordre du préfet.

Prévenir les traumatismes consécutifs à une inondation

Julien Langumier,
ethnologue, chercheur associé
au laboratoire Rives, UMR EVS,
Lyon.

La survenue d'une catastrophe telle une inondation dans le village de 4 500 habitants de Cuxac d'Aude dans les basses plaines de ce département, à l'origine de cinq victimes et de dégâts généralisés sur la commune, entraîne une médiatisation quasi instantanée. Paradoxalement, celle-ci laisse souvent dans l'ombre l'expérience des sinistrés et ce qui fait événement pour ces derniers. Le bilan du drame est focalisé sur le nombre de victimes et l'importance des dégâts matériels, aux dépens du « vécu » des personnes sinistrées qui ne se réduit pas aux émotions exprimées dans le cadre d'interviews rapides réalisées par les journalistes.

L'enquête ethnographique [1], débutée deux ans après les faits et qui s'est déroulée sur quatre ans (entretiens semi-directifs intégralement retranscrits, après prise de rendez-vous en étant recommandé par de précédents enquêtés), permet de questionner les liens complexes entre la catastrophe et le temps qui lui succède, à travers la manière dont les habitants réagissent face à cet événement. Plus précisément, appréhender le vécu de la catastrophe à travers les récits des sinistrés constitue une piste de recherche fructueuse. Celle-ci permet en effet de questionner l'articulation entre l'expérience sociale d'une tragédie collective et ses éventuelles conséquences sur le plan médical, notamment dans le domaine de la santé mentale.

Le récit de la catastrophe, pour se situer par rapport au collectif

La facilité avec laquelle les habitants témoignent de la catastrophe doit être rapportée à la dimension collective de l'événement. Les récits mêlent sans cesse une expérience singulière avec l'histoire des voisins, les rumeurs diffusées dans le village, les articles des journalistes, les propos des politiques, etc. Une telle construction de leurs propos permet d'abord de situer sa propre expérience à travers les récits des autres. En réaction à l'événement, les sinistrés expriment la nécessité de comparer à l'échelle du village le vécu catastrophique de chacun, pour savoir si sa propre situation est « normalement anormale » ou « anormalement anormale ». Le récit de la catastrophe permet, de plus, de rendre publics ses faits et gestes au moment où le drame se noue et plus largement de justifier d'avoir tout fait pour sauver et aider les personnes en danger. Certains sinistrés racontent la catastrophe à travers l'article ou le reportage dont ils ont fait l'objet. Le témoignage relève dans un premier temps d'un récit public de la tragédie.

En marge de cette profusion du verbe, les silences, les hésitations, les lapsus, les oublis, les phrases glissées *in extremis* à la fin de l'entretien ne relèvent pas seulement de la faillite de la mémoire. L'indicible du drame résulte de la difficulté à faire coïncider le récit avec les normes de la morale courante [2], en particulier les formes d'exclusion sociale ressentie suite à la catastrophe. L'inondation touche en premier lieu la maison en dénaturant les signes du bonheur constitué par son cadre de vie soigneusement choisi, soit ici « l'utopie pavillonnaire » [3].

L'ESSENTIEL

- ▣ Comment les sinistrés d'une inondation vivent-ils ce type de catastrophe ? Un ethnologue a recueilli les témoignages de soixante personnes dans un village touché par une crue meurtrière dans l'Aude.
- ▣ La pratique de recueil de témoignages des sinistrés et leur prise en charge par des dispositifs institutionnels relevant de la santé mentale font aujourd'hui partie intégrante du quotidien post-catastrophe.
- ▣ À travers cette parole des victimes, se joue un repositionnement par rapport à la collectivité.

La piscine est remplie de boue, le jardin est un « chantier » au milieu duquel s'amoncellent les objets devenus déchets, la maison est anéantie par l'eau sale. La perte des objets personnels comme les photographies ou les souvenirs affecte de plus la mémoire des habitants qui craignent l'amnésie et les difficultés de transmettre l'histoire familiale aux jeunes générations. Assimilés aux populations en difficulté et assistés en étant l'objet des interventions des associations caritatives, les habitants témoignent de la relégation vécue après la catastrophe : « On est passé de l'autre côté de la barrière, d'habitude on aide et là, on est aidé », disent-ils.

De la prise en charge des troubles psychiques à un nouveau mode de contrôle ?

Les sinistrés insistent sur l'aspect « psychologique » du drame qui affecte leur « moral ». Ils décrivent et ana-

lysent la catastrophe dans les termes de la victimologie, en référence en particulier à la présence d'une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP), établie sur les lieux après la catastrophe, et aux actions de prévention du stress post-traumatique mises en œuvre à cette occasion. Sur les plaquettes d'information distribuées par les volontaires de la cellule, on pouvait lire : « *Vous avez été victime ou impliqué(e) dans un événement inhabituel et exceptionnel. [...] Vous avez réagi par de l'angoisse et des attitudes ou comportements inhabituels [...]. Ces états de stress intense entraînent des troubles psychologiques à type d'anxiété, et plusieurs comportements, attitudes ou sentiments peuvent émerger dans les jours ou les semaines qui suivent l'événement (ou même plus tard).* »

« L'INTERVENTION DE L'ACTION PUBLIQUE SUR CES TERRITOIRES "À RISQUES" DOIT MIEUX ARTICULER L'EMPATHIE POUR LES VICTIMES ET LA RESPONSABILISATION VOULUE PAR LE DÉVELOPPEMENT D'UNE "CULTURE DU RISQUE". »

Les professionnels de santé mentale animant ces cellules témoignent, quant à eux, de la difficulté à cerner la symptomatologie ou de choisir une thérapie lors d'interventions *in situ* au moment de la crise. Ils tendent à relativiser la gravité des troubles observés et insistent sur la dimension politique de la gestion de la catastrophe à laquelle ils participent. Au-delà de l'instrumentalisation dont ils se disent parfois l'objet – les cellules participant à la gestion politique de la crise en montrant les pouvoirs publics au chevet des populations –, la « médicalisation » de la prise en charge induit une dimension pathologique à l'expérience de la catastrophe. L'enquête conduite auprès des professionnels de santé mentale confirme les analyses de Didier Fassin [4], selon lesquelles la question de la santé mentale émerge dans la

psychologisation de la formulation des problèmes et la dépsychologisation des pratiques des intervenants.

Passés les élans de solidarité qui naissent au cœur de la crise, le temps qui suit la catastrophe est marqué par des tensions et des conflits nourris, d'une part, par les modalités de distribution des aides et des dons, et, d'autre part, par la recherche d'explications au drame qui aboutit à la désignation de responsables. Les CUMP interviennent dans ce contexte et participent d'un « gouvernement par la parole », pour reprendre l'expression de Dominique Memmi [5], si l'on considère ce dispositif médical également comme un mode de contrôle des émotions.

Dépasser la catastrophe dans le temps long du risque

Dans le cas particulier de ce village du Narbonnais où cohabitent anciens viticulteurs et nouveaux périurbains, l'enquête a montré la pluralité des affirmations identitaires à travers la catastrophe. Pour les nouveaux habitants, jusqu'alors orphelins d'un passé commun, les inondations constituent un événement fédérateur au cours duquel les liens se sont resserrés et des amitiés ont été scellées. En devenant des sinistrés médiatisés, les « étrangers » périurbains sont reconnus par l'extérieur (administrations, associations et médias) comme appartenant au village. Quant aux anciens, ils se situent sur un autre terrain, ils évoquent très peu l'inondation, dans la mesure où elle tend à les diviser entre détracteurs et partisans de la municipalité en place lors de la gestion de la catastrophe. Ils préfèrent raconter leurs souvenirs de jeunesse pour, en quelque sorte, consolider le groupe par l'inscription du passé dans le présent. Deux mémoires s'expriment donc de manière concurrente à l'origine du constat d'un « village en crise » : l'une surgie brutalement de l'événement, l'autre ancrée dans le temps long de la collectivité.

Au final, en croisant l'expérience des sinistrés et l'action des CUMP, l'enquête ethnologique montre que les cellules tendent en quelque sorte à dédouaner les sinistrés du malheur qu'ils endurent en les considérant comme des victimes touchées. Hors du

temps de la catastrophe, le discours de la culture du risque entend, à l'inverse, responsabiliser les citoyens qui vivent sur un territoire à risque. De cette contradiction résulte une ambivalence des politiques de prévention qui, par ailleurs, restent prudemment à l'écart des recompositions politiques en cours suite à la catastrophe, du fait notamment de l'émergence d'un pouvoir des victimes, en partie construit et justifié par les dispositifs de prise en charge institutionnels.

L'intervention de l'action publique sur ces territoires « à risques » doit, d'une part, mieux articuler l'empathie pour les victimes et la responsabilisation voulue par le développement d'une « culture du risque », d'autre part, intégrer que les dispositifs mis en place sont pris, malgré eux, dans les enjeux politiques de la gestion des risques et des catastrophes. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Langumier J. *Survivre à l'inondation. Pour une ethnologie de la catastrophe*. Lyon : ENS éditions, coll. Sociétés, Espaces, Temps, 2008 : 360 p.
- [2] Pollak M., Heinich N. Le témoignage. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1983, n° 62-63 : p. 3-29.
- [3] Lefebvre H. Préface. In : Haumont N., Haumont A., Raymond H., Raymond M.-G. *L'Habitat pavillonnaire*. Paris : Centre de recherche d'urbanisme, 1979 : p. 3-24.
- [4] Fassin D. Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique. *Politix*, 2006, vol. 19, n° 73 : p. 137-157. En ligne : http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=POX_073_0137
- [5] Memmi D. Administrer une matière sensible. Conduites raisonnables et pédagogie par corps autour de la naissance et de la mort. In : Fassin D., Memmi D. dir. *Le Gouvernement des corps*. Paris : éditions de l'EHESS, 2004 : p. 135-154.

Épidémie d'Ebola en Guinée-Conakry : l'anthropologie dans l'urgence sanitaire

Sylvain Landry Faye,

socio-anthropologue, enseignant-chercheur, faculté des lettres et sciences humaines, université Cheikh Anta Diop (Ucad), Dakar-Fann, Sénégal.

