

Promouvoir la santé dans les Dom



1. Guadeloupe, Martinique

P. Peretti-Watel :

« La cigarette, anxiolytique sans ordonnance »

Alcool :

approche spécifique en Polynésie

Santé au lycée :

entretien avec J. Rémy, proviseur

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

LA **Santé**
de l'homme

est éditée par :

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

Directrice de la publication :
Thanh Le Luong

RÉDACTION

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

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

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

COMITÉ DE RÉDACTION :

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

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

FABRICATION

Création graphique : **Frédéric Vion**
Impression : **Mame Imprimeurs** – Tours
ADMINISTRATION

Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0711B06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 3^e trimestre 2009.
Tirage : 7 000 exemplaires.

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



Tous les deux mois

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

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

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

Rédigée par des professionnels

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

52 pages d'analyses et de témoignages

La Santé de l'homme sur Internet

Vous trouverez sur www.inpes.sante.fr

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

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

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

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

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

► Qualité de vie

« La cigarette peut être considérée comme un anxiolytique sans ordonnance »

Entretien avec Patrick Peretti-Watel 4

► Études

Pratiques d'alcoolisation en Polynésie française

Marie-Françoise Brugiroux, Nicole Cerf, François Beck 6

Dossier

Promouvoir la santé dans les Dom

1. Guadeloupe, Martinique

Introduction

Yves Géry, Élodie Aïna 9

Guadeloupe

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

Patrice Renia 11

Un programme de prévention des risques liés à la chlordécone en Guadeloupe

Guillaume Pompougnac, Olivier Reilhes, Pascale Mélot 16

Un réseau de soins sur l'hypertension en Guadeloupe

André Atallah, Joël Samuel 18

Caractéristiques des usagers de crack en Guadeloupe

Séverine Ferdinand, Max Théodore, Tony Romuald . . 21

Enquête sur la prostitution en Guadeloupe, pour améliorer la prévention

Françoise Guillemaut, Martine Schutz-Samson . . . 24

Martinique

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

Karyne Pierre-Louis, Serge Domi, Sylvie Merle . . . 26

Jardins familiaux et chlordécone en Martinique : conseiller pour prévenir

Didier Chatot-Henry, Josselin Vincent 30

Approche communautaire pour prévenir la dengue à la Martinique

André Yébakima, Clara Desportes, Denis D'abadie de Lurbe, Renélise Pélagie 33

Un diplôme universitaire de promotion de la santé pour la Martinique

Didier Chatot-Henry 35

Martinique : une consultation mémoire pour les aînés

Carolle Chatot-Henry, Claudia Leuly-Joncart, Sandrine Ivrisse 36

CHU de Fort-de-France : un programme de prévention des brûlures

Didier Chatot-Henry, Julien Pourcel, André Marie-Nelly 39

Substances psycho-actives : les particularités de la Martinique

Sylvie Merle 42

Pour en savoir plus

Sandra Kerzanet, Bruno Moutoussamy 45

► La santé à l'école

« Pour certains élèves, le lycée est une deuxième maison »

Entretien avec José Rémy 48

Illustrations : Lucie Albon



**Au sommaire du prochain numéro :
Promouvoir la santé dans les Dom. 2. Guyane, Réunion**

Entretien avec Patrick Peretti-Watel, sociologue à l'Inserm, Marseille.

« La cigarette peut être considérée comme un anxiolytique sans ordonnance »

Sociologue du risque, Patrick Peretti-Watel a réalisé une série d'entretiens avec des gros fumeurs issus de populations défavorisées. Il souligne l'échec relatif de la prévention du tabagisme chez ces fumeurs, qui n'ont pas les mêmes représentations du risque et pour lesquels une démarche de prévention spécifique est nécessaire. Il formule des recommandations pour éviter la stigmatisation de ces fumeurs.

La Santé de l'homme : Dans vos dernières enquêtes concernant le tabagisme, vous indiquez que les inégalités sociales ne facilitent pas la prévention. Est-ce dû à la nature des messages ?

Patrick Peretti-Watel : Je ne souhaite pas jouer sur les mots mais votre question me permet d'aborder un point que beaucoup d'acteurs de prévention occultent. Quand nous faisons de la prévention, nous ne sommes pas dans une salle de classe où nous donnerions de l'information à des gens qui sont soit de bons, soit de mauvais élèves. De plus, les informations que nous donnons ne sont pas culturellement neutres ; nous nous adressons à des personnes qui occupent d'autres positions sociales.

Dans les milieux populaires ou défavorisés – j'opère une distinction entre ces deux milieux –, le message préventif est plutôt assimilé à un produit qui vient de l'autorité, d'ailleurs, et qui aurait tendance à les montrer du doigt. Quand nous interrogeons sur d'autres sujets les gens en situation de précarité, par exemple, nous nous apercevons qu'ils sont très distants par rapport aux discours en général et à l'autorité en particulier. Face aux messages de santé publique, ils affichent une franche méfiance. Ils ne sont pas vraiment persuadés qu'ils peuvent avoir besoin de nous.

S. H. : Vous soulignez que, chez les personnes en grande précarité, la pauvreté induit une « myopie » peu propice à la bonne réception des messages préventifs. Qu'entendez-vous par là ?

Le message préventif, en particulier sur le tabac, informe qu'en fumant vous réduisez votre espérance de vie future et vous risquez d'avoir une maladie très grave dans vingt, trente ou quarante ans. Pour que ce discours soit efficace, il faut qu'il s'adresse à des gens qui sont capables de se projeter dans vingt, trente ou quarante ans. Les personnes qui vivent dans une situation de précarité, au jour le jour, ceux qui ne savent pas comment ils vont boucler la fin du mois ne sont pas concernés par ce type de message. Voilà ce que veut dire le mot « myopie ».

Plus globalement, s'intéresser aux conduites à risque, et notamment devant des personnes en situation défavorisée, c'est se plonger dans l'interprétation particulière suivante : parce que ces gens sont moins diplômés, moins éduqués, ils seraient moins capables de comprendre des messages préventifs qui sont un petit peu complexes. Ils seraient moins incités à avoir des bonnes conduites parce qu'ils ont moins d'argent. Nous sommes dans une interprétation que je qualifie « de manque ». Et les messages de prévention sont construits sur cette base. Or, les travaux scientifiques démontrent depuis long-

temps qu'en termes de message nous ne mettons pas suffisamment l'accent sur les spécificités culturelles positives. Par exemple, l'une des caractéristiques de la culture populaire représente un hédonisme inscrit dans le présent. Il vaut mieux en profiter tout de suite. Donc, en matière de prévention, et c'est le sens de nos travaux, nous devons prendre en compte les spécificités culturelles positives par rapport aux fumeurs pauvres, aux fumeurs de milieu défavorisé, aux fumeurs de milieu populaire. Tous ces termes-là ne sont pas, forcément, équivalents. Un milieu populaire, selon moi, n'est pas un milieu défavorisé. Dans l'idée de populaire, il y a l'idée de gens qui ont une spécificité culturelle.

S. H. : En quoi un « fumeur pauvre » serait-il plus vulnérable ?

Tout simplement parce que les personnes qui sont dans une situation très précaire sont moins incitées à avoir des bons comportements de santé. Car elles ont un horizon temporel plus court. Et puis elles sont peut-être plus vulnérables car elles ont des motivations un peu différentes de la population générale dans leurs conduites. Nous nous sommes aperçus, dans nos enquêtes et observations, que les gens des milieux populaires utilisent la cigarette comme moyen de lutte contre le stress et l'anxiété. Nous connaissons la notion de stress socio-économique, c'est-à-dire l'idée que de mauvaises conditions de

aussi que « celle-ci peut contribuer à creuser les inégalités sociales de santé ». Pourquoi ?

Les fumeurs les plus diplômés ont une propension plus forte à arrêter que les fumeurs pauvres. C'est un fait. Autre constat : nous observons que les messages de prévention ne fonctionnent pas auprès des fumeurs en grande précarité. Il y a, mécaniquement, un écart qui se creuse. Regardez la hausse des prix. Nous avons pensé que celle-ci aurait automatiquement un effet bénéfique sur la consommation des fumeurs. Oui, mais pas en direction des fumeurs en grande précarité. Des recherches ont été menées, notamment aux États-Unis. Quand le prix augmente, les fumeurs qui, au départ, ne sont pas capables de réduire leur consommation, vont donc voir leur budget tabac en hausse. Des études qualitatives menées en Angleterre indiquent que des fumeurs très précaires ou issus de milieu populaire préfèrent renoncer à d'autres achats de consommation courante que ceux de tabac. Comme si la cigarette n'était pas un poste budgétaire.

S. H. : Face aux addictions en général, y a-t-il des différences sur la manière dont les représentations sociales influent sur la prise de risque ?

La difficulté pour moi est dans le terme addiction. Il recouvre beaucoup d'éléments disparates. Et là, les sociologues ont un regard assez critique. De plus en plus, la tendance est à la médicalisation des conduites déviantes. Quand des personnes ont des conduites considérées comme non appropriées ou mauvaises, ils sont traités comme porteurs d'une pathologie et, en général, cette pathologie est renvoyée à un problème de compulsion ou de dépendance. Les fumeurs fument car ils sont dépendants au tabac. D'autres à l'alcool, aux jeux, etc. On assiste aujourd'hui à une explosion des addictions. Je ne suis pas d'accord avec l'idée qui consiste à dire que tous ces comportements sont l'expression d'un même problème qui va être traité de la même façon. Ce n'est pas rendre service à la diversité des pratiques et des motivations.

Propos recueillis
par **Denis Dangaix**
Journaliste.

travail, de logement, d'environnement provoquent du stress. Oui, la précarité est anxiogène. La cigarette peut, donc, être considérée comme un anxiolytique sans ordonnance.

S. H. : Que vous disent, dans vos entretiens, ces fumeurs pour illustrer leur parcours de vie ?

Quand un fumeur raconte sa première cigarette, il indique souvent qu'elle lui a été offerte par un proche à l'occasion d'un événement douloureux. En réalité, il apprend de fait à gérer ce moment avec cette cigarette. Mais j'ai dans l'esprit le cas de cette dame, d'une soixantaine d'années, qui vit avec à peine trois cents euros par mois, isolée de tous. La cigarette est vécue comme une compagnie. Quand elle raconte son parcours, la cigarette est le fil conducteur. « *C'est tout ce qu'il me reste* », dit-elle. Et c'est aussi ce qui lui rappelle le passé. À 10 ans, elle regardait avec envie son père fumer, elle se souvient de l'odeur de miel du tabac. C'est son père qui lui a offert sa première cigarette, à 15 ans, qu'elle n'a pas aimée d'ailleurs. Jusqu'à son pre-

mier amour, qui fumait le même tabac que son père... Vous imaginez ce message fort...

S. H. : Comment faites-vous de la prévention dans ce cas ?

La question est complexe. Quand on explique aux jeunes garçons que fumer donne une mauvaise haleine et que ce n'est pas terrible pour embrasser une fille ou quand on dit aux femmes que fumer n'est pas bon pour la peau, ces deux messages de prévention pointent les effets néfastes du tabagisme. Peut-être faudrait-il trouver, pour les personnes les plus isolées ou en situation difficile, des ressorts différents de l'impact sur la santé. Il faut être modeste et pour ma part je n'ai pas trouvé de démarche modèle de prévention à recommander. Si je reprends le cas de notre dame, elle fume car elle s'ennuie. Même chose pour les chômeurs. La meilleure prévention serait sans doute de faire en sorte qu'il y ait moins de pauvreté.

S. H. : Faisant référence aux fumeurs en situation de grande précarité et à l'échec de la prévention, vous dites

Pratiques d'alcoolisation en Polynésie française

En Polynésie française, le niveau élevé de la consommation d'alcool et sa banalisation justifient une approche spécifique de prévention. Une étude réalisée par la Direction de la santé montre la persistance de représentations erronées ainsi qu'un recours important à l'alcool, en particulier chez les jeunes, pour faire face à un mal-être. Ces travaux vont permettre d'adapter les campagnes et actions de prévention au plus près des populations.

Les données de consommation d'alcool par habitant de 15 ans et plus situent la Polynésie française à un niveau moyen par rapport à l'ensemble des autres pays du monde (1). Néanmoins, cette consommation présente un caractère addictif et compulsif qui conduit à des alcoolisations excessives répétées aux conséquences parfois lourdes (accidents de la route, violences familiales, délinquance, mortalité prématurée, etc.).

Si les conséquences sont identifiées, il manquait un état des lieux objectif de la situation, et les raisons d'un tel mode de consommation restaient à éclaircir. Ainsi, la Direction de la santé de Polynésie a souhaité réaliser une étude permettant d'identifier les facteurs explicatifs de ce comportement d'alcoolisation (2). Il s'agissait plus précisément :

- d'étudier les représentations de la société polynésienne vis-à-vis de l'alcool ;
- d'identifier les différents modes de consommation d'alcool ; les occasions propices à une consommation abusive ; les populations les plus touchées par ce phénomène ; et les fondements d'une telle consommation.
- de déterminer les leviers nécessaires à la mise en place d'actions de prévention et de dépistage auprès des personnes à risque.

Il s'agit ici de présenter les données issues du volet épidémiologique de l'étude, à savoir :

- la perception de la population vis-à-vis de l'alcool, à l'égard des buveurs et sur les circonstances de consommation afin de comprendre le rôle et la manière dont est perçu l'alcool en Polynésie française ;

- la place accordée à l'alcool dans la famille au moment de l'enquête et dans le passé, afin d'identifier des liens éventuels avec le comportement actuel du buveur et son rapport à l'alcool ;
- les premières expériences : initiation à l'alcool, initiation à l'ébriété ;
- l'usage déclaré d'alcool au moment de l'enquête et l'association avec une consommation de cannabis.

L'enquête a été menée, en face-à-face, sur un échantillon représentatif de 1 023 personnes âgées de 16 ans et plus, résidant sur l'ensemble des cinq archipels de la Polynésie¹.

Cette enquête quantitative a été précédée d'une phase de recherche exploratoire au cours de laquelle ont été interrogées soixante personnes (buveurs actuels ou anciens buveurs). Le questionnaire a ainsi pu être élaboré à partir des éléments tirés de la phase exploratoire.

Consommation d'alcool, ivresse et usages à risque

Plus des deux tiers des individus ont déclaré être des buveurs actuels (69%). Quel que soit le profil, les hommes apparaissent toujours plus concernés que les femmes : 11 % d'entre eux sont des buveurs quotidiens contre seulement 3 % des femmes.

Un buveur sur deux a déclaré avoir consommé une boisson alcoolisée (au moins un verre) avant l'âge de 15 ans. Dans près de la moitié des cas, la première consommation a eu lieu au sein de la famille, mais 29 % déclarent avoir consommé seuls la première fois. La bière occupe une place très importante dans le paysage des boissons alcoolisées consommées en Polynésie française.

Près de la moitié des individus déclarent avoir commencé par la bière.

Le niveau d'usage problématique d'alcool au sein de la population peut être déterminé grâce à des outils standardisés tels que le test Deta (3). En comparaison avec la France métropolitaine, le risque de dépendance évalué avec l'indicateur Deta s'avère nettement supérieur en Polynésie française, en particulier pour les femmes. Celles-ci sont presque cinq fois plus souvent positives au test que les femmes de France métropolitaine (contre trois fois plus pour les hommes) (voir tableau).

Par ailleurs, 41 % de la population de plus de 15 ans déclarent avoir été ivres au moins un fois au cours des douze derniers mois. Ces épisodes concernent plus les hommes (47 %) que les femmes (35 %). Ces chiffres apparaissent singulièrement plus élevés que ceux observés en 2005 en France métropolitaine, où, parmi les 16-75 ans, 14 % déclarent avoir connu un tel épisode d'ivresse au cours des douze derniers mois. Là encore, l'écart apparaît particulièrement important pour les femmes (21 % des hommes et 7 % des femmes) (4).

Circonstances et motifs de l'usage d'alcool

L'occasion privilégiée de consommation d'alcool est la fête pour 70 % des buveurs interrogés. À la différence notable de ce qui peut être observé en France métropolitaine (5), les repas ne constituent pas une occasion privilégiée de boire des boissons alcoolisées (seuls 2 % les citent). Toutefois, il convient de noter que derrière le terme « fête » se

cache un grand nombre de situations assez hétérogènes, telles qu'une rencontre fortuite entre amis par exemple.

Si le plaisir et l'association à la fête apparaissent comme les principaux motifs de consommation invoqués par les consommateurs (respectivement 83 % et 75 %), le besoin de faire face à un certain mal-être se dégage également assez nettement : lutter contre l'ennui (31 %), tenter de se remonter le moral (31 %) ou encore affronter des problèmes importants dans le cadre familial ou professionnel (20 %) apparaissent comme des motifs assez courants. Ces raisons sont particulièrement citées par les 16-19 ans ayant déclaré avoir consommé de l'alcool : 51 % en boivent pour se remonter le moral et 32 % pour affronter des problèmes importants.

Lors de la phase qualitative préparatoire à l'enquête, les perceptions de la consommation d'alcool par la population polynésienne avaient pu être explorées. Ainsi, une consommation inférieure à trois litres de bière est couramment considérée comme « ne pas boire ». Une consommation de vingt à trente verres standard correspond à une consommation « normale », tandis que l'abus est situé au-delà de ce seuil, correspondant grosso modo à une « caisse » de bières (vingt bouteilles de 50 cl ou vingt-quatre canettes de 33 cl). Il apparaît donc primordial d'adapter d'éventuels messages sanitaires à ces représentations singulières de l'alcoolisation.

Face à de telles représentations, le repérage précoce des usages à risque d'alcool dans le cadre d'interventions brèves reposant sur des outils standardisés permet d'objectiver l'alcoolisation et de normaliser les interrogations cliniques et les descriptions de cas qui s'ensuivent (6). La mise en place de telles interventions constitue une piste inté-

ressante pour resituer les usages par rapport à une norme plus proche des préoccupations de santé publique.

L'association parfois systématique de l'alcool avec certains événements constitutive de nombreuses opportunités de boire et face auxquelles il peut être difficile de proposer des alternatives.

Les motifs invoqués par les plus jeunes pour justifier leur consommation alcoolique montrent, plus fréquemment qu'aux autres âges de la vie, un recours à ce produit pour faire face à une certaine insatisfaction de leur propre vie. Ces résultats font écho aux observations

des acteurs de terrain qui évoquent unanimement un rajeunissement des conduites d'alcoolisation ces dernières années².

Un certain nombre d'actions ont été entreprises à la suite de cette enquête. Plusieurs campagnes sur l'alcoolisation ont été lancées, visibles sur le site <http://www.drogue-polynesie.com>. Une campagne nationale ayant pour objectif de rappeler les normes de consommation à risque d'alcool a ainsi été diffusée en 2007, puis en 2008, sur les risques de violence contre soi et les autres, liés à une consommation non contrôlée d'alcool.

Caractéristiques des consommations problématiques en Polynésie française (16 ans et plus) et en France métropolitaine (16-75 ans)

Test Deta	Polynésie française	France métropolitaine
« Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? »	31 %	13 %
« Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? »	26 %	7 %
« Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? »	30 %	14 %
« Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ? »	3 %	1 %
Consommateur à risque (Deta positif)	30 %	10 %
Hommes	37 %	14 %
Femmes	24 %	5 %

Sources : Direction de la santé, 2003 ; Baromètre santé INPES, 2005.

Différents documents pédagogiques et en particulier des courts métrages ont été réalisés afin de sensibiliser la population jeune aux dangers de l'alcool et du cannabis, le plus souvent associés dans cette tranche d'âge de la population. Par ailleurs, de nombreux objectifs figurant dans le programme polynésien 2009-2013 de lutte contre l'alcool et la toxicomanie se sont appuyés sur les résultats (7). On peut citer le renforcement du rôle éducatif des parents dans la prévention de l'alcoolisme, l'amélioration du repérage précoce des usages à risque d'alcool et l'accompagnement des jeunes consommateurs dans des consultations spécifiques, une responsabilisation des distributeurs et des établissements en matière d'interdiction de vente d'alcool aux mineurs, mais aussi une interdiction de la publicité directe pour des boissons alcoolisées dans les médias et lors des manifestations artistiques, culturelles et sportives.

Au final, il apparaît que les représentations de l'alcool sont telles que les leviers disponibles pour améliorer la situation de l'alcoolisation en Polynésie française sont rares. Face à ce phénomène qui est à la fois ancré dans les habitudes locales et utilisé comme une béquille pour affronter un quotidien au sein duquel le manque de perspectives entraîne souvent un certain mal-être, la religion et la famille se dégagent comme des valeurs sur lesquelles un discours de limitation de la consommation alcoolique peut s'appuyer. L'enquête montre également que, face aux publicités des producteurs locaux de

bière qui associent une esthétique corporelle et mettent en regard leur produit et l'idée de performance sportive ou de fête, un tiers de la population associe l'alcool à l'idée de bénéfice pour la santé. Des messages rappelant qu'une telle association est un leurre seraient sans doute très efficaces. De même, une réglementation des publicités sur l'alcool sur tous les supports permettrait certainement de corriger ces représentations erronées qui favorisent la consommation d'alcool. Enfin, il apparaît indispensable de mettre en place un système de surveillance des pratiques d'alcoolisation en Polynésie française s'appuyant notamment sur un renouvellement régulier de ce type d'enquêtes.

Marie-Françoise Brugiroux

Médecin-chef,

Centre de consultations spécialisées en alcoologie et toxicomanie,

Nicole Cerf

Responsable du département des programmes de prévention, Direction de la santé, Papeete.

François Beck

Statisticien, responsable du département Observation et Analyse des comportements de santé à l'INPES.