Depuis décembre 2013, la République de Guinée-Conakry est confrontée à une épidémie de maladie à virus Ebola qui ne sera déclarée officiellement qu'en mars 2014. Celle-ci, signalée en Afrique centrale depuis 1976, est une première en Afrique de l'Ouest.

À ses débuts, l'épidémie s'est déclarée en Guinée forestière, région située dans le sud-est de la Guinée-Conakry, avant de se propager dans la capitale Conakry. À la fin du mois de mars 2014, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) confirmait qu'elle avait aussi atteint le Libéria et la Sierra Leone. Le déploiement des équipes de l'OMS, de Médecins sans frontières (MSF), du *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), de la Croix-Rouge et les actions intensifiées en mai et juin, ont permis une accalmie et une maîtrise de certains foyers. Toutefois, en août 2014, la situation a évolué défavorablement en Guinée, avec la multiplication de nouveaux foyers et la reprise d'autres dans la capitale de Conakry. Au moment où la situation semblait sous contrôle en forêt, en fin 2014, la Basse-Guinée est devenue le nouveau foyer Ebola à partir de janvier 2015.

Au-delà de son grave impact sanitaire (3 011 cas confirmés dont 1 865 décès à la date du 22 mars 2015), qui pourrait faire l'objet de longs développements, cet article est centré sur l'importance et les conséquences des mobilisations sociales aux effets ambi-

valents, tant négatifs (rendant difficile l'organisation de la riposte) que positifs (responsabilisation et engagement communautaire).

Rumeurs, méfiance et ressentiment des populations locales

L'épidémie d'Ebola en Guinée s'est illustrée par l'étendue des attitudes de réticence et de défiance des populations à l'égard de la lutte contre le virus : négation de la maladie, refus de la réception à domicile des équipes d'investigation, refus de la fréquentation des centres de traitement et de la gestion sécurisée des enterrements.

Au fur et à mesure que l'épidémie a évolué, l'expression de cette réticence est passée d'une violence verbale à une violence physique, dont le paroxysme a été la mort d'agents locaux impliqués dans les activités de sensibilisation. Plus spécifiquement, ces réticences ont surtout été portées par les cadets sociaux (jeunes et femmes), dans une société habituellement fondée sur le pouvoir des hommes, des sages et des personnes âgées. Ces attitudes ne sont pas une nouveauté et ont été observées aussi dans les différents foyers en Afrique centrale ayant vécu l'épidémie. C. Gasquet rappelle le massacre de quatre instituteurs de la ville de Kelle lors de l'épidémie de 2003, les émeutes villageoises gabono-congolaises (épisode de 2001-2002) qui avaient empêché, un temps, les équipes internationales de lutte contre la maladie d'accéder aux sites [1].

Toutefois, le cas guinéen est singulier dans la mesure où les violences n'ont pas visé seulement les Blancs et les équipes médicales et d'intervention.

L'ESSENTIEL

- En Guinée-Conakry, face à Ebola, des anthropologues sont intervenus aux côtés des personnels médicaux pour lever la défiance face aux rumeurs et le manque de confiance dans les autorités, en prenant en compte les contextes socio-historique, politique et culturel propres aux zones affectées.
- Dans nombre de cas, les anthropologues ont joué le rôle de médiateurs, parvenant à pacifier la situation et à faire émerger une solidarité communautaire positive.

Les familles des victimes ou suspects d'Ebola ont aussi largement stigmatisé leurs parents et ont été réticents à les approcher. Ces attitudes sont contraires à l'idée de l'accompagnement du malade par le groupe organisateur de la thérapie [2] et mettent à rude épreuve la fonction de solidarité familiale en Afrique [3], dans une société guinéenne déjà minée par les tensions ethniques.

Maladie « importée par les Blancs » ou fabrique locale ?

Si ces violences ont été, en général, expliquées par la peur entraînant des pratiques autarciques pour se protéger [4, 5], elles sont aussi, en Guinée, la conséquence des rumeurs relatives à la maladie (elle n'existe pas ou a été importée par les Blancs et les autorités politiques au pouvoir), aux centres de traitement (perçus comme des mouiroirs) et aux pratiques de désinfection (soupçonnées par certains d'être un moyen de dissémination de la maladie).

Ces rumeurs se développent dans un contexte de soupçon et de ressentiment à l'égard des Blancs, de méfiance

à l'égard des figures de l'altérité dangereuse (l'autre est celui qui est de l'ethnie différente), mais aussi de défiance des populations vis-à-vis des autorités politiques. Depuis des années, ces dernières sont soupçonnées d'avoir facilité l'expropriation de la paysannerie locale et l'accaparement de terres par des investisseurs internationaux, avec des allègements fiscaux concédés.

Enfin, les réticences sont aussi l'une des conséquences des pratiques peu humanisantes de certaines équipes médicales dans les villages. La volonté légitime de gérer le risque médical a conduit à oublier les réalités locales, les besoins et attentes des familles victimes. Elle n'a pas tenu compte de la nécessité, pour ces dernières, de se préserver aussi du risque social qu'elles encourent en ne respectant pas certains requis sociaux de l'enterrement par exemple (requis ne permettant pas la crémation des corps et des matériaux, les enterrements anonymes, etc.).

Anthropologues « traducteurs-passeurs culturels » appelés à la rescousse

L'importance de la défiance communautaire à l'égard des protocoles médicaux a rendu plus que nécessaire une meilleure écoute des spécificités socioculturelles des populations et une humanisation des protocoles et des pratiques épidémiologiques au sein des villages. Elle a aussi mis en exergue le caractère incontournable des mobilisations collectives positives à des fins d'une meilleure responsabilisation et implication des communautés dans la lutte. Pour arriver à promouvoir cette approche centrée sur les « communautés », l'OMS et les autres institutions humanitaires ont sollicité l'intervention des anthropologues afin de les aider à identifier la meilleure approche des « territoires de l'épidémie », tenant compte de leurs croyances, de leurs modes et habitudes de vie, des contextes sociopolitiques et institutionnels.

Sur le terrain de la lutte contre Ebola, les anthropologues ont grandement répondu à cette attente, en jouant le rôle « d'épidémiologistes sociaux d'accompagnement » [6] assigné par les médecins, les humanitaires et les institutions internationales. Ils ont assumé leur fonction

de médiateurs sociaux, en tentant de comprendre les attitudes adoptées par les familles afin de pouvoir aider les équipes d'intervention à mieux interagir avec elles, à adopter des pratiques de gestion du risque médical, mais qui respectent leurs émotions et leurs valeurs. Ils ont aussi formulé des recommandations aux équipes médicales pour une meilleure approche des populations : pratiques plus empathiques et tenant compte du risque émotionnel, enterrements « dignes » et sécurisés. Ils ont, en outre, recommandé de ne pas parler de centre d'isolement, mais plutôt de centre de traitement. L'anthropologie est ainsi devenue un élément essentiel dans la riposte à Ebola, en contribuant « à améliorer la connaissance des chaînes de transmission de la maladie ; à identifier les comportements des populations locales dans leur diversité et proposer des interventions appropriées ; à aider à humaniser les interventions, trouver un équilibre entre la mise en place autoritaire des mesures sanitaires et des approches empathiques » [7].

Lever les réticences

En raison de l'importance des rumeurs, des difficultés posées par les stratégies de communication définies et de la nécessité de les rendre plus en adéquation avec le vécu des populations, l'expertise des anthropologues a été aussi sollicitée. C'est ainsi qu'ils ont intégré les commissions « communication et mobilisation sociale », afin de contribuer à la conception des plans de communication, à la redéfinition et à l'harmonisation des messages, en tirant profit des résultats de leurs investigations scientifiques, en particulier la documentation des rumeurs. Ils ont été aussi parties prenantes des équipes de sensibilisation dans les villages en Guinée forestière. Ce besoin pratique a d'ailleurs conduit à des amalgames, les anthropologues ayant été ou s'étant eux-mêmes confondus quelquefois avec des spécialistes de la communication.

Dans le cadre de la médiation sociale, l'anthropologie a été sollicitée pour conduire un plaidoyer et une mobilisation sociale en faveur de la levée des réticences dans les villages et dans les familles. Au mois de juillet 2014, les équipes d'intervention

avaient recensé, dans la préfecture de Gueckédou, environ 26 villages réticents à la conduite des activités dans le cadre de la riposte à l'épidémie. Dans une partie de ces villages, les anthropologues sont intervenus, comme par exemple à Kolobengou (voir article suivant). Le principal constat est que la mobilisation collective positive et la responsabilisation des communautés dans la surveillance, favorisées par les anthropologues, peuvent faciliter le contrôle de l'épidémie. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Gasquet C. *Une géographie de la fièvre hémorragique à virus Ebola : représentations et réalités d'une maladie émergente au Gabon et en République du Congo* [Thèse de doctorat en géographie humaine]. Université Paris-Ouest Nanterre La Défense, 2010 : 110 p. En ligne : http://www.espace-sante-territoires.fr/THESE_C-GASQUET_Avril-2011_PART-1.pdf
- [2] Janzen J.M. *La Quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris : Karthala, 1995 : 288 p. (traduit de l'anglais par Bibeau G., Collignon R., Corin E., Hamonet C.). 1^{re} éd. : *The quest for therapy in lower Zaire*. University of California Press, 1978 : 266 p.
- [3] Marie A. dir., Vuarin R., Leimdorfer F., Werner J.-F., Gérard E., Tiekoura O. *L'Afrique des individus. Itinéraires citoyens dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey)*. Paris : Karthala, coll. Hommes et sociétés, 2008 : 442 p.
- [4] Mari Saéz A., Borchert M. *Réticences aux mesures de contrôle de l'épidémie d'Ebola. Comprendre, réagir, prévenir*. Rapport de mission en Guinée Forestière. Ministère guinéen de la Santé/Charité, médecine universitaire de Berlin, 2014.
- [5] Epelboin A. L'anthropologue dans la réponse aux épidémies : science, savoir-faire ou placebo ? *Bulletin Amades* [En ligne], 2009, n° 78. En ligne : <http://amades.revues.org/1060>
- [6] Hours B. Pour une anthropologie post-culturelle de la santé. *Bulletin Amades* [En ligne], 2003, n° 56. En ligne : <http://amades.revues.org/634>
- [7] Epelboin A., Odugleh-Kolev A., Formenty P. Annexe 13. Contribution de l'anthropologie médicale à la lutte contre les épidémies de fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg. In : *Épidémies de fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg : préparation, alerte, lutte et évaluation*. 2012 : p. 87-93. WHO/HSE/GAR/BDP 120p.