1. À savoir les îles du Vent (IDV), les îles Sous-le-Vent (ISLV), Tuamotu-Gambier, Marquises et Australes.
2. L'effectif sur cette tranche d'âge étant toutefois très réduit (n=75), il sera particulièrement intéressant d'analyser sur ce point les réponses de la dernière enquête en milieu scolaire sur les addictions menée par la Direction de la santé en collaboration avec l'INPES et l'Institut de la statistique de la Polynésie française (ISPFP) d'avril à mai 2009, auprès d'environ cinq mille élèves scolarisés dans le secondaire.

► Références bibliographiques

(1) World Advertising Research Center (Warc) in association with the Commission for Distilled Spirits. *World Drink Trends 2005*. Oxfordshire : Henley on Thames, 2005 : 182.
 (2) Brugiroux M.-F. *Étude sur l'alcoolisme en Polynésie française*. Papeete : Direction de la santé, 2006.
 (3) Mayfield D., McLeod G., Hall P. *The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument*. Am. J. Psychiatry. 1974; 131(10): 1121-3.
 (4) Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.) *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : INPES, coll.

Baromètres santé, 2007 : 593 p.
 (5) Beck F., Guillemont J., Léon C. *Consommations de boissons alcoolisées*, In : Escalon H., Bossard C., Beck F. (dir.) *Baromètre santé nutrition 2008*. INPES : Saint-Denis, coll. Baromètres santé, à paraître.
 (6) Michaud P., Gache P., Batel P., Arwidson P. *Intervention brève auprès des buveurs excessifs*. Rev. Prat. Méd. Gén. 2003 ; 17, 604 : 281-9.
 (7) Direction de la santé. *Programme polynésien 2009-2013 de lutte contre l'alcool et la toxicomanie*. Papeete : Direction de la santé, 2009.

Promouvoir la santé dans les Dom

1. Guadeloupe, Martinique

Depuis plusieurs années, *La Santé de l'homme* publie régulièrement des articles relatant les analyses et les actions de promotion de la santé dans les départements d'outre-mer (Dom). Toutefois, cette information demeurait éparse d'où l'idée de rassembler dans deux numéros « spéciaux » un véritable état des lieux de la santé publique et des pratiques de promotion de la santé dans les Dom.

Voici donc le fruit de ce travail de longue haleine avec ce premier numéro « Dom » consacré aux Antilles : Guadeloupe et Martinique. Le numéro suivant (n° 404) poursuivra cette investigation avec la Guyane et la Réunion car ces départements ont mis en place un dispositif d'intervention en santé publique dans lequel on retrouve certes un « tronc commun » avec la métropole, mais qui leur est pour partie « spécifique ». L'enjeu majeur est ici de prendre en compte les particularités historiques, culturelles et sociologiques de ces départements, sans lesquelles toute politique de prévention et de promotion de la santé risque de ne pas atteindre ses objectifs.

Sur le plan méthodologique, ces deux numéros – dont voici le premier – ont été élaborés en étroite concertation avec ces départements. Nous leur avons demandé de présenter : l'état des lieux de la santé publique sur leur territoire ; leurs stratégies et priorités d'action ; leurs dispositifs et actions de promotion de la santé. À partir de cette feuille de route, chacun des départements a donc

composé son « sommaire » et décidé de consacrer des articles plus élaborés aux analyses qu'ils considèrent comme prioritaires. Chaque séquence est introduite par un article dressant l'état des lieux de la santé publique dans le département et résumant les principales actions de promotion de santé mises en œuvre.

La Guadeloupe, tout d'abord, a choisi de mettre l'accent sur plusieurs sujets qui sont autant d'enjeux majeurs de santé publique, avec une forte spécificité territoriale : information des populations sur la chlordécone et ses dangers ; présentation d'un réseau de repérage et de prise en charge adaptée des patients souffrant d'hypertension, pathologie à l'incidence forte sur ce territoire ; focus sur les usagers d'une drogue dont la consommation se développe et suscite de fortes inquiétudes, le crack ; et enfin, une enquête sur la prostitution qui va permettre de développer une prévention au plus près des besoins de cette population. Il est important de souligner que ce numéro n'a pas prétention d'exhaustivité : d'autres sujets n'ont pu être traités faute de place.

Ces départements ont chacun leur spécificité mais ils ont aussi des problématiques communes : ainsi, la Martinique a-t-elle retenu, elle aussi, de présenter son programme « Jardins familiaux » pour protéger la population d'une consommation à risque face à la chlordécone, ce programme a d'ailleurs un tronc commun avec la Guadeloupe.



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

« L'enjeu est majeur : prendre en compte les particularités historiques, culturelles et sociologiques de ces départements, sans lesquelles toute politique de prévention et de promotion de la santé risque de ne pas atteindre ses objectifs. »

Autre priorité choisie par la Martinique : le programme de prévention de la dengue, maladie transmise à l'homme par les piqûres de moustique, un thème qui sera également traité par la Guyane dans le numéro suivant de *La Santé de l'homme*. Autres sujets développés par la Martinique : une « consultation mémoire » pour améliorer la prise en charge des aînés ; la création d'un diplôme universitaire pour former les professionnels à la promotion de la santé ; un programme, sans équivalent, de prévention des brûlures au CHU de Fort-de-France ; et, enfin, la présentation des particularités en matière de consommation de substances psycho-actives (tabac, alcool, cannabis, crack). Là encore un sujet de préoccupation commun avec la Guade-

loupe. Pour clôturer ce dossier, un « Pour en savoir plus » fournit toutes les données essentielles – bibliographies, sites Internet et organismes ressources – pour aller plus loin.

L'INPES développe, depuis plusieurs années, à destination des Dom, des stratégies de prévention ciblées en réponse à des problématiques souvent spécifiques. Historiquement, la prévention du VIH-sida et la santé sexuelle ont constitué les pre-

mières champs d'intervention de l'Institut. Des campagnes de communication sont ainsi spécifiquement conçues et produites, en particulier dans les départements français d'Amérique (DFA) : Martinique, Guadeloupe, Guyane. Ces dispositifs de communication sont renforcés par un appel à projets national sur le thème du VIH/sida, qui attribue, chaque année, 15 à 20 % de son enveloppe aux projets portés par des associations des DFA.

En réponse à des situations d'urgence et de crise, l'INPES est également intervenu dans les quatre Dom dans divers domaines. Ainsi, dans le cadre de la lutte contre les maladies vectorielles (dengue, chikungunya), il a apporté un soutien technique aux communautés ultramarines pour plusieurs projets comme l'animation d'un séminaire de formation en communication de crise, l'organisation avec l'OMS d'une formation Combi sur la mobilisation sociale, la réalisation commune de documents d'information pour le grand public et les professionnels de santé, etc. L'institut a, par ailleurs, apporté un appui méthodologique (étude et communication) aux services déconcentrés de la Guade-

loupe et de la Martinique dans le cadre du plan de lutte contre la chlordécone.

En outre, l'INPES apporte, depuis 2004, un important soutien financier et méthodologique aux pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé et promotion de la santé, qui ont été créés dans chacune des vingt-six régions françaises et spécifiquement dans chacun des quatre départements d'outre-mer. Ces plateformes fédèrent les compétences et ressources en éducation et en promotion de la santé présentes dans la région. Elles contribuent à leur développement et ont notamment pour mission d'améliorer la qualité des programmes et actions mises en place localement en proposant les services suivants : conseil en méthodologie de projet, appui documentaire, formation et ingénierie de formation en éducation/promotion de la santé, analyse d'outils d'intervention. Elles constituent aussi des lieux d'échange de pratiques et de rencontre intersectorielle pour les acteurs associatifs et institutionnels de la région. Les pôles de compétence des Dom sont d'ailleurs largement impliqués dans nombre d'actions présentées dans ce numéro.

Enfin, pour faciliter les échanges d'expériences et le développement de travaux communs, une plateforme d'échange est en cours de développement entre l'INPES et les Dom. Elle vise à faciliter le travail entre les personnes ressources des Dom, et entre les Dom et l'Institut, autour notamment des campagnes de communication sur la promotion de la santé. Un séminaire se déroulera, courant décembre 2009, pour inaugurer la plateforme et en définir les règles de fonctionnement. Cet espace virtuel permettra de renforcer de manière plus efficace et durable l'étroite collaboration entre l'INPES et ses partenaires privilégiés en outre-mer.

Nous tenons ici à remercier chaleureusement les experts des directions de la santé et du développement social, des comités d'éducation pour la santé et de toutes les autres structures qui ont conçu et réalisé avec nous ces deux numéros spéciaux. En souhaitant que l'expertise ici rassemblée vous soit utile dans votre pratique professionnelle.

Yves Géry

Rédacteur en chef,

Élodie Aïna

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

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

L'état de santé de la population guadeloupéenne s'est nettement amélioré depuis vingt ans. Un Guadeloupéen sur trois a moins de 20 ans. Les indicateurs de précarité restent alarmants avec un taux de chômage supérieur à 50 % chez les jeunes. Le plan régional de santé publique priorise ainsi la lutte contre les inégalités – avec notamment l'ouverture d'une permanence d'accès aux soins dans deux hôpitaux – et l'éducation du patient pour la prévention, l'accompagnement et la prise en charge de l'hypertension artérielle et le diabète, deux pathologies surreprésentées en Guadeloupe.

La Guadeloupe partage certaines caractéristiques sanitaires et sociales avec les autres départements d'outre-mer. Elle a aussi ses spécificités. Tout d'abord, une double insularité et un éloignement : à 6 747 kilomètres de la France hexagonale, elle forme un archipel composé de neuf îles dont les plus distantes sont à 200 kilomètres du « continent ». Ensuite, la situation démographique est contrastée : la population (447 000 habitants, chiffre 2006) progresse de façon constante et Pointe-à-Pitre concentre plus du tiers de la population. La population guadeloupéenne se caractérise par sa « jeunesse » : 32 % de moins de 20 ans contre 25 % en métropole. Le taux de natalité demeure élevé : 18 ‰ contre 12,7 ‰ en métropole. Toutefois, la part des plus de 60 ans (15 % de la population contre 22 % en métropole) s'accroît. Ce vieillissement engendre des éléments potentiels de précarité (maladies, fragilisation). La composition pluriethnique de la population a des incidences sur la prévalence de certaines pathologies (drépanocytose, cancer de la prostate, diabète).

Indicateurs sociaux de précarité

Le taux de chômage est élevé, surtout chez les jeunes, pour lesquels il reste supérieur à 50 %, en diminution toutefois de douze points par rapport à 1999 (Insee, 2004). La proportion élevée de la population concernée par les minima sociaux marque une forte précarisation : le revenu minimum d'in-

sertion (RMI) est l'allocation la plus distribuée (137 pour 1 000 habitants contre 30,9 en métropole). La couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) concerne 32,9 % de la population (chiffre 2004) contre 6,6 % en métropole. Les conditions de logement s'améliorent mais la demande de logement social reste forte ; les cases et habitations de fortune ne représentaient plus en 1999 (Insee, 2002) qu'un dixième des résidences principales.

État de santé des populations

L'état de santé de la population s'est beaucoup amélioré ces vingt dernières années grâce, notamment, à l'amélioration globale des conditions de vie, aux progrès médicaux et au développement de l'offre de santé. Néanmoins, certaines problématiques sont sur-représentées en Guadeloupe (*voir plus loin*). D'une manière générale, le classement des causes de décès est le même qu'en métropole et est demeuré identique depuis vingt ans puisque les maladies cardio-vasculaires occupent toujours le premier rang (30 %), suivies des tumeurs (21 %), des traumatismes (11 %), des maladies de l'appareil respiratoire et des maladies infectieuses. Les cancers qui occasionnent des taux de mortalité les plus élevés sont le sein chez la femme et la prostate chez l'homme. Si le taux de mortalité est relativement bas, la mortalité prématurée est préoccupante. Un décès sur trois survient en effet avant l'âge de 65 ans. Ce sont les hommes qui en paient le plus lourd tribut.

La longévité a fortement progressé depuis vingt ans : en 2002, l'espérance de vie des hommes est de 73,6 ans et celle des femmes de 80,7 ans ; en douze ans, les femmes ont gagné deux ans et quatre mois et les hommes trois ans et quatre mois. L'espérance de vie des hommes et femmes réunis (77 ans) s'est rapprochée ainsi du chiffre de la métropole sans l'atteindre (79 ans). Les indicateurs dans le domaine de la périnatalité tendent à se rapprocher de ceux de la France métropolitaine. Le taux de mortalité infantile a diminué et atteint 7,7 ‰ en moyenne entre 2004 et 2006, toutefois il demeure plus élevé qu'en métropole (4 ‰ entre 2002 et 2004).

En termes de morbidité, les néphropathies sont deux fois plus fréquentes parmi les populations créoles d'origine africaine et indienne que parmi les populations caucasiennes ; elles semblent être principalement liées à deux facteurs : l'hypertension artérielle et le diabète et ses complications, prenant une allure épidémique aux Antilles. L'hypertension artérielle (HTA), le diabète, les cancers et les troubles mentaux représentent 75 % des admissions en affection longue durée. L'HTA touche un Guadeloupéen sur quatre après 18 ans et un sur deux après 60 ans ; il existe un lien très fort entre l'HTA et l'obésité, d'une part, et l'HTA et la précarité, d'autre part. La prévalence du diabète est environ 2,5 fois plus élevée en Guadeloupe qu'en métropole (essentiellement diabète non insulino-dépen-

nant) ; l'obésité, des facteurs ethniques et génétiques figurent au rang de ses déterminants. Par ailleurs, les troubles mentaux les plus fréquemment identifiés sont la schizophrénie, la psychose délirante, les troubles en rapport avec des conduites addictives, mais les données sur la santé mentale manquent, notamment sur le suicide.

Certaines pathologies sont spécifiques à la région Antilles-Guyane parce qu'elles sont quasiment inconnues en métropole (drépanocytose, dengue, maladie de Hansen)¹, ou en raison de leur plus forte prévalence : c'est le cas du VIH/sida, pour lequel la Guadeloupe est la deuxième région française la plus touchée. Alors que l'incidence des nouveaux cas avait baissé entre 1995 et 1999, passant de 125 à 58 par an, la tendance est plutôt à la stabilisation depuis. Actuellement, une cinquantaine de nouveaux cas sont dépistés chaque année. La progression de l'épidémie est plus rapide chez les femmes. La classe d'âge la plus touchée reste les 40-49 ans. Le défi à relever

consiste à inciter au dépistage car moins de la moitié des personnes malades connaissent leur séropositivité avant d'entrer dans la maladie². Par ailleurs, la tuberculose a certes régressé dans la région mais a connu une résurgence liée notamment à la pathologie VIH, puis une stagnation avec trente-six cas de tuberculose sur un an (chiffre 2004). La leptospirose sévit à l'état endémique : cent trente-huit cas en 2004 ; la nette augmentation des cas ces dernières années est probablement corrélée à une dégradation du milieu.

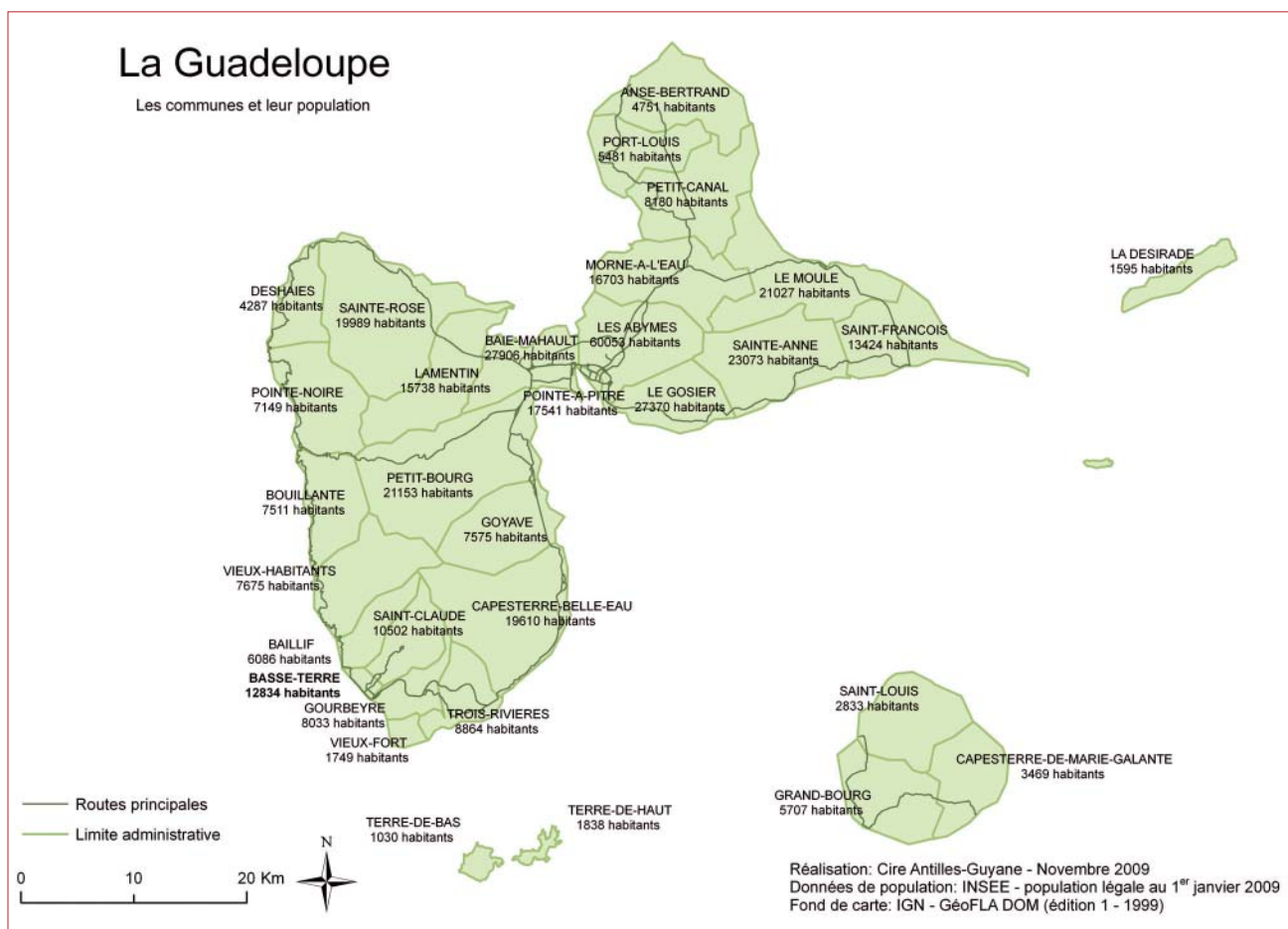
Offre de soins

La croissance des dépenses d'assurance maladie en Guadeloupe est très soutenue³. L'offre de soins s'est fortement accrue, toutefois les densités de professionnels médicaux et paramédicaux restent inférieures de près de moitié à celles de la France métropolitaine, sauf pour les infirmières libérales et les sages-femmes (chiffres 2006). Les taux d'équipements sont bas, voire insuffisants, dans le domaine des soins de suite et de l'offre médico-sociale : les

structures d'accueil et d'hébergement de personnes handicapées ou âgées sont ainsi largement déficitaires. Plusieurs réseaux de santé viennent compléter depuis peu ce dispositif de soins, pour les pathologies suivantes : diabète, asthme, hypertension artérielle, gérontologie, périnatalité, oncologie et addictions.

Priorités de santé publique

L'amélioration de la santé de la population qui est l'ambition du Plan régional de santé publique (PRSP) 2006-2010 ne pourra être atteinte que si la politique d'éducation et de promotion de la santé intègre davantage une approche sociologique et culturelle adaptée. Ce premier plan, arrêté en mars 2006 après avis de la conférence de santé, privilégie les interventions de qualité, mais sa mise en œuvre a dû prendre en compte les difficultés rencontrées. Il est fondé sur cinq enjeux :
 – agir sur les facteurs d'inégalités sociales et territoriales de santé ;
 – prévenir pour réduire la mortalité évitable ;



- promouvoir un environnement sain ;
- renforcer les connaissances et les savoir-faire multidisciplinaires ;
- favoriser la participation citoyenne à la démarche de santé publique.

Le plan se décline selon les axes prioritaires⁴ suivants : d'une part, assurer l'accessibilité des populations aux services essentiels de santé via le Schéma régional en éducation pour la santé (Sreps), le Plan régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) et la santé scolaire. D'autre part, agir sur les déterminants de santé, par thématiques : nutrition et activité physique, maladies chroniques, infections sexuellement transmissibles/VIH/sida (programme régional santé (PRS) sida 2004-2008), addictions, cancers, santé sexuelle et reproductive, maladies infectieuses, drépanocytose.

Actions de promotion de la santé

Les principaux dispositifs et actions mis en œuvre dans le cadre du plan sont les suivants :

- *Sreps 2004-2008* : une première formation des professionnels des institutions a été réalisée en 2006, un pôle régional de compétence en éducation pour la santé a vu le jour, en 2007, et est animé par le Comité guadeloupéen d'éducation pour la santé (Coges) afin de développer une offre de services (formation, documentation, accompagnement méthodologique). La mutualisation entre les différents partenaires est bien engagée pour améliorer la qualité du service de la documentation et devrait aboutir prochainement à la création d'espaces documentaires supplémentaires plus proches des bassins de population. S'agissant de la formation, plusieurs cursus (niveaux 1 et 2) visant à sensibiliser, informer, former ou éduquer ont été mis en place et concernent des domaines variés : addictions, maladies chroniques, programme national nutrition-santé, santé scolaire, méthodologie de projets, accidents domestiques d'enfants, évaluation.