Dans plusieurs villages, la lutte contre l'épidémie passe par la réconciliation

Au mois de juillet 2014, le village de Kolobengou où ont été identifiés des cas d'Ebola, s'est illustré par des attitudes autarciques : les jeunes ont détruit le pont menant au village pour empêcher le passage des véhicules des humanitaires, soupçonnés de disséminer la maladie. Ils ont interdit l'accès à toute personne étrangère et organisé des brigades de surveillance, afin de s'assurer que personne n'y pénètre.

Afin de résoudre le problème, les stratégies utilisées ont été d'abord basées sur la démarche habituelle de la mise en avant des tradipraticiens, des chefs des forêts sacrées, des leaders religieux (chrétiens et musulmans), des chasseurs, des associations de ressortissants, du conseil des sages et des doyens. Toutefois, dans un contexte de méfiance grandissante entre gouvernants et administrés, la stratégie de mise en avant des responsables locaux pour « développer la confiance » et améliorer l'acceptabilité communautaire des activités de la riposte n'a pas fonctionné. Au contraire, les autorités préfectorales et locales, les sages, ressortissants de la localité, qui ont tenté la médiation pour faciliter l'accès dans les villages réticents de Wabengou et Kolobengou, ont été violentés. La forte émotion qui s'est ensuivie a conduit à l'arrestation de dix-huit jeunes par la gendarmerie, exacerbant ainsi la révolte et les attitudes de défiance des villages.

Réconcilier les groupes

Les anthropologues ont engagé une médiation accompagnée d'un plaidoyer dont l'objectif était de réconcilier les groupes, tout en agissant pour une meilleure mobilisation et responsabili-

SORTIR L'ANTHROPOLOGIE DE L'IMAGE D'UNE DISCIPLINE D'APPOINT AU MÉDICAL

La sollicitation importante des anthropologues dans la levée des réticences et la facilitation des mobilisations collectives positives illustre sans doute une attente de la médecine en faveur d'une médiation culturelle pour permettre de contrôler l'épidémie. Engagés aux côtés des équipes médicales en Guinée forestière, les anthropologues ont ainsi « donné de la vie et du sens » aux interventions sanitaires et démontré que l'intervention d'urgence sanitaire en communauté requiert des aptitudes plus englobantes que de celles du soin en clinique.

S'intéresser aussi aux « impensés » de la lutte

Toutefois, en répondant exclusivement à la « commande » des humanitaires, l'anthropologie a été réduite à une « épidémiologie sociale d'accompagnement » et à « une auxiliaire » de la pratique médicale. Pourtant, en utilisant la perspective critique qui la caractérise, elle peut aussi questionner des « points aveugles » de la lutte contre l'épidémie, réinterroger certaines évidences (normes, concepts) produites par la médecine, et faire évoluer les préoccupations et stratégies d'intervention sanitaire.

Sa contribution ne peut être cruciale que si elle va au-delà de la demande de la médecine ou des humanitaires, afin de réfléchir sur des questions non soulevées face à la gestion de l'urgence médicale. Par exemple, dans le cadre du financement d'une recherche par la Commission européenne, nous avons pris le parti de sortir de la demande des équipes d'intervention

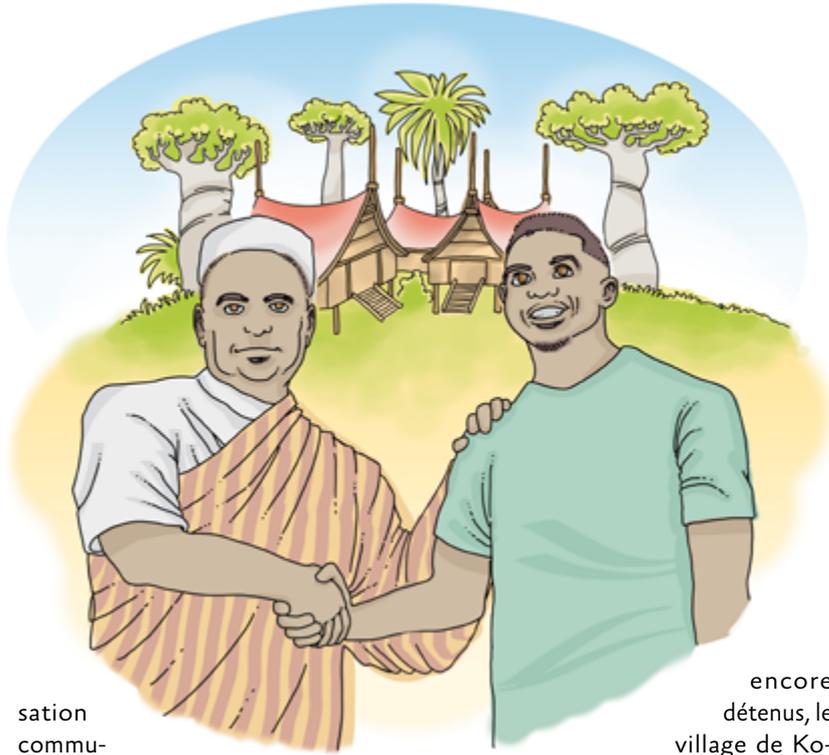
pour investiguer des questions négligées : question de la militarisation de l'épidémie, analyse des rapports entre État et populations à partir de la question des violences communautaires, anthropologie des affects, gestion de l'après-Ebola, etc.

Réinterroger les évidences de la santé publique

En définitive, ce n'est pas en répondant exclusivement aux questions formulées par la médecine que les sciences sociales aideront nécessairement le plus la mobilisation communautaire et la lutte contre Ebola. C'est aussi en permettant à l'anthropologie de réinterroger les évidences de la santé publique que pourront être formulés de nouveaux questionnements, et être apportés de nouveaux résultats utiles à la lutte [1]. C'est aussi à ce prix que seront comprises les attitudes des populations, leurs capacités de résilience et les modalités selon lesquelles elles peuvent s'impliquer et se mobiliser de manière positive pour une rupture de la chaîne de transmission du virus Ebola.

S.L.F.

[1] Fainzang S. Riflessioni epistemologiche sulla co-disciplinarietà tra antropologia e medicina nella ricerca. *Antropologia Medica*, 2010, vol. 21-26 : p. 11-24.



sation
commu-
nautaire dans
la lutte contre l'épidémie.

Des démarches ont été entreprises, afin de comprendre d'abord, du côté des jeunes emprisonnés, les raisons de leurs attitudes et du côté des sages violentés, comment ils ont vécu cet épisode. Pour les jeunes, il s'agissait d'une pratique autarcique visant à empêcher la maladie d'« entrer dans le village ». Quant aux sages, ils ont été émotionnellement touchés, mais ils avaient besoin d'une réconciliation avant de pouvoir se remobiliser.

Une rencontre a donc été organisée par les anthropologues à la gendarmerie afin de confronter et réconcilier les sages avec les jeunes, en permettant à ces derniers de présenter leur demande de pardon. Au cours de cette rencontre, les jeunes ont appelé leurs parents au village pour leur demander de rétablir le pont d'accès. Les villageois se sont mobilisés pour réparer le pont, désherber la route menant au village et aller présenter leurs excuses aux sages et à l'autorité préfectorale de Gueckedou¹. Cette démarche, acceptée par ces derniers, a été facilitée par les anthropologues.

Un plaidoyer a été mené auprès du préfet, en faveur de la libération des jeunes, sur la base des engagements pris, afin de pacifier le village et de permettre aux équipes de pouvoir y accéder. Pendant que les jeunes étaient

encore
détenus, le
village de Ko-
lobengou a envoyé
le chef de secteur et le

président du district de Bawa pour rencontrer la coordination préfectorale de lutte contre Ebola et inviter les équipes d'intervention à organiser une séance de communication sur Ebola et une distribution de kits d'hygiène (savon et chlore). Quand cette activité a été menée, les villageois ont désignés eux-mêmes les familles avec des membres présentant des signes suspects de la maladie. Cela a permis aux équipes d'investigation d'identifier l'ensemble des malades et des contacts. Ceux présentant les signes de la fièvre Ebola ont été acheminés vers le centre de traitement à Gueckedou, sur autorisation des familles devenues collaboratives.

Après cela, les jeunes détenus ont été libérés et sont retournés au village. Le village en a désigné quelques-uns comme animateurs communautaires pour le suivi des trente-huit contacts qui ont été listés sur place. Cela a eu comme effet positif l'adoption d'attitudes de surveillance communautaire : les villageois ont commencé par transmettre des alertes lors des décès communautaires à Kolobengou et dans les villages environnants. Les jeunes se sont aussi impliqués dans la sensibilisation des villages environnants, incitant les habitants à solliciter l'organisation de séances de sensibilisation et de distribution de kits d'hygiène.

En conclusion, cette expérience renseigne sur la nécessité de comprendre les attitudes des familles, afin de mieux interagir avec elles et mieux les responsabiliser pour que leur mobilisation aille dans le sens d'un meilleur contrôle de l'épidémie. ■

Sylvain Landry Faye

1. Une collecte d'argent a eu lieu dans le village afin d'acheter un bouc, animal à présenter comme offrande pour demander et obtenir pardon.

L'Éprus au cœur de la lutte contre l'épidémie Ebola

Clara de Bort,
cheffe du pôle Réserve sanitaire, Éprus.