- *Praps 2003-2006* : il concerne les personnes les plus démunies. Deux centres hospitaliers concernés ont créé une permanence d'accès aux soins ; le projet de Pôle d'accueil en réseau pour l'accès aux droits sociaux (Parads) est en cours

de mise en place avec la participation active de la caisse d'allocations familiales et de la caisse générale de sécurité sociale (CGSS), en liaison avec les centres communaux d'action sociale (CCAS) ; ce plan est prolongé jusqu'au terme du PRSP (2010). Par ailleurs, en lien avec la politique de la Ville, un atelier santé-ville (ASV) doit être créé, fin 2009, à la suite d'une démarche engagée en 2008 avec les contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) de l'agglomération de Pointe-à-Pitre réunissant les villes des Abymes, de Pointe-à-Pitre, Baie-Mahault et Gosier. Objectif : mieux répondre aux besoins de santé identifiés sur le territoire.

- *Promotion de la santé en faveur des élèves* : les actions engagées ont concerné plus particulièrement la prévention des conduites addictives (appel à projets 2009 en direction des collèges), l'éducation à la sexualité, la nutrition (projet Carambole, mené à titre expérimental en lien avec les autres départements d'Amérique) et le dépistage du mal-être de certains élèves.

- *Promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique* : une réflexion a été lancée, en 2009, avec une approche interrégionale Guadeloupe-Martinique pour que les industries agro-alimentaires réduisent le taux de sucre

dans les aliments, notamment les boissons et les laitages ; une action de partenariat a été initiée avec deux lycées pour améliorer la qualité nutritionnelle de la restauration collective ; une étude quantitative/qualitative avec une approche sociologique (intitulée Aphyquad) est en cours afin de mieux connaître les comportements de la population en matière d'activité physique.

- *Meilleure prise en compte des maladies chroniques* (asthme, diabète, hypertension artérielle, maladies rénales, etc.) : une enquête (Consant) a été réalisée, en 2008, pour étudier les facteurs de risques en matière d'HTA (cf. article d'A. Attalab page 18) et leurs liens avec les publics précaires. Des programmes pour l'éducation thérapeutique des patients concernés par l'HTA ou le diabète ont été mis en place ainsi que des formations de niveaux 1 et 2 pour les professionnels de santé chargés de leur prise en charge.

- *PRS VIH-sida (2004-2008)* : différentes actions de promotion et d'éducation à la santé ont été menées de façon régulière par les associations, vers la population générale et des publics spécifiques (prostituées, autres personnes en situation de précarité) et, plus ponctuellement, lors des actions retenues par l'appel à projets concernant la Journée mondiale du sida, le 1^{er} décembre. Le renforcement de la coordination locale est assuré par le Corevih, le

Comité de pilotage pour la communication en matière de lutte contre le VIH-sida et, au niveau régional, via le projet de coopération « Pancap » (*Pan Caribbean Partnership Against Aids*) = Association caribéenne de lutte contre le VIH) visant principalement à réduire l'impact de l'infection au VIH/sida aux Antilles et en Guyane. Dans ce cadre, la mise en place de « médiateurs culturels » pour mieux informer, former et accompagner les communautés étrangères revêt une importance particulière, comme l'a montré une étude réalisée, en 2008-2009, sur la problématique des échanges économico-sexuels (cf. l'article de F. Guillemaut page 24).

- *La déclinaison locale du plan quinquennal national de lutte contre les addictions* a fait l'objet, en 2009, d'un séminaire qui a réuni tous les acteurs du champ ; un appel à projets ciblé sur les collègues a été lancé pour promouvoir des actions de sensibilisation et d'information en les intégrant aux programmes pédagogiques ; des actions de formation ont été menées par le Coges.

- *Lutte contre le cancer* : inspirée du plan national, elle a permis d'accentuer le dépistage du cancer du sein et de mettre en place récemment le dépistage du cancer colorectal et de créer un registre du cancer au CHU de Pointe-à-Pitre. Une plate-forme d'accompagnement des patients sera mise en place en 2010.

- *Promotion de la santé sexuelle et reproductive, renforcement de la santé maternelle et périnatale* : différentes actions d'information ont été menées dans les collèges et lycées, et devraient être renforcées grâce au partenariat entre le rectorat et la DSDS. Un diplôme universitaire (DU) de sexologie a été mis en place, en 2008, afin d'augmenter le nombre et la qualité des intervenants ; la création d'un répertoire des différents acteurs est en cours de finalisation.

- *Prise en charge des personnes drépanocytaires* : c'est également un enjeu du PRSP, qui se traduit par des actions de formation et d'information afin de favoriser le dépistage, l'éducation thérapeutique, la promotion de la meilleure intégration possible des patients dans la société, notamment avec des actions de soutien des familles. L'activité du Centre caribéen de drépanocytose a été placée, en 2008, sous la responsabilité du CHU, ce qui devrait favoriser la politique de prévention.

Changement de stratégie

La mise en œuvre du PRSP 2006-2010 a débuté par un appel à projets informel et un examen conjoint par les principales institutions (DSDS, conseil général, caisse générale d'Assurance maladie, Éducation nationale) des dossiers reçus ; puis s'est poursuivie, en 2007, sous forme d'un unique appel à projets ; et, en 2008 et 2009, par le soutien des principales associations dites « socles » et d'appels à projets thématiques. En effet, malgré les efforts déployés en direction des associations en matière de méthodologie de projet, force fut de constater, lors de l'appel à projets de 2007, que les dossiers n'étaient pas de bonne qualité. D'où la décision de ne pas lancer d'appel à projets en 2008, hormis pour la journée du 1^{er} décembre (pour susciter une mobilisation de potentiels porteurs de projets issus de la société civile). Une autre voie a été choisie : des contrats d'objectifs et de moyens ont été passés avec les associations qualifiées de socles car travaillant à structurer une réponse en matière d'observation, d'éducation et de promotion à la santé dans les différentes thématiques du PRSP 2006-2010, afin de conforter leur action. Parallèlement, les actions retenues et financées en 2007 et ayant fait l'objet d'un bilan ont été reconduites après évaluation. En 2009, cette politique a été poursuivie et complétée par le lancement d'appels à

Saint-Martin : une situation spécifique

Saint-Martin et Saint-Barthélemy, les deux îles du Nord, connaissent des situations contrastées : si l'enjeu pour Saint-Barthélemy est d'assurer des actions de prévention sur des sujets ciblés, Saint-Martin doit faire face à une situation sanitaire plus difficile que le reste de l'archipel de la Guadeloupe du fait du contexte local.

Saint-Martin est une île multiculturelle et binationale très ouverte sur le monde extérieur ; sa population a très fortement progressé, passant de 8 000 habitants en 1982 à plus de 36 000 habitants aujourd'hui ; plus de cent dix nationalités y sont présentes, hors ressortissants étrangers en situation irrégulière. Plusieurs priorités de santé publique apparaissent du fait de l'aggravation de plusieurs indicateurs de santé, en les comparant avec ceux de la Guadeloupe continentale. C'est le cas, notamment : de l'accompagnement des femmes enceintes en situation précaire et de l'accompagnement des tout-petits ; de l'amélioration du dépistage des IST, face en particulier à un taux de prévalence élevé pour le VIH/sida : 25 % de la file active de la région Guadeloupe concerne en effet Saint-Martin. L'île dispose, au sein de son centre hospitalier, de deux centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) : l'un rattaché au service de médecine ; l'autre, en ville, est géré par l'association Sida Liaisons dangereuses. À souligner par ailleurs que les soignants et les patients ont créé une association, « Blue Moon », récemment fusionnée avec Aides¹.

P. R.

1. Voir aussi La Santé de l'homme n°379 de septembre-octobre 2005, p. 31-34, article de François Bissuel sur la mobilisation contre le sida à Saint-Martin.

projets ciblés sur des thématiques et des publics (addictions pour les collègues, nutrition pour les agriculteurs concernés par le problème de la chlordécone, etc.). Il a été demandé au Coges de recentrer son intervention sur l'accompagnement des associations en matière de méthodologie de projet, afin d'améliorer la qualité des actions.

De manière plus globale, il est nécessaire que la politique de santé publique soit recadrée pour intégrer une approche davantage fondée sur la connaissance historique, sociologique et culturelle des populations qu'elle vise. Ce constat se fonde notamment sur la prise en compte de l'échec relatif de certaines politiques, notamment en matière de lutte contre le VIH-sida, comme en témoignent la stagnation des chiffres et même leur régression s'agissant du nombre de personnes fréquentant les

centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist). Il est conforté par les résultats des études citées plus haut, en particulier sur les facteurs de risque de l'hypertension artérielle ou encore sur les échanges économico-sexuels.

Intégrer les particularités culturelles

Il serait illusoire de penser que la politique de promotion de la santé puisse modifier les comportements des individus – et contribuer à améliorer leur état de santé – en se fondant sur une approche homogène niant les particularités historiques, sociologiques, culturelles et religieuses des publics visés. Ainsi, par exemple, une campagne de communication à Saint-Martin ne peut faire fi des langues qui y sont parlées par les différentes communautés ; la pro-

blématique du diabète ne peut être abordée sans prendre en compte les différences comportementales quant à l'expression des goûts alimentaires ; le poids de l'approche magico-religieuse de l'individu et de la société vis-à-vis de la maladie sur les comportements individuels et collectifs doit être tout autant considéré. Il s'agit d'adopter une approche intégrant le vécu de la population. À l'inverse, dans le cadre d'une approche communautaire, tenir compte de la réalité socio-économique, des éléments historiques, sociologiques, et culturels qui expliquent l'existant, s'imprégner de la culture de ceux à qui l'on s'adresse, traduisent une volonté de faire évoluer positivement la situation en matière de santé publique. Le principal défi pour les décideurs et acteurs œuvrant dans le domaine de la santé publique pour les prochaines années sera d'en être convaincus pour aider nos concitoyens à accepter la responsabilité de la bonne gestion de leur santé.

Patrice Renia

Inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale au Département de santé publique, Direction de la santé et du développement social de Guadeloupe, Secrétaire général du GRSP.

1. La drépanocytose est une maladie génétique qui concerne une naissance sur trois cents aux Antilles contre une sur trois mille cinq cents en métropole. C'est une maladie rare, grave, douloureuse et potentiellement invalidante et mortelle.

La dengue est devenue un problème majeur dans les Amériques centrale et du Sud, et dans la Caraïbe. Des formes hémorragiques de la dengue sont apparues en Guadeloupe en 1994 (7 cas de fièvres hémorragiques et 3 décès).

La maladie de Hansen (la lèpre) est encore dépistée dans le département, même si on note une nette amélioration de la situation endémique : le nombre de cas dépistés est passé de 14 en 1997 à 9 en 2004.

2. Les estimations situent le nombre de personnes séropositives entre 2 000 et 3 000, alors que la file active des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) est de 1 482 patients en 2007 dont 22 femmes enceintes et 22 enfants.

3. Extrait du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de juillet 2005. « Évolution des dépenses d'assurance maladie dans les départements d'outre-mer ». Taux de croissance annuel de 2000 à 2004 : Guadeloupe – Dépenses ONDAM : +10,6 % (métropole +6,1 %) ; Soins de ville 13,5 % (vs 6,7 %) ; Dépenses en établissement 8,6 % vs 5,3 %.

4. La santé de la population guadeloupéenne ne peut être déconnectée de celle de ses voisins caribéens, aussi le plan a également pris en compte la stratégie régionale définie par le Bureau sanitaire panaméricain de l'OMS (Pabo) pour le XXI^e siècle. Les axes prioritaires se répartissent en deux modules : les stratégies menées en direction de la population en général ou d'une population ciblée, les pathologies.

Un programme de prévention des risques liés à **la chlordécone en Guadeloupe**

Le programme « Jardins familiaux » en Guadeloupe vise à informer et accompagner les familles qui cultivent un jardin potager potentiellement contaminé par le pesticide chlordécone, utilisé jusqu'en 1993 pour la culture des bananes. Ce programme est en cours de réalisation ; il informe les populations, diagnostique les niveaux de chlordécone dans chaque jardin, préconise au cas par cas une adaptation des modes de consommation, avec des jardins pilotes pour apprendre des nouvelles techniques de culture.

La chlordécone est un pesticide organochloré qui a été utilisé, jusqu'en 1993, en Martinique et en Guadeloupe, pour lutter contre le charançon du bananier. Du fait de sa grande rémanence, cette molécule est toujours présente dans les eaux et les sols des Antilles françaises et, par voie de conséquence, dans la chaîne alimentaire. Les simulations réalisées par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa), en août 2005, montraient que la fixation de limites maximales pour les aliments commercialisés n'était pas suffisante pour protéger la population des consommateurs de légumes racines cultivés dans les jardins ou exploitations agricoles et consommés directement par les populations sans commercialisation (autoconsommation). En septembre 2007, l'Afssa confirmait la nécessité de mettre en œuvre des mesures visant au respect de la préconisation de limitation de la consommation à deux fois par semaine des principaux légumes contributeurs à l'exposition à la chlordécone : dachines (madères), patates douces et ignames, provenant du jardin exploité sur un sol contaminé ; le respect de cette préconisation aboutissant à une probabilité nulle pour la population, quel que soit l'âge, de dépasser la limite tolérable d'exposition chronique.

Un programme pour qui, pour quoi ?

Le programme Jardins familiaux ou Jafa, en Guadeloupe, a l'ambition de protéger les usagers des jardins familiaux situés en zone potentiellement contaminée des risques d'une

exposition trop élevée à la chlordécone, due à la consommation de légumes de ces jardins (principalement les racines – dachine, igname, patate douce). Il a vocation à identifier les populations à risque (au regard de leurs habitudes de consommation et de la contamination, avérée ou fortement suspectée, des jardins familiaux) et à accompagner une modification de ces comportements alimentaires à risque dans le cadre d'un programme de santé à visée nutritionnelle.

En Guadeloupe, la surface potentiellement contaminée à la chlordécone est estimée à environ 6 570 hectares répartis sur treize des quinze communes de Basse-Terre. Cependant, la quasi-totalité des parcelles potentiellement contaminées se trouve sur la zone dite du « croissant bananier », de Goyave à Vieux-Habitants. C'est pourquoi la première phase du programme Jafa est ciblée sur ces huit communes prioritaires. La mise en œuvre du programme piloté par la Direction de la santé et du développement social (DSDS) a été confiée au Comité guadeloupéen d'éducation pour la santé (Coges), qui assure la coordination opérationnelle de chacun des axes du programme. L'équipe Jafa est composée de cinq personnes. Les différentes étapes d'élaboration, d'animation et d'évaluation de Jafa sont présentées et validées par un comité de pilotage composé d'administrations, d'organismes de recherche, d'associations et de personnalités guadeloupéennes expertes et concernées.

Ce programme s'articule autour de quatre grands axes.

La communication sur le projet

Un axe de communication à l'échelle régionale a été mis en place afin d'annoncer le programme Jafa, de préparer sa phase opérationnelle et d'apporter les informations préalables utiles à une bonne compréhension de cette problématique et à une bonne acceptation du programme. Il se traduit par un partenariat important avec RFO Guadeloupe pour la diffusion de spots et d'interviews sur les radios et télévision locales. Le programme a été lancé lors d'une présentation aux élus du Sud Basse-Terre, en mars 2009, en mairie de Trois-Rivières. Cette communication comporte un volet nutritionnel, notamment sur les questions de diversification de l'alimentation et de recours nécessaire aux légumes et fruits frais, pour éviter que la communication Jafa ne vienne davantage détourner les habitudes alimentaires vers les produits transformés gras et/ou sucrés, au détriment des produits frais. Il ne s'agit donc pas d'inciter les populations concernées à abandonner leur jardin familial comme moyen de subsistance mais à mieux l'utiliser en fonction du diagnostic qui aura pu être réalisé. Dans ce cadre, des supports de présentation du programme et de promotion des fruits, légumes et féculents locaux ont été créés.

Le diagnostic de terrain

L'axe dispositif de diagnostic des jardins familiaux est l'étape préalable pour cibler les foyers surexposés à la chlordécone. Un des enjeux majeurs du pro-

gramme Jafa est d'inciter à des modifications de comportements alimentaires, uniquement chez les personnes identifiées comme à risque, cela afin de ne pas entraîner de dérives comportementales chez des personnes non concernées par le problème. Aussi, il est nécessaire autant que possible de s'assurer que les jardins familiaux incriminés sont effectivement contaminés à la chlordécone. Pour ce faire, le programme Jafa est conforté par une opération d'identification et de diagnostic des jardins familiaux en zone contaminée.

Le fond de carte de référence est la cartographie de la contamination potentielle des sols de la Guadeloupe élaborée par le Service de protection des végétaux. Au total, 2 600 bâtiments sont sur des parcelles potentiellement contaminées. En prenant en compte une bande de cent mètres autour de ces parcelles, ce sont plus de 16 900 bâtiments qui sont intégrés au dispositif d'enquête, dont 15 927 dans les neuf communes du Sud Basse-Terre (près de 60 % sur Trois-Rivières et Capesterre-Belle-Eau).

Avant le lancement des enquêtes dans les secteurs concernés, la population est conviée à une réunion au sein de son quartier pour renforcer ses connaissances sur la problématique chlordécone et pour bien comprendre les étapes et objectifs du programme Jafa. Ces réunions, mises en place avec l'aide des communes et des associations locales et agrémentées de saynettes jouées par des comédiens, permettent de créer une interaction avec la population et d'avoir un bon niveau de sensibilisation. Elles ont débuté le 1^{er} avril 2009.

Des enquêtes, en porte-à-porte, des foyers préalablement identifiés comme sur ou à proximité de parcelles potentiellement contaminées, sont réalisées et permettent d'évaluer *a priori* les situations « à risque » à l'aide de quelques questions simples (existence d'un jardin familial, consommation fréquente de légumes racines du jardin, etc.). Pour les situations considérées comme « à risque de surexposition potentielle », une analyse de sol est proposée. Au retour de résultats d'analyse de sol positifs et très élevés, il est prévu qu'un membre de l'équipe projet Jafa prenne rendez-vous avec le représentant du foyer pour étudier plus finement les habitudes ali-

mentaires de la famille, évaluer le niveau d'exposition des membres et proposer, si besoin, de diminuer la fréquence de consommation de certains produits ou de modifier les sources d'approvisionnement en proposant des solutions alternatives. Ce dispositif est en cours de finalisation.

Un programme d'éducation pour la santé

Un troisième axe est le développement d'un programme d'éducation à la santé des populations dites « à risque ». Il vise à adapter les modes de consommation auprès des populations qui s'alimentent à partir de leur jardin contaminé. Il s'agit également de ne pas les détourner d'une alimentation saine et équilibrée. La mise en œuvre de ce programme de mobilisation sociale et communautaire dans les quartiers les plus concernés se déroule selon une méthodologie de type Combi (Communication pour un impact comportemental). Combi est un processus qui aligne d'une manière équilibrée une variété d'interventions en communication, pour motiver, stimuler et encourager la population, afin de maintenir, parfois adopter, de nouveaux comportements favorables à la santé. Dans ce cadre, des objectifs comportementaux ont été définis visant à amener les personnes en situation de surexposition à la chlordécone :

- à limiter leur fréquence de consommation de légumes racines issus de jardins contaminés ;
- à diversifier leurs cultures avec d'autres alternatives ;
- à changer certaines méthodes de culture de leurs jardins créoles ;
- à modifier, si besoin, leurs modes de préparation des racines.

L'étape de mobilisation communautaire a vocation à mettre en œuvre les actions de prévention et de gestion des risques auprès des populations identifiées par l'enquête : animation de divers ateliers thématiques dans les quartiers (valorisation des produits locaux, préparation des racines et mode de cuisson de légumes, promotion de légumes et produits frais, animation d'ateliers sur la diversification, etc.) ; mise en place d'actions sur les marchés régionaux ; organisation de repas communautaires et développement de projets intercommunaux, établissements scolaires, etc.

Promouvoir la consommation des produits locaux

Dans un souci de participation de la population et en accompagnement du programme d'éducation à la santé, un axe d'accompagnement du programme nutrition-santé a été mis en place. Les projets visant à promouvoir la consommation de légumes et fruits locaux, à

diversifier les habitudes culturelles du jardin familial ou encore à faciliter le recours à des produits frais de qualité à moindre coût pour les familles défavorisées ou les cuisines collectives (restauration scolaire, établissements de santé et sociaux, etc.) sont soutenus dans le cadre d'un appel à projets du groupement régional de santé publique (GRSP). Les familles en situation de sur-exposition potentielle à la chlordécone préalablement identifiées pourront ainsi faire l'objet en priorité des mesures d'accompagnement mises en œuvre par les opérateurs retenus dans ce cadre.

Depuis le lancement de la phase opérationnelle, le 1^{er} avril 2009, à ce jour, 35 % des enquêtes sur le Sud Basse-Terre ont été réalisées, soit 2 800 foyers enquêtés ayant abouti à la réalisation de 210 prélèvements de sols pour analyse. Près de 450 personnes ont été informées au cours des différentes réunions de quartier qui ont eu lieu dans au moins deux secteurs de chaque commune. Les mobilisations communautaires se construisent avec, en décembre 2009, une journée qui sera consacrée à des ateliers à thème autour de la promotion de la consommation de fruits, légumes et féculents locaux de bonne qualité. Des jardins pilotes vont également être mis en place sur des zones contaminées pour apprendre de nouvelles techniques culturelles aux personnes ayant un jardin contaminé. Dans ce sens, ce sont cinq projets allant de la mise à disposition de jardins ouvriers à la formation des personnels de restauration collective qui ont été retenus.

Guillaume Pompougnac

Chef de projet Jafa,
Comité guadeloupéen d'éducation
pour la santé, Basse-Terre.

Olivier Reïlhes

Chef service santé-environnement, Gourbeyre.

Direction de la santé
et du développement social,

Pascale Mélot

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

Un réseau de soins sur l'hypertension en Guadeloupe

En Guadeloupe, un quart de la population souffre d'hypertension artérielle. Un réseau de soins organise des programmes d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique et d'automesure. Ce dispositif a permis d'améliorer la prise en charge de l'hypertension mais d'importantes disparités subsistent au détriment des personnes en situation de précarité. Un partenariat avec l'Agence départementale d'insertion tente de réduire ces inégalités.