L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus), opérateur du ministère de la Santé, est engagé dans la lutte contre la maladie à virus Ebola sur plusieurs fronts, en Afrique de l'Ouest et en France, en déployant des renforts en hommes, en équipements et en produits de santé, et en assurant des formations.

En Afrique, sa Réserve sanitaire – qui regroupe plus de 2 000 professionnels issus de tous les métiers de la santé – intervient, depuis avril 2014, dans de nombreuses situations.

En Guinée-Conakry tout d'abord, auprès des autorités guinéennes et consulaires françaises et dans plusieurs centres de traitement Ebola (Macenta, Kerouané, Forecariah). Elle a également apporté une aide technique à plusieurs institutions dont les personnels étaient amenés à séjourner en Guinée (Établissement français du sang, Institut Pasteur, Inserm). Elle assure encore aujourd'hui des contrôles sanitaires à l'aéroport de Conakry.

Au Mali, la Réserve sanitaire a été chargée d'une mission d'expertise et de soutien auprès des autorités sanitaires et d'assurer, pendant la période épidémique, les contrôles sanitaires à l'aéroport de Bamako.

En Guinée Équatoriale, à l'occasion de la Coupe d'Afrique des nations, elle a assuré une mission d'expertise puis de contrôle sanitaire autour des stades.

Toujours en Afrique, l'Éprus a aidé le réseau de l'OMS à recruter des professionnels de santé francophones. L'établissement a aussi mis à disposition

du matériel et des équipements : tenues de protection, thermomètres, solutions hydro-alcooliques.

En France, dans le cadre de la lutte contre l'épidémie, l'Éprus a déployé des médicaments expérimentaux, des équipements de protection individuelle, des housses de transport. Ainsi, un stock d'antiviraux a-t-il été constitué dès septembre 2014, et utilisé par la France et certains de ses partenaires étrangers. L'établissement a également travaillé en lien avec les sociétés savantes pour identifier les équipements permettant d'assurer la meilleure protection des professionnels de santé. Malgré la tension internationale sur ces produits, l'Éprus a lancé l'acquisition de plusieurs milliers de tenues d'intervention, ainsi que des tenues destinées à l'entraînement des professionnels hospitaliers. L'Éprus a également acquis en urgence deux caissons de transport de patients à pression négative, l'un dédié aux vols long-courriers et l'autre dédié au transport terrestre et par voie hélicoptérée. Ces modules permettent le transport en sécurité de patients à haut risque de contamination biologique, sans risque pour le personnel accompagnant. L'Éprus a entraîné plusieurs dizaines des réservistes à l'utilisation de ces caissons.

Par ailleurs, l'Établissement a formé et entraîné une équipe de réservistes sanitaires dédiée au renfort, en métropole comme en outre-mer, de structures hospitalières et de soins susceptibles de prendre en charge des patients, cas suspects ou avérés de maladie à virus Ebola. Une centaine de professionnels de santé a ainsi été formée aux techniques d'habillage, de protection et de prise en charge de tels patients infectés, à forte contagiosité.

Au cours de l'hiver 2014, la Réserve sanitaire a été amenée à prêter main forte à l'InVS pour assurer la continuité du service chargé d'expertiser et de classer les cas Ebola, et au ministère de l'Intérieur pour assurer la continuité des contrôles sanitaires à l'aéroport de Roissy Charles-de-Gaulle.

Enfin, afin d'offrir une formation adaptée aux personnels amenés à travailler dans des centres de traitement Ebola, l'Éprus a participé à l'ouverture et au fonctionnement du Centre de formation Ebola (CFE) mis en œuvre par la direction générale de la Sécurité civile à Nogent-le-Rotrou, destiné aux travailleurs des organisations internationales et organisations non gouvernementales. Pour assurer ces formations spécialisées, l'Éprus a mobilisé pendant plusieurs semaines ses réservistes formateurs, en collaboration avec le Service de santé des armées (SSA) et de Médecins sans frontières (MSF). En complément des stages de formation, l'Éprus a produit trois vidéos pédagogiques, disponibles en ligne, illustrant l'habillage et le déshabillage en EPI¹ en milieu hospitalier et l'utilisation des housses de transport². ■

1. En ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=OYB3779YHRo>

2. En ligne : https://www.youtube.com/watch?v=cicnAR_c8_Q

Ce *Pour en savoir plus* propose un ensemble de ressources documentaires complétant le dossier de ce numéro de *La Santé en action*. Il se divise en quatre parties : la première présente des documents permettant de préciser ou de discuter les définitions de risques et d'urgences sanitaires. Viennent ensuite trois parties dédiées à différentes catégories d'urgences sanitaires : maladies vectorielles, autres risques infectieux, risques naturels et climatiques majeurs. Vous y trouverez des documents d'information, des recommandations, des dossiers thématiques et des sites Internet.

Céline Deroche,
chef du département
Veille et documentation
de l'Inpes.

URGENCES SANITAIRES : GÉNÉRALITÉS

• **Crémieux A.-C. Gouverner l'imprévisible. Pandémie grippale, Sras, crises sanitaires.** Paris : Lavoisier Tec & Doc, 2009 : 106 p.

• **Dab W., Salomon D. Agir face aux risques sanitaires : pour un pacte de confiance.** Paris : Presses universitaires de France, coll. Hors Collection, 2013 : 264 p.

• **Institut de veille sanitaire. La veille et l'alerte sanitaires en France.** Saint-Maurice : InVS, 2011 : 60 p. En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2011/veille_alerte_sanitaire_france/rapport_veille_alerte_sanitaire.pdf

• **Institut de veille sanitaire. Dossier thématique : Méthode d'évaluation des risques sanitaires [page Internet].** 22/01/2014. En ligne : <http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Methode-d-evaluation-des-risques-sanitaires>

• **Lagadec P. Du risque majeur aux mégachocs.** Bordeaux : Éd. Préventique, coll. Les Cahiers de la prévention, 2012 : 223 p.

• **Ministère des Affaires sociales, de la Santé, et des Droits des femmes. Règlement sanitaire international [dossier thématique].** 8 septembre 2014. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/le-reglement-sanitaire-international-rsi.html>

• **Organisation mondiale de la santé (OMS). Règlement sanitaire international.** Genève : OMS, 2008, 2^e éd. : 89 p. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242580419_fre.pdf?ua=1

• **Peretti-Watel P., coord. La Gestion des crises sanitaires.** Paris : La Documentation française, coll. Problèmes politiques et sociaux, 2010 : 109 p.

• **Portal T., Roux-Dufort C. Prévenir les crises. Ces Cassandres qu'il faut savoir écouter.** Paris : Armand Colin, 2013 : 320 p.

RISQUES INFECTIEUX

• **Pandémie grippale [dossier thématique].** 2015. En ligne : <http://www.risques.gouv.fr/risques-sanitaires/pandemie-grippale>

• **Epelboin A. L'anthropologue dans la réponse aux épidémies : science, savoir-faire ou placebo ?** *Bulletin Amades*, 2009, n° 78. En ligne : <http://amades.revues.org/index1060.html>

• **Houssin D. Face au risque épidémique.** Paris : Odile Jacob, 2014 : 304 p.

• **La santé pour tous. Ebola (Maladie à virus Ebola) [dossier thématique] 2015.** En ligne : <http://www.lasantepourtous.com/Maladies/Ebola-Maladie-a-virus-Ebola>

• **Leport C., Guégan J.-F. dir. Les maladies infectieuses émergentes : état de la situation et perspectives.** Paris : La Documentation française, coll. Avis et rapports, 2011 : 209 p. En ligne : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20110622_maladiesinfectemerg.pdf

• **Organisation mondiale de la santé (OMS). Maladie à virus Ebola [dossier thématique] 2014.** En ligne : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/fr/>

MALADIES VECTORIELLES

• **ARS Océan indien. Forum international Veille sanitaire et réponse en territoires insulaires, juin 2013 [site Internet] 2013.** En ligne : <http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/Coup-d-envoi-du-1er-Forum-inte.158147.0.html>

• **Cire Océan indien. Dengue, chikungunya : des risques pour l'Outre-mer. Actualité épidémiologique et organisation sanitaire.** *BVS*, mars 2015, n° 26 : 39 p. En ligne : http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Actualites/BVS/2015_26_BVS_thematique_Arbos.pdf

• **Entente interdépartementale pour la démoustication du littoral méditerranéen (EID) [site Internet] 2015.** En ligne : <http://www.eid-med.org>

• Fohr G., Guillé I., Dehecq J.-S., Poli F., Bavielle M. La Réunion : mobilisation communautaire contre les moustiques. *La Santé de l'homme*, 2009, n° 404 : p. 43-44. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-404.pdf>

• Inpes. *Prévention de la dengue et du chikungunya en France métropolitaine*. Saint-Denis : Inpes, 2014 : 4 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1462.pdf>

• Inpes. *Maladies transmises par les moustiques [dossier thématique] 2014*. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/maladies-moustiques/index.asp>

• InVS. *Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2014*. *BEH*, 3 juin 2014, n° 16-17 : 51 p. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2014/reco/pdf/2014_reco.pdf

• InVS. *Dossier thématique : Maladies à transmission vectorielle [page Internet]*. 16/09/2013. En ligne : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle>

• Dengue et chikungunya en France métropolitaine, une surveillance nécessaire. *BEH*, 28 avril 2015, n° 13-14 : 25 p. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2015/13-14/pdf/2015_13-14.pdf

• Maison D., Sauvée M.-L., Mansotte F., Pinchon S., Caudal J. Prévention de la dengue en Guyane : une campagne d'information des populations. *La Santé de l'homme*, 2009, n° 404 : p. 22-24. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-404.pdf>

• Ministère chargé de la Santé, InVS, Inpes. *Chikungunya, dengue, paludisme, West Nile : comment se protéger ? [brochure]*. Saint-Denis : Inpes, 2014 : 4 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1043.pdf>

• Ministère chargé de la Santé, InVS, Inpes. *Prévention de la dengue et du chikungunya en France métropolitaine*. Saint-Denis : Inpes, coll. Repères pour votre pratique, 2014 : 4 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1462.pdf>