La prévention, le repérage, le suivi et la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA) est une priorité en Guadeloupe : 22 % des hommes et 31 % des femmes sont, en effet, concernés (*voir encadré p. 20*). Les plans et programmes mis en place ont nettement amélioré la prise en charge de cette pathologie. À titre d'exemple, deux études menées selon la même méthodologie (étude Inserm en 1984 (1), étude Consant en 2007 (2)), sur un échantillon représentatif de la population adulte en Guadeloupe, confirment les progrès réalisés.

Le réseau hypertension artérielle HTA-GWAD (comme « Guadeloupe » en créole), premier réseau de soins sur l'HTA créé en France, est opérationnel depuis 2002¹. Son objectif : contribuer à l'amélioration de la prise en charge de l'hypertension artérielle en assurant :

- la continuité des soins et prise en charge de proximité ;
- un programme d'éducation à la santé, un programme d'éducation thérapeutique, ainsi qu'un programme d'éducation à l'automesure ;
- la coordination ville-hôpital entre professionnels de santé, à travers les programmes d'éducation suscités, parfois débutés en milieu hospitalier et poursuivis en ville, ainsi qu'avec le dossier médical partagé informatisé (DMPI) ;
- l'élaboration de référentiels communs visant l'amélioration des pratiques professionnelles, en se basant sur les réfé-

rentiels élaborés par les sociétés savantes (Sociétés française et européenne d'hypertension artérielle, Haute Autorité de santé), avec « traduction » et travail de synthèse de ces recommandations transmises ensuite aux professionnels de santé ;

– le développement et la communication des informations par le biais d'un DMPI (le premier à notre connaissance), la lettre d'information du réseau : la revue HTA-GWAD-Info, et le site : <http://htagwad.com>

Les objectifs opérationnels du projet sont déclinés sous la forme d'objectifs quantitatifs et qualitatifs pouvant être réajustés annuellement.

Programme d'éducation pour la santé...

Depuis 2007, des séances d'information interactives sont organisées par des infirmières membres du réseau HTA-GWAD envers les personnes hypertendues. Un premier bilan a été réalisé dans le cadre de l'évaluation du réseau. L'objectif de ce programme d'éducation à la santé est d'apporter aux patients hypertendus ainsi qu'à leur entourage familial les informations nécessaires à une meilleure connaissance pour permettre une meilleure prise en charge de leur pathologie. Des outils pédagogiques adaptés à la population locale ont été élaborés par le réseau :

– un film pédagogique sur l'hypertension artérielle (en versions française et

Pour en savoir plus
www.jafa.gp

créole) d'une durée de treize minutes ;
– un jeu éducatif interactif et des dépliants.

Les infirmières sont formées en éducation thérapeutique et rémunérées par le réseau dans le cadre des prestations dérogatoires. Deux séances sont organisées : la première d'une durée de quatre-vingt-dix minutes autour du film ; la seconde de soixante minutes autour d'un jeu. Le nombre de patients assistant à ces séances ne doit pas dépasser cinq afin d'assurer l'interactivité.

À ce jour, cinq cents patients hypertendus ont bénéficié de ce programme d'éducation à la santé, soit un total de mille séances patients. La moyenne d'âge est de 60 ans (55 % de femmes). Le niveau d'études est, pour 64 % des participants, le primaire ou le collège. À la suite de ces séances, on note une amélioration significative du niveau de connaissances concernant les chiffres tensionnels, les facteurs de risque et les complications de l'hypertension artérielle (90 % des personnes sont capables de citer quatre complications d'une HTA négligée).

L'originalité de ce programme est son caractère décentralisé et de proximité : les séances d'éducation sont réalisées par des établissements de santé mais aussi par des infirmières à domicile, dans les dispensaires et dans les communes. En prenant en charge l'éducation des patients hypertendus et atteints de maladie chronique, les infirmières améliorent leur savoir-faire dans ce domaine, grâce à des formations en éducation thérapeutique.

... puis programme d'éducation thérapeutique

Fort de ce bilan qui a permis de mesurer l'investissement et l'adhésion des professionnels de santé (libéraux et établissements de santé), le réseau vient de démarrer un second programme : la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique en respect des recommandations de la Haute Autorité de santé, avec des activités, des séances et des outils qui permettent au patient d'acquérir des compétences pour développer et maintenir des attitudes favorables au maintien de sa santé et mieux prendre en charge sa maladie hypertensive, avec un suivi sur un an coordonné par le réseau en partenariat avec le médecin traitant.

Tous les professionnels de santé sélectionnés par le réseau ont signé une convention de partenariat et ont bénéficié d'une formation en éducation thérapeutique (cinquante heures), encadrée par le réseau et le Comité régional d'éducation pour la santé de Montpellier. Les divers outils (film pédagogique, dossier de suivi du patient, affiches, dépliants) ont été validés par les professionnels du réseau et du Comité guadeloupéen d'éducation en santé (Coges).

En pratique, le programme d'éducation thérapeutique sur l'HTA se déroule comme suit :

- Première séance : collective (quatre patients hypertendus) ; quatre-vingt-dix minutes ; questionnaire succinct d'évaluation des connaissances ; séance collective avec comme support le DVD HTA.
- Deuxième séance à J7 : individuelle ; soixante minutes ; bilan éducatif partagé ; proposition et validation d'un projet de santé personnalisé.

Le réseau propose au patient :

- une prise en charge diététique, pour les patients en surpoids et obèses : cinq consultations ;
- un encadrement par des éducateurs sportifs pour encourager à la reprise de l'activité ;
- deux séances d'éducation à l'automesure pour les patients disposant d'un autotensiomètre ;
- autres : consultation avec un psychologue, tabacologue (par convention).

- À un mois, trois mois et six mois : séances individuelles de quarante-cinq minutes avec le même professionnel de santé, afin de considérer le projet de santé (amaigrissement, arrêt du tabac, de l'alcool, reprise d'une activité physique, éducation à l'automesure, séance centrée sur les médicaments). Évaluation des connaissances à M1.

Programme d'éducation à l'automesure

L'objectif est de favoriser le développement de la pratique de l'automesure tensionnelle, en impliquant les pharmaciens, les médecins, les infirmières et en réalisant des séances d'éducation « décentralisées ». Dès que le patient achète un autotensiomètre en officine (s'il ne peut le faire, le réseau lui en prête un), le pharmacien ou son médecin lui remet un carton d'invitation à une séance d'éducation à l'automesure assurée par une infirmière du réseau.

Les séances se déroulent au cabinet des infirmières ou du médecin, dans les structures hospitalières (publiques et privées) ou en d'autres lieux : centre d'examen de santé, domicile.

Les deux séances se déroulent comme suit :

- Première séance : fiche d'évaluation avec treize questions : « préévaluation » ; séance d'éducation de quarante-cinq minutes avec support fourni par le réseau ; démonstration pratique de l'utilisation d'un appareil (possibilité de

prêt d'un autotensiomètre) ; remise d'une fiche de relevé d'automesure remplie par le patient à domicile et restituée à la deuxième séance.

- Deuxième séance, une semaine plus tard : nouvelle fiche d'évaluation avec treize questions : « préévaluation » ; vérification de la technique de l'automesure ; restitution du relevé d'automesure à l'infirmière. Le calcul ou la vérification de la moyenne des pressions artérielles enregistrées est effectué par le réseau HTA-GWAD, qui envoie les résultats au patient et au(x) médecin(s). La comparaison des fiches d'évaluation permet d'évaluer les connaissances du client. Les soixante infirmières formées à cette technique et à l'éducation thérapeutique (niveau 2) sont indemnisées par le réseau dans le cadre des forfaits dérogatoires.

Ce programme d'éducation à l'automesure tensionnelle est à notre connaissance unique, son caractère « décentra-

lisé » et de proximité favorise le développement de cette technique. Le premier bilan intermédiaire confirme le plein investissement des collaborateurs (pharmaciens, médecins et infirmières). Au premier semestre 2009, cent vingt patients (deux cent quarante séances) ont bénéficié de ce programme.

Faciliter l'accès aux programmes pour les plus démunis

En conclusion, ces trois programmes mis en œuvre par le réseau permettent de faciliter l'accès aux soins primaires et au dépistage, et de limiter l'obstacle financier (via la couverture maladie universelle) ; ce sont les trois prérequis pour la prise en charge de l'hypertension artérielle.

Globalement, on note une amélioration dans la prise en charge de l'hypertension artérielle en Guadeloupe, cependant, il faut souligner que d'importantes disparités persistent selon le

niveau socio-économique. Pour lever cet obstacle, le réseau a signé une convention de partenariat avec l'Agence départementale d'insertion (ADI) afin de renforcer l'éducation thérapeutique pour les Rmistes. Ce partenariat est important car les personnes précaires sont souvent les plus « fragiles ». De plus, l'ADI apporte son cofinancement pour mettre à la disposition de cette population des tickets de pratique de sport et de séances d'activité physique, et des autotensiomètres. En effet, le pourcentage de patients dont la pression artérielle est « normalisée » sous traitement est significativement plus faible dans la population précaire, comparée à la population des travailleurs aux Antilles et en métropole, malgré un dépistage et une mise sous traitement qui diffèrent peu selon le niveau socio-économique.

D^r André Atallah

Coordinateur médical,

Dr Joël Samuel

Président du Groupe HTA-Guadeloupe.

Des disparités dans la prise en charge de l'HTA

Deux études récentes (2007) décrivent la prévalence et la prise en charge de l'hypertension artérielle en Guadeloupe :

- Consant a mesuré la pression artérielle de 1 005 personnes à leur domicile (54 % de femmes) âgées de 25 à 74 ans¹. La fréquence de l'hypertension artérielle, vérifiée lors de deux visites, est de 22 % chez les hommes et de 31 % chez les femmes. Elle augmente en fonction de l'âge et atteint, chez les 65-74 ans, respectivement 61 % et 74 %. 90 % de femmes et 82 % d'hommes se déclarant hypertendus utilisent un traitement hypotenseur. 47 % des hommes et 60 % des femmes traités ont une pression artérielle correctement contrôlée. Après ajustement, le facteur le plus fortement associé à l'HTA était l'indice de masse corporelle (IMC). Chez les hommes obèses (14 %), le risque est trois fois plus élevé (OR : 3,4) comparé au groupe avec un IMC normal (46 %). D'où la préconisation que toute politique préventive de l'hypertension artérielle devrait inclure une intervention sur la nutrition, compte tenu du rôle majeur de l'obésité dans cette population. Chez les femmes, la même tendance est notée (OR : 2,0). La plus forte prévalence de l'HTA chez la femme, notée dans l'étude Consant 2007, est une donnée récente qui est également retrouvée dans des études réalisées dans la Caraïbe.

- PHAPPG (*Prévalence de l'hypertension artérielle dans une population précaire guadeloupéenne*)², seconde étude, a porté sur 2 420 personnes (1 088 hommes âgés de 42 ± 10,6 ans et 1 332 femmes âgées de 40 ± 11 ans) considérées comme « précaires » : les Rmistes, les chômeurs ou les personnes vivant exclusivement des prestations sociales et familiales et vues en bilan de santé dans les deux centres d'examen de santé de Guadeloupe.