• Ministère des Affaires sociales, de la Santé, et des Droits des femmes. *Moustiques vecteurs de maladies [dossier thématique]*. 5 mai 2014. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/moustiques-vecteurs-de-maladies.html>

• Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. *Guide relatif aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole*. Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2012 : 94 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_modalite_mise_en_oeuvre_plan_anti_dissemination_chikungunya_et_dengue.pdf

• Organisation mondiale de la santé (OMS). *Les maladies à transmission vectorielle [dossier thématique] 2015*. En ligne : <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2014/about-diseases/fr/>

• Quénéel P., Rosine J., Cassadou C., Ardillon V., Blateau A., Matheus S., et al. *Épidémiologie de la dengue dans les départements français d'Amérique*. *BEH*, 2011, n° 33-34 : p. 358-363. En ligne : www.invs.sante.fr/content/download/18602/117933/version/5/file/BEH_33_34_2011.pdf

• Yébakima A., Pélagie R., Desportes C., D'Abadie de Lurbe D. *Approche communautaire pour prévenir la dengue à la Martinique*. *La Santé de l'homme*, 2009, n° 403 : p. 33-35. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-403.pdf>

RISQUES NATURELS ET CLIMATIQUES MAJEURS

• Inpes. *Fortes chaleurs : prévenir les risques sanitaires chez la personne âgée*. Saint-Denis : Inpes, coll. Repères pour votre pratique, 2013 : 4 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1033.pdf>

• Inpes. *En cas d'inondation/Après l'inondation [affiches]*. Saint-Denis : Inpes, 2014 : 2 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1108.pdf>

• Inpes. *Grand froid : quelques précautions à prendre [page Internet]* décembre 2014. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/evenement_climatique/froid/index.asp

• InVS. *Dossier thématique : Catastrophes naturelles et industrielles [page Internet]*. 06/01/2015. En ligne : <http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Catastrophes-naturelles-et-industrielles>

• InVS. *Dossier thématique : Climat et santé [page Internet]*. 06/01/2014. En ligne : <http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Climat-et-sante>

• Léon C., Girard D., Arwidson P., Guilbert P. *Comportements préventifs des Français et impact des campagnes de prévention durant la canicule 2006*. *Évolutions*, 2007, n° 7 : 6 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1048.pdf>

• Organisation mondiale de la santé (OMS). *Changement climatique et santé [dossier thématique] 2014*. En ligne : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/fr/>

SITES ET ORGANISMES

• **Base de données historiques sur les inondations (BDHI) [site Internet] 2015**.

La BDHI recense et décrit les phénomènes de submersions dommageables d'origine fluviale, marine, lacustre et autres, survenus sur le territoire français (métropole et départements d'outre-mer) au cours des siècles passés et jusqu'à aujourd'hui. En ligne : <http://bdhi.fr/appli/web/welcome>

• **Centre européen de prévention du risque d'inondations (Cepri) [site Internet] 2015.**

Le Cepri est une association créée le 1^{er} décembre 2006. Le projet est né au sein de collectivités territoriales, porté notamment par le conseil général du Loiret et conduit en partenariat avec l'État (ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie). Ce réseau a pour mission principale d'être l'appui technique et scientifique dans la prévention et la gestion du risque d'inondation en France et en Europe, et de faire l'interface entre les collectivités et l'État. Parmi ses actions, la publication de guides méthodologiques et rapports permet de réaliser la diffusion et le partage des bonnes pratiques en France et en Europe.

En ligne : <http://www.cepri.net/>

• **Fondation La main à la pâte. Quand la terre gronde. [site Internet] 2015.**

« Quand la Terre gronde » est un projet d'éducation aux risques naturels pour l'école primaire. Il conjugue approche locale et globale et traite de trois risques naturels en particulier (volcans, séismes et tsunamis), ainsi que d'un quatrième risque plus directement lié au contexte local, différent pour chaque école (inondation, feu de forêt, tempête, avalanche, etc.).

En ligne : <http://www.fondation-lamap.org/fr/risques>

• **Gouvernement français. Prévention des risques majeurs [site Internet] 2015.**

Le site www.risques.gouv.fr est le portail interministériel de prévention des risques majeurs. Il a vocation à permettre au plus large public de s'informer, de se préparer et d'agir en cas de risques majeurs. Il est géré par le Service d'information du Gouvernement (Sig), service du Premier ministre.

En ligne : <http://www.risques.gouv.fr>

• **Mémoire des catastrophes (IHMEC) [site Internet] 2015.**

Le site memoiredescatastrophes.org organise le recueil des témoignages et l'échange autour des catastrophes passées et actuelles. Il est en accord avec la loi de modernisation de la Sécurité civile du 13 août 2004 qui veut mobiliser l'ensemble des compétences contre les risques technologiques, naturels ou de nature terroriste, en insistant notamment sur l'encouragement des solidarités. Ce site associatif est soutenu par le ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie.

En ligne : <http://memoiredescatastrophes.org/>

• **Observatoire national des risques naturels [site Internet] 2015.**

Créé en 2012, l'Observatoire national des risques naturels a pour but de renforcer le lien entre l'assurance et la prévention, et constitue un cadre de rassemblement des acteurs de la prévention autour de données des risques naturels et des indicateurs de réduction de la vulnérabilité. Il concrétise une démarche initiée par le Conseil d'orientation pour la prévention des risques naturels majeurs (COPRNM).

En ligne : <http://www.onrn.fr/>

• **Observatoire régional des risques majeurs en Provence-Alpes-Côte d'Azur [site Internet] 2015.**

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur, la direction régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (Dreal) Provence-Alpes-Côte d'Azur et le Bureau de recherches géologiques

et minières (BRGM) collaborent depuis plusieurs années pour améliorer la connaissance et diffuser l'information relative aux différents risques majeurs qui peuvent affecter la région.

En ligne : <http://observatoire-regional-risques-paca.fr/>

• **Portail de prévention des risques majeurs [site Internet] 2015.**

Prim.net favorise la mise à disposition, le partage et l'actualisation d'informations relatives aux risques naturels et technologiques. Il résulte d'un partenariat entre des organismes comme le ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie, l'Institut français des formateurs risques majeurs et protection de l'Environnement (IFFO-RME), l'Institut des risques majeurs (IRMa), etc.

En ligne : <http://www.prim.net/>

• **Institut des risques majeurs [site Internet] 2015.**

L'Institut des risques majeurs (IRMa) a été créé en 1988 à l'initiative d'Haroun Tazieff et du conseil général de l'Isère. C'est une association loi 1901 dont l'objectif est de promouvoir des actions d'information, de prévention et de sensibilisation aux risques majeurs. Ce centre de ressources contribue notamment à l'information préventive des populations sur les risques majeurs en Rhône-Alpes, conseille les responsables et les décideurs locaux, et participe aux échanges d'expérience en matière de gestion des risques. Le site Internet propose de nombreuses ressources.

En ligne : <http://www.irma-grenoble.com/>

La consommation régulière d'alcool en 2014

Jean-Baptiste Richard,
chargé d'études et de recherche,
direction des Affaires scientifiques, Inpes.

Les ventes annuelles d'alcool pur, en France, diminuent régulièrement depuis plus de cinquante ans. Cette baisse est presque entièrement attribuable à la diminution de la consommation de vin, et plus précisément des vins de consommation courante (vin de table) [1, 2]. Les résultats des enquêtes Baromètre santé, menées par l'Inpes depuis vingt ans, confirment cette évolution puisque la part des 15-75 ans consommant quotidiennement de l'alcool (dans plus de 80 % des cas du vin) est passée de 24 % en 1992 à moins de 10 % en 2014 [3]. L'édition 2014 du Baromètre santé a permis d'interroger les Français sur leur consommation actuelle d'alcool, sur le fait d'avoir connu par le passé une période de consommation « quotidienne ou presque » d'au moins trois mois, ainsi que sur les motivations de diminution de la consommation d'alcool [4].

Profil des consommateurs réguliers

En 2014, la consommation régulière, définie par une consommation d'un type d'alcool (vin, bière, alcools forts ou autres) au moins quatre fois par semaine, concerne 14 % des 15-75 ans, soit 21 % des hommes et 8 % des femmes. Cette proportion se révèle également en diminution puisqu'elle était de 19 % en 2005 et de 16 % en 2010. La consommation régulière apparaît de plus en plus fréquente lorsque l'âge augmente. Elle concerne 4 % des moins de 25 ans, 10 % des 35-44 ans, 21 % des 55-64 ans et 30 % des plus âgés. Par ailleurs, le pourcentage des consommateurs réguliers dans la popu-

lation est stable (8 % en 2005 comme en 2014) chez les moins de 45 ans, tandis qu'il régresse, chez les plus de 45 ans, de 31 % à 20 % entre 2005 et 2014.

Parmi les consommateurs réguliers, le nombre moyen de verres bus un jour de consommation d'alcool est de 2,8:3,0 pour les hommes et 1,9 pour les femmes. Le nombre de verres consommés par occasion décroît fortement avec l'âge (5,0 verres parmi les 15-24 ans, 3,7 parmi les 25-34 ans et 2,1 verres parmi les 65-75 ans), si bien que le profil de consommateur régulier de quantités modérées se rencontre essentiellement parmi les générations les plus âgées.

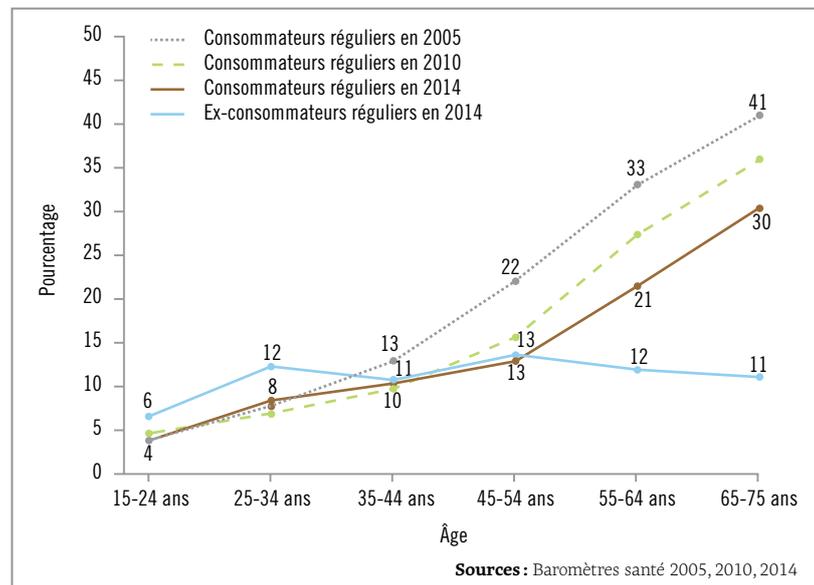
Enfin, un peu plus d'une personne sur dix (11 %) – 16 % des hommes et 6 % des femmes – est un ancien consommateur régulier. Plus rare avant 25 ans (un peu plus d'un jeune sur vingt), la part d'anciens consommateurs réguliers apparaît stable dans le reste

de la population, concernant environ une personne sur dix dans toutes les tranches d'âge supérieures (voir Figure 1).

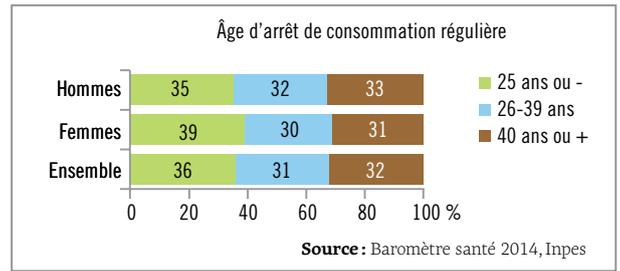
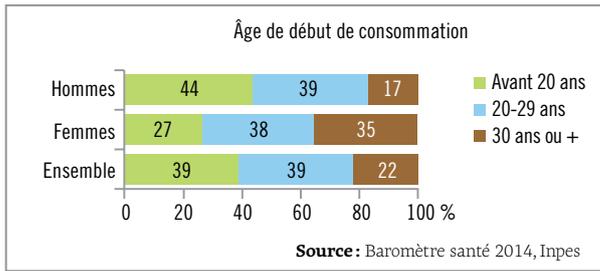
Initiation et arrêt d'une consommation régulière

Dans la population française, un quart des 15-75 ans est actuellement ou a été par le passé consommateur régulier : 37 % des hommes et 14 % des femmes. La répartition de l'âge auquel a débuté la consommation régulière souligne la précocité de ce comportement : 39 % de ces personnes ont commencé à boire régulièrement avant l'âge de 20 ans, une proportion identique entre 20 et 29 ans, et 22 % à partir de 30 ans. Les hommes semblent commencer à boire régulièrement plus précocement : 44 % d'entre eux ont commencé avant 20 ans (27 % des femmes), 39 % entre 20 et 29 ans (38 % des femmes). L'âge moyen de début d'une consommation régulière est ainsi de 23,4 ans (voir Figure 2).

Figure 1 : Consommation régulière d'alcool en 2005, 2010, 2014, et anciens consommateurs réguliers en 2014, en pourcentage de la population des 15-75 ans



Figures 2 et 3 : Âges de début et d'arrêt de consommation régulière, selon le sexe



L'ESSENTIEL

La nouvelle enquête Baromètre santé de l'Inpes fait la synthèse des évolutions de la consommation régulière d'alcool en France depuis 1992. Ainsi, observe-t-on notamment un recul important de la consommation régulière de vin.

Parmi les résultats battant en brèche certaines idées reçues, la consommation régulière d'alcool est de façon notable une « période de vie » chez les 15-34 ans : 60 % de ceux qui ont connu une période de consommation régulière ont diminué leur consommation, en majorité pour préserver leur santé.

L'arrêt d'une consommation régulière intervient à différents âges de la vie : 36 % des arrêts ont eu lieu à 25 ans ou moins, 31 % entre 26 et 39 ans et 32 % à 40 ans ou après (voir Figure 3). Peu de différences sont observées entre hommes et femmes sur l'âge d'arrêt. Les principales raisons évoquées par les personnes ayant diminué leur consommation sont, dans l'ordre décroissant :

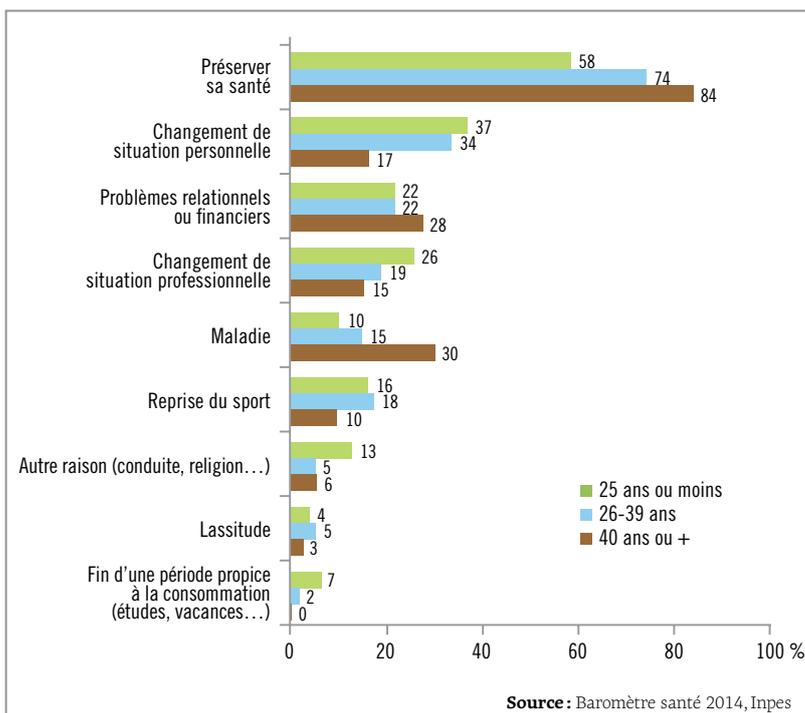
préserver sa santé (72 %), un changement de situation personnelle (mise en couple, venue au monde d'un enfant, etc.) (29 %), des problèmes relationnels ou financiers (24 %), un changement de situation professionnelle (20 %), la survenue d'une maladie (18 %), la reprise d'une activité sportive (14 %). Ces motivations sont de natures différentes selon l'âge de l'arrêt, en particulier lorsqu'elles sont relatives à la santé : avant 25 ans, les diminutions de consommation sont dans 58 % des cas réalisées dans le but de préserver sa santé, 10 % du fait d'une maladie, ces proportions sont respectivement de 84 % et de 30 % parmi les personnes ayant réduit leur consommation après 40 ans (voir Figure 4).

Connaissance et perception de sa consommation

Le sentiment d'information sur l'alcool en général est élevé : 90 % des personnes se déclarent bien informées. Cette proportion ne varie pas selon la fréquence de consommation, actuelle ou passée. En ce qui concerne la perception du risque, elle varie selon le niveau de consommation des personnes. Il était demandé aux enquêtés d'estimer le nombre de verres quotidiens à partir duquel la consommation devient dangereuse pour une femme et pour un homme. Le seuil de consommation présentant un danger se situe en moyenne, selon les déclarations des répondants, à 2,9 verres par jour pour les hommes et 2,5 verres par jour pour les femmes¹. Parmi les consommateurs réguliers, le risque se situe au-delà de 3,3 verres pour les hommes et de 2,9 pour les femmes, tandis que parmi les personnes ayant diminué leur consommation, les seuils sont significativement inférieurs : 2,8 pour les hommes et 2,6 pour les femmes.

Ces résultats confirment les changements dans les modes et les niveaux de consommation d'alcool observés en France depuis plusieurs années [5], la consommation régulière apparaissant de moins en moins fréquente. L'effet génération est souvent mis en avant pour expliquer ces changements, avec principalement des changements dans les habitudes alimentaires des nouvelles générations, notamment la disparition de la présence systématique du vin à table. Les données relatives à l'arrêt ou à une diminution de consommation régulière soulignent également des différences générationnelles : parmi les 15-34 ans qui sont ou ont été concernés par la consommation régulière, 60 % ont diminué leur consommation, dont les trois-quarts avant 25 ans, indiquant

Figure 4 : Raisons d'arrêt ou de diminution de la consommation d'alcool, selon l'âge d'arrêt



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Besson D. Boissons alcoolisées : 40 ans de baisse de consommation. *Insee Première*, 2004, n° 966 : 4 p. En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip966.pdf
- [2] Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). *Drogues et addictions, données essentielles*. Saint-Denis : OFDT, 2013 : 399 p. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13com.pdf>
- [3] Richard J.-B., Palle C., Guignard R., Nguyen-Thanh V., Beck F. La consommation d'alcool en France en 2014. *Évolutions*, 2015, n° 32 : 6 p.
- [4] Richard J.-B., Gautier A., Guignard R., Léon C., Beck F. *Méthode d'enquête du Baromètre santé 2014*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2015 : 20 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1613.pdf>
- [5] Beck F., Guignard R., Richard J.-B. *Usages de drogues et pratiques addictives en France. Analyses du Baromètre santé Inpes*. Paris : La Documentation française, 2014 : 256 p.
- [6] Inserm. *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2014 : 100 p. En ligne : <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives/>
- [7] Foxcroft D.R., Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, n° 9 : 54 p. En ligne : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009308/pdf>
- [8] Michaud P., Gache P., Arwidson P., Batel P. Intervention brève auprès des buveurs excessifs. *La Revue du Praticien - Médecine Générale*, 2003, vol. 17, n° 604 : p. 281-289.
- [9] Benec'h G. *Alcool et jeunes. Les mesures les plus efficaces pour réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool : synthèse des connaissances et exemples d'actions*. Rennes : CIRDD Bretagne, 2013 : 87 p. En ligne : <http://www.cirdd-bretagne.fr/outils/publications/>

que ce type de comportement naissant lors du passage à l'âge adulte s'avère majoritairement et assez rapidement abandonné.

Les anciens consommateurs réguliers évaluent plus sévèrement que les consommateurs réguliers actuels, les risques pour la santé liés à la consommation d'alcool. Et parmi les raisons de diminution, la préservation de la santé est largement citée. Ces résultats soulignent l'importance des efforts de prévention et d'information de la population sur les risques sur la santé liés à la consommation d'alcool, leur connaissance étant un des leviers principaux pour motiver l'arrêt ou la diminution. Parmi les personnes ayant arrêté ou diminué leur consommation après 40 ans, 30 % déclarent l'avoir fait du fait d'une maladie, sans que l'on sache si cette maladie est liée ou non à la consommation d'alcool, et un quart du fait de problèmes relationnels ou financiers, confirmant ainsi les conséquences sanitaires mais également sociales qui peuvent être associées à la consommation d'alcool.

Prévenir et agir au plus tôt

La précocité des habitudes de consommation régulière – 40 % ayant commencé avant 20 ans – confirme l'importance de prévenir les consommations problématiques le plus tôt possible. Aux côtés des nombreux facteurs sociaux et environnementaux, plusieurs stratégies allant dans le sens de l'information, de la sensibilisation, d'aide à l'arrêt ou à la diminution, peuvent influencer sur les comportements individuels ou accompagner les évolutions réglementaires : campagnes d'information pour faire évoluer les normes voire « dénormaliser » l'alcoolisation, recommandations pour une alcoolisation à faible risque, interventions brèves en particulier par les médecins généralistes (voir ci-après), actions de prévention en direction des femmes enceintes, interventions en milieu festif, mise à disposition des lignes téléphoniques d'aide et des sites Internet offrant information et orientation vers des structures *ad hoc* en cas de troubles addictifs installés, etc.

Il semble également important de favoriser le développement des compétences et les milieux favorables à la santé afin d'intervenir en amont des

problèmes de consommation. Certains facteurs sont, en effet, identifiés comme protecteurs vis-à-vis de l'entrée dans une consommation à risque parmi lesquels figurent un climat familial favorable (bonne entente entre parents et adolescents, connaissance par les parents de l'entourage et des activités de leurs enfants) ou la confiance en soi et la capacité à utiliser des stratégies d'adaptation efficaces. Pour prévenir les consommations à risque ou en retarder l'âge, la sensibilisation aux risques associés à la consommation doit ainsi être accompagnée d'interventions validées qui permettent le développement des compétences psychosociales de l'enfant et l'adolescent, y compris sur le versant émotionnel, mais aussi des parents [6]. L'Inpes et ses partenaires soutiennent par exemple l'expérimentation d'un programme de soutien à la parentalité inspiré du programme américain *Strengthening families program* [7].

Il apparaît essentiel de repérer au plus tôt les usages précoces et réguliers et de promouvoir une prise en charge adaptée, notamment par le biais des médecins généralistes et des consultations jeunes consommateurs (CJC). Des outils ont été conçus spécifiquement pour permettre à tous les professionnels de santé d'aborder la question de l'alcool avec les patients. Les approches de type repérage précoce et intervention brève (RPIB), s'inspirant de l'entretien motivationnel, sont considérées comme particulièrement coût-efficaces [8].

L'ensemble des éléments présentés dans cette analyse souligne l'importance d'adapter et de poursuivre les efforts des autorités publiques, des éducateurs, des acteurs de prévention et des associations dans la réduction des consommations régulières, ainsi que dans la recherche de stratégies d'intervention et d'accompagnement, pour réduire l'impact sanitaire de la consommation excessive d'alcool [9]. ■

1. Ces seuils estimés apparaissent proches de ceux inscrits dans les brochures et actions de l'Inpes et d'autres organismes produisant de l'information sur l'alcoolisation (2 verres par jour au maximum pour une femme et 3 verres par jour pour un homme). Cependant, ces seuils restent encore largement discutés.

« Parvenir à banaliser la parole sur la consommation d'alcool »

Entretien avec Philippe Batel, médecin psychiatre et addictologue¹

La Santé en action :
Comment analysez-vous les résultats de l'enquête Baromètre santé de l'Inpes, qui montrent une diminution

du nombre de personnes consommant régulièrement de l'alcool ?

Philippe Batel : C'est une étude (voir pages précédentes, ndlr) très intéressante qui, en interrogeant la population française tous les cinq ans, permet de mettre en évidence une tendance incontestable. En 2014, la proportion des Français qui consomment régulièrement de l'alcool n'est plus que de 14 %, contre 19 % dix ans auparavant. Mais j'estime qu'il faut regarder ces chiffres d'une autre manière et montrer ce qui apparaît en miroir : la consommation globale d'alcool baisse en France, mais cette diminution demeure lente et modeste. Or, si boire régulièrement de l'alcool recule dans les habitudes, il faut en déduire que la consommation irrégulière augmente, celle des fins de semaine ou des veilles de RTT, festive ou de détente.

Ce changement de modèle de consommation, typiquement celui des pays d'Europe du Nord, appelle à changer le registre de la prévention. Les dommages et les risques ne sont pas les mêmes. Ainsi, la mesure journalière en verres n'a plus de sens clinique ; c'est la consommation hebdomadaire qui devient pertinente, soit pas plus de 21 verres par semaine pour un homme

et 14 verres pour une femme, et pas plus de 6 verres en une fois pour un homme et pas plus de 4 pour une femme.

S. A. : Cette tendance à moins consommer régulièrement résulte-t-elle de messages de prévention qui ont porté leurs fruits ?

P. B. : Il est clair que les campagnes auprès du grand public ont contribué à sensibiliser les Français, les incitant sans doute à modifier leur comportement. C'est un élément positif dont il faut tenir compte. Les personnes interrogées dans l'enquête se disent bien informées. Mais le sont-elles vraiment ?

Les résultats montrent que la perception du risque varie en fonction de la consommation d'alcool : les hommes qui boivent régulièrement placent le seuil de risque au-delà de 3,3 verres, alors que ceux qui se sont affranchis de cette consommation régulière le portent à 2,8. Je ne crois pas que l'on puisse dire, à partir de la diminution constatée de la consommation régulière, que l'alcool est descendu de son piédestal ; il ne fascine pas moins qu'auparavant mais différemment, bien que ce soit complexe à mesurer.

La baisse de la consommation régulière tient essentiellement au recul de la consommation de vin, et on peut y voir un effet de génération. Si le vin est associé à la convivialité, d'autres alcools attirent parce que ce sont des produits qui permettent de faire la fête, de se désinhiber. L'alcool tue chaque année près de 50 000 personnes. Son coût social annuel est estimé à 17 milliards d'euros.

S. A. : Pourquoi ces résultats vous amènent-ils à penser qu'il faut changer le registre de la prévention ?

P. B. : Le modèle actuel de la prévention repose encore sur de fausses représentations : il est centré sur la prévention de la dépendance, alors que celle-ci n'est pas forcément le principal problème. De nombreuses personnes meurent de l'alcool alors qu'elles ne sont pas dépendantes. Une femme qui boit plus de 14 verres par semaine présente quatre fois plus de risques de cancer du sein ; un homme entre 35 et 55 ans qui consomme excessivement risque davantage un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral que de décéder d'une maladie du foie. Les actions de santé publique doivent cibler les personnes bien avant qu'elles ne soient dépendantes. Le chiffre de 14 % de Français consommant régulièrement est relativement bas ; il faut bien sûr s'occuper de ce public. Mais si la prévention s'attache uniquement à réduire cette proportion, elle ne sera pas efficace.

S. A. : Comment faudrait-il modifier l'approche de ce problème de santé publique ?

P. B. : Avec l'émergence de nouveaux comportements, la proposition d'abstinence totale et définitive que l'on tente parfois d'imposer coûte que coûte n'est pas pertinente. Les personnes qui s'alcoolisent fortement en fin de semaine ne sont ni dépendantes, ni des consommateurs réguliers et, pourtant, elles se mettent en danger avec l'alcool. Elles parviennent sans difficulté à

L'ESSENTIEL

▣ **»** « Il convient de dévaloriser la représentation sociale positive que l'alcool continue d'avoir, alors qu'il est la deuxième cause de mortalité en France », souligne Philippe Batel.

▣ **»** Avant tout, il faut faire parler les jeunes et les adultes de leurs expériences avec ce produit, sans juger, et se faire ainsi une idée de leurs représentations de l'alcool.

▣ **»** Autre priorité à mettre en œuvre : le médecin traitant ou un autre professionnel devrait évoquer au moins une fois par an cette thématique avec son patient.

s'abstenir du lundi au jeudi. Le discours sur l'abstinence n'a pas beaucoup de sens pour elles. L'enjeu est de les amener à boire moins le week-end, en résumé à ne pas se saouler.

S. A. : **Quels leviers d'action vous paraissent les plus opérationnels dans cette perspective ?**

P. B. : Il me paraît primordial de parvenir à banaliser la parole sur la consommation d'alcool. C'est le b.a.ba de la prévention. Le médecin traitant et les généralistes sont un point d'entrée évident. Alors que l'abus d'alcool se range comme deuxième cause de mortalité en France, je constate que beaucoup ne s'intéressent guère à ce que boivent leurs patients. Le sujet les embarrasse et ils estiment, à tort, que s'ils tentent d'évaluer le niveau de la consommation, la personne le sous-estimera. Or, ce sont les dépendants qui, par culpabilité, tendent à sous-déclarer leur consommation.

Faire un point, tous les ans, sur la consommation d'alcool est une première étape indispensable, pour disposer d'une évaluation – qui peut permettre de faire un lien par exemple avec une hypertension artérielle – et donner des repères. Il faut que les généralistes se mettent à l'aise sur le sujet et qu'ils l'abordent avec des questions simples : « Êtes-vous confortable avec votre consommation d'alcool ? », « Avez-vous le sentiment de boire mal ou trop, de vous mettre en danger avec l'alcool ? »,

« Vous êtes-vous déjà dit qu'il serait bien de boire moins ? » Si l'on se contente de demander : « Vous buvez de l'alcool, comme tout le monde ? », on suscite des non-réponses qui ne permettent pas de travailler sur la prévention. C'est ma principale recommandation : que la consommation d'alcool de chacun soit évoquée une fois par an chez le médecin traitant, mais d'autres acteurs peuvent prendre en charge cet échange : le médecin du travail, un infirmier, un travailleur social, etc.

S. A. : **L'enquête montre que 39 % des hommes ont commencé à boire régulièrement avant l'âge de 20 ans. Face à cette précocité, comment faire de la prévention ?**

P. B. : Ceci implique de déployer les messages éducatifs très en amont, au collège et dès la classe de quatrième. Et, sur ce point aussi, il faut changer de méthode. Organiser des rencontres avec un alcoolique abstiné et/ou un représentant de la police qui mettent l'accent sur les dangers de l'alcool n'est pas une bonne orientation, même si parents d'élèves et enseignants plébiscitent ces séances au climat souvent empathique. Il est préférable de développer ce qui marche, c'est-à-dire les groupes de discussion : faire parler les élèves de leurs expériences sans juger et se faire ainsi une idée de leurs représentations sur l'alcool permettent ensuite à l'animateur, en revenant sur ce qui a été dit, d'apporter des précisions et de nuancer certaines appréciations. Il est frappant de voir que, en début de réunion, l'alcool apparaît comme un produit plutôt valorisé par les élèves et qu'il l'est beaucoup moins à la fin. C'est ce qui montre l'efficacité de la prévention, quand elle repose sur le dialogue engagé sur des bases concrètes. ■

Propos recueillis par Nathalie Queruel, journaliste

1. Chef de service, clinique Montevideo spécialisée dans le traitement des conduites addictives, Boulogne-Billancourt. Auteur notamment de *Pour en finir avec l'alcoolisme. Réalités scientifiques contre idées reçues*. Paris : La Découverte, coll. Hors Collection social, 2011 : 240 p.

Guide français des villes amies des aînés. Bonnes pratiques à l'intention des acteurs locaux

Coordonné par Pierre-Olivier Lefebvre et Pierre-Marie Chapon

Le programme « Villes amies des aînés » (VAA), lancé en 2005 à Rio sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est un réseau international de villes engagées dans l'amélioration du bien-être des personnes âgées et le vieillir actif. En France, vingt villes y participent et sont labélisées Villes amies des aînés par l'OMS.

Pour mieux accompagner les collectivités à intégrer le programme, le réseau VAA et l'OMS éditent un guide de bonnes pratiques à leur intention ; celui-ci présente un cadre d'orientation et une méthodologie, le tout adapté dans le contexte culturel français. Après une première partie introductive présentant le programme VAA, les chapitres suivants intègrent les questions de méthodologie. Ils sont découpés selon chaque phase du projet : l'entrée dans la démarche VAA (comment monter une équipe projet, les facteurs et outils pour la réussite, la gestion d'un comité de pilotage), la phase de diagnostic (dresser le portrait d'un territoire, réaliser des audits techniques et participatifs, diffuser les résultats de ce diagnostic), le plan d'action (élaboration et mise en œuvre) et, enfin, la phase de bilan (évaluation du plan d'action, analyse des données, etc.). En conclusion, les auteurs partagent leur réflexion sur les nombreux enjeux liés au « bien vieillir » et aux besoins de transformation de la société.

Laetitia Haroutunian

Paris : La Documentation française, 2014, 134 pages, 13 €.



Identités de genre et intervention sociale

Mikaël Quilliou-Rioual

En sociologie, l'identité de genre se réfère au genre auquel une personne a le ressenti profond d'appartenir, dépassant ainsi les stéréotypes liés au sexe biologique. Le concept de genre permet d'étudier les rapports sociaux entre les personnes, en explorant la dimension culturelle nécessairement incluse dans toute construction identitaire.

L'objectif de cet ouvrage : outiller le lecteur, professionnel de terrain, pour lui permettre de se situer dans des enjeux égalitaires de genre et, ainsi, asseoir son positionnement éducatif. Les premiers chapitres apportent une définition éclairée du genre et présentent des situations permettant de mesurer l'étendue des applications concrètes du concept. Une seconde partie propose aux acteurs de l'action sociale ou médico-sociale des outils et pistes de supports éducatifs pour aborder les questions de genre dans des réflexions à visée éducative. L'auteur, Mikaël Quilliou-Rioual, est sociologue, responsable pédagogique d'une école formant notamment des éducateurs spécialisés, et membre du Laboratoire interdisciplinaire pour la sociologie économique (Lise), unité mixte CNRS/Cnam.

Céline Deroche

Paris : Dunod, coll. Santé Social, 2014, 288 pages, 22,90 €.

Les outre-mer français : conditions de vie, santé et protection sociale.

Dossier thématique coordonné par Lucie Gonzalez et Thibaut de Saint-Pol

La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République

Rapport public thématique de la Cour des comptes

Ces deux documents parus à quelques mois d'intervalle entrent en résonance sur le thème de la santé des populations ultramarines. Les six articles du dossier thématique de la *Revue française des affaires sociales* mettent en évidence des contextes locaux très diversifiés et contrastés par rapport à ceux de la métropole. Ces spécificités compliquent la mise en œuvre des politiques publiques, la simple transposition du droit commun s'avérant parfois inadaptée, voire contre-productive. Ce dossier rassemble des travaux de disciplines diverses – histoire, sociologie, géographie sociale – pour éclairer la situation de ces territoires en matière de conditions de vie, état de santé, logement, exclusion, ou encore de chômage.

Le rapport de la Cour des comptes, quant à lui, établit un état des lieux de la santé dans les outre-mer. Il met en évidence des difficultés sanitaires persistantes, pointe les insuffisances du système de santé et recommande la mise en œuvre d'une stratégie publique plus efficiente.

Olivier Delmer

Revue française des affaires sociales, septembre-décembre 2014, n° 4, 190 pages, 22,50 €.
Paris : La Documentation française, juin 2014, 287 pages, 15 €.



Jeunes et alcool : génération jouissance

Martin de Duve, Jean-Pierre Jacques

Les auteurs sont à la fois théoriciens et acteurs de terrain : Martin de Duve est responsable d'une association de prévention et spécialiste des assuétudes en Belgique, Jean-Pierre Jacques est psychanalyste et a géré durant vingt ans un centre pour toxicomanes. *Binge-drinking*, comas éthyliques à l'adolescence, ivresses systématiques sont des sources d'inquiétude pour les parents d'adolescents et les éducateurs.

Cet ouvrage, inspiré essentiellement de l'expérience clinique et professionnelle des auteurs, invite à décoder les mécanismes qui poussent parfois aux excès liés à l'alcool et à dégager les pistes d'actions en faveur des modes de consommation responsable. Le lobby des industriels *via* les médias, le marketing et la publicité y sont décryptés et dénoncés. L'ouvrage propose des pistes pour agir ou réagir en tant que parent, éducateur, enseignant ou spécialiste de la santé, et tente de décrypter les mécanismes du « pousse-à-boire » social. Il s'achève sur la question de la prise en charge médicale des jeunes et de l'accompagnement des parents.

Sandra Kerzanet

Louvain-la-Neuve : de Boeck, coll. Comprendre, 2014, 208 pages, 18 €.

Arrêter de fumer, c'est facile avec la nouvelle appli TIS !

Cette année, arrêter de fumer sera plus simple grâce à la nouvelle application de Tabac Info Service pour les smartphones et tablettes.

Organisée principalement autour du coaching personnalisé, l'application propose des services originaux qui permettent d'arrêter de fumer et de suivre les bénéfices de son arrêt au quotidien :

- des conseils et astuces pour ne pas craquer
- un coaching personnalisé par mail
- la possibilité d'appeler directement le **39 89**, pour être accompagné par un tabacologue
- un questions/réponses, des témoignages, etc.

Un système de trophées permet également de rythmer les progrès de l'utilisateur qui est invité à les partager en diffusant son humeur, ses résultats et sa photo.

Téléchargez-la gratuitement sur le site
www.tabac-info-service.fr
ou sur les plateformes de téléchargement :
[Apple store](#) ou [Google play](#).



équilibres

www.inpes.sante.fr
inpes

Tous les mois, recevez Équilibres, la newsletter de l'Inpes.

- ➔ Chaque numéro offre un tour d'horizon de l'actualité de l'Institut : derniers supports édités et études réalisées, nouvelles campagnes de communication et actions de prévention...
- ➔ Un panorama riche en informations et en initiatives.
- ➔ *Équilibres* s'adresse aux professionnels mais aussi à tous ceux qui s'intéressent à la prévention, à la promotion et à l'éducation pour la santé : institutions, collectivités, associations, porteurs de projet...

Nous contacter : equilibres@inpes.sante.fr

Les Ireps vous accompagnent

Vous souhaitez développer un projet de promotion de la santé ? Les Ireps, Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé, mettent à votre disposition leur expertise et savoir-faire.

- ➔ Conseil méthodologique
- ➔ Évaluation
- ➔ Formation
- ➔ Documentation et outils
- ➔ Contribution aux politiques de santé publique

Retrouvez leurs coordonnées sur le site de leur fédération : www.fnes.fr





CANICULE, FORTES CHALEURS

ADOPTÉZ LES BONS RÉFLEXES



Mouiller son corps
et se ventiler



Manger en
quantité suffisante



Maintenir sa maison
au frais : fermer
les volets le jour



Ne pas boire
d'alcool



Donner et prendre
des nouvelles
de ses proches



Éviter les efforts
physiques



BOIRE RÉGULIÈREMENT DE L'EAU

EN CAS DE MALAISE, APPELER LE 15

Pour plus d'informations : **0 800 06 66 66** (appel gratuit depuis un poste fixe)
www.sante.gouv.fr/canicule • www.meteo.fr