Dans cette population précaire, la prévalence de l'hypertension était de 25,2 % chez les hommes et de 22,1 % chez les femmes, alors que la connaissance de cette hypertension était connue chez 40,2 % des hommes et chez 73 % des femmes. La pression artérielle est contrôlée (< 140/90 mmHg) sous traitement chez 19 % des hommes et chez 37,2 % des femmes. Parmi les femmes, 58 % étaient en surpoids et, pour l'ensemble de la population féminine, on note 29 % d'obésité.

1. L'hypertension artérielle (HTA) est définie comme la présence d'un traitement hypotenseur ou d'une pression artérielle $\geq 140/90$ mm Hg, au cours d'une visite (prévalence dénommée V1), et au cours de deux visites (V2), cette deuxième définition étant plus conforme à la définition de l'HTA.

2. Atallah A., Inamo J., Larabi L., Chatellier G., Rozet J-E., Machuron C., De Gaudemaris R., Lang T. Reducing the burden of arterial hypertension: what can be expected from an improved access to health care? Results from a study in 2420 unemployed subjects in the Caribbean. *J. Hum. Hypertens.* 2007; 21(4): 316-322.

1. Son financement relève du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs). Une convention entre la caisse générale de sécurité sociale, l'agence régionale d'hospitalisation de Guadeloupe et l'association « Groupe HTA-Guadeloupe », signée sur trois ans et renouvelable, fixe les droits et obligations des partenaires signataires, formalise le financement accordé et définit les modalités de suivi.

Pour en savoir plus

Réseau de soins sur l'hypertension artérielle en Guadeloupe – HTA-GWAD – 11.01 Résidence La Marina – Rivières-Sens – 97113 Gourbeyre – Guadeloupe. www.HTA-GWAD.com – htagwad@wanadoo.fr

► Références bibliographiques

- (1) Failde I., Balkau B., Costagliola D., et al. Arterial hypertension in the adult population of Guadeloupe, and associated factors in subjects of African origin. *Rev. Épidemiol. Santé publique* 1996; 44(5): p. 417-426.
- (2) Atallah A., Kelly-Irving M., Ruidavets J.-B., de Gaudemaris R., Inamo J., Lang T. Prévalence et prise en charge de l'hypertension artérielle en Guadeloupe. *BEH*, 2008, n° 49-50 (numéros thématiques) : p. 486-489.

Caractéristiques des usagers de crack en Guadeloupe

La consommation de crack est devenue un problème de santé publique en Guadeloupe. Une enquête pointe la précarité des usagers, la curiosité comme motif d'initiation à 24 ans en moyenne, une addiction immédiate au produit et un désir d'arrêter pour la majorité de ces usagers ; ces derniers dépensent en moyenne 457 euros/mois pour se le procurer. Cette enquête fournit des indications précieuses pour ajuster le dispositif de prise en charge actuellement centré sur trois centres de soins spécialisés.

Le crack est un produit psycho-actif illicite, dérivé de la cocaïne, apparu en Guadeloupe dans les années 1980. Son usage important concerne principalement les départements français d'Amérique ainsi que les arrondissements du nord-est de Paris et les banlieues voisines (1). Le crack a renforcé le phénomène des ghettos et a radicalisé leur marginalisation (2). La consommation régulière de crack crée une forte dépendance psychique et une neurotoxicité importante (3) et est d'autant plus marquée qu'elle survient dans un contexte de vulnérabilité psychosociale.

Peu de données existent en Guadeloupe et la connaissance des problèmes liés à l'usage du crack reste lacunaire (4). Face à ce problème de santé publique, il est apparu fondamental d'enquêter auprès des usagers afin de cerner les modalités et les conséquences de la consommation de crack et d'adapter les mesures de prise en charge à un contexte d'insularité et de spécificités socioculturelles.

Les personnes rencontrées

Cent quatre-vingt-dix-neuf usagers de crack ont été interrogés en Guadeloupe et à Saint-Martin. La moyenne d'âge est de 37 ans et ce sont en majorité des hommes (89 %). Ils sont presque tous nés en Guadeloupe (68 % dont 7 % à Saint-Martin) et plus de 60 % ont été scolarisés au moins jusqu'au niveau collège. Ils bénéficient de minima sociaux (61 %) ou exercent une activité rémunérée intermittente (35 %). On compte 68 % de bénéficiaires d'une couverture sociale, dont deux tiers de bénéficiaires de la couverture maladie

universelle. Si 60 % des usagers vivent seuls, plus de la moitié (58 %) voient régulièrement leur famille ; la mère représente la personne de confiance pour un tiers des usagers. Néanmoins, plus d'un tiers logent dans des squats ou vivent dans la rue.

À l'origine de la consommation : la curiosité

Étaient incluses dans l'étude les personnes ayant consommé du crack dans les trois mois précédant l'enquête et ayant donné leur accord pour participer. La base de sondage pour la population étudiée n'existant pas, la taille de l'échantillon a été déterminée de manière arbitraire selon des critères de

coût d'enquête, la possibilité de comparaison de résultats avec l'étude en Martinique et la taille minimale permettant de décrire les caractéristiques des usagers.

Des enquêteurs, proposés par le comité de pilotage, étaient sélectionnés (huit adultes relais, deux professionnels de santé) pour leur bonne connaissance des problèmes de terrain et de l'approche du public cible afin d'interroger les usagers en vis-à-vis selon un questionnaire anonyme et spécifique à l'étude. Les enquêteurs intervenaient en dehors des structures d'aide ou de soins. Néanmoins, les usagers touchés par l'enquête pouvaient être en démarche de

soins ou également hors démarche de soins. Les secteurs géographiques d'enquête étaient les communes.

Le recrutement prospectif des usagers de crack a été réalisé de mai à octobre 2007. L'analyse descriptive des caractéristiques des usagers a été effectuée avec le logiciel utilisé pour la saisie (Epi Info™ version 3.2.2). Des tests statistiques de comparaison de proportions (Chi2) et de moyennes (Annova) ont été utilisés au seuil de signification de 5 %.

La curiosité était le seul motif d'initiation pour 55 % des usagers. La découverte du produit avait lieu à 24 ans en moyenne. Près de 10 % l'ont « goûté » avant d'avoir essayé le cannabis, à 17 ans en moyenne. Près de la moitié l'ont initié par le spong (joint de crack). Pour 65 %, la première prise a été fournie par un ami ; elle était le plus souvent gratuite et 16 % l'ont achetée en moyenne dix-sept euros. La consommation est devenue régulière, pour 65 % des usagers, au plus tard une semaine après la première prise.

Les usagers initiés à la tire (pipe, canette ou narguilé) étaient plus âgés au moment de la première prise que ceux

initiés au spong (âge médian 25 ans *vs* 20 ans). Au moment de l'enquête, cette observation est confirmée : les consommateurs de spong sont en moyenne plus jeunes que les consommateurs à la tire (36 ans *vs* 39 ans). L'entrée dans une consommation régulière rapide, au plus tard une semaine après la première prise, apparaît moins fréquente chez les usagers ayant commencé à la canette que chez les autres (2 % *vs* 16 %).

Consommation de crack

Au moment de l'enquête, les usagers déclaraient consommer depuis treize ans en moyenne, à une fréquence de deux à six fois par semaine pour 43 %, quotidiennement pour 41 %, une seule fois dans le mois pour 11 % et une fois par semaine ou moins pour 5 %. Il arrive à 81 % d'entre eux de consommer plus de crack que d'habitude lors de rentrée d'argent (56 %), pour apaiser des angoisses (15 %), parce qu'entraînés par l'effet de groupe (12 %) ou pour d'autres raisons (3 %). La pipe est utilisée plus souvent (44 % des usagers) que le spong (29 %). Après avoir consommé, la plupart (55 %) expriment un sentiment de bien-être, 32 % évoquent des sensations négatives (insatisfaction, angoisses, agressivité, paranoia, etc.), 9 % rapportent des effets

positifs immédiats qui deviennent rapidement négatifs ou des sentiments ambivalents : bien-être et angoisses, etc.

Autres consommations

La consommation régulière de tabac (au moins une cigarette par jour) concerne 61 % des usagers et 32 % boivent tous les jours, principalement du rhum et/ou de la bière.

Les consommateurs journaliers de crack se distinguent des autres par leur âge plus avancé (39 ans *vs* 37 ans) et par une consommation plus souvent quotidienne de tabac et d'alcool en plus du crack. La polyconsommation apparaît plus fréquente chez les consommateurs de plus de huit prises par jour (28 % *vs* 7 %). Des différences apparaissent chez les consommateurs excessifs par rapport aux autres, en ce qui concerne le recours à l'acte sexuel pour obtenir de l'argent ou du crack (16 % *vs* 5 %) ainsi que pour les épisodes d'emprisonnement (69 % *vs* 41 %). Ils qualifient plus souvent le crack de « très dangereux » (88 % *vs* 71 % pour les usagers quotidiens \leq à huit prises).

Un quart des usagers avait déjà pris au moins dix fois dans sa vie un ou des produits interdits par la loi autres que le

crack ou le cannabis ; ceux-ci avaient commencé plus tard leur consommation de crack (27 ans *vs* 22 ans médiane) et ils étaient plus souvent nés hors de Guadeloupe (37 % *vs* 17 %). Ces derniers avaient utilisé plus fréquemment l'injection (24 % *vs* 2 %).

« Business », justice et crack

L'usage de crack s'accompagne de reventes régulières (10 %) ou occasionnelles (20 %) du produit, de prostitution (7 %), de vols (40 %). 40 % des usagers avaient commis un vol ou une agression pour obtenir le produit, ils se distinguent des autres par : leur plus jeune âge d'initiation (23 ans *vs* 25 ans en moyenne), une consommation journalière (53 % *vs* 33 %) plus fréquente, des dépenses mensuelles plus importantes pour l'achat du produit (913 € *vs* 457 € médiane), des interventions plus courantes aux urgences (55 % *vs* 38 %), des incarcérations plus fréquentes (68 % *vs* 30 %), et un désir d'arrêter la consommation plus souvent exprimé (88 % *vs* 67 %). Parmi eux, 17 % ont été emprisonnés pour ces faits.

Au total, quel que soit le motif, 45 % des usagers ont été emprisonnés au moins une fois au cours de leur vie et l'âge médian d'incarcération est de 22 ans. L'incarcération a précédé le début de consommation de crack pour 24 % des usagers (durée médiane d'incarcération : quatre ans).

Prise en charge familiale, sanitaire et sociale

Les résultats mettent en avant l'existence de contacts familiaux malgré une désocialisation importante des usagers. En effet, 22 % résident avec la famille et 38 % rapportent des liens de confiance avec elle. Plus de la moitié voient régulièrement leur famille qui leur apporte un soutien financier, alimentaire et moral. Elle a connaissance de la consommation de crack pour 79 % des usagers.

Les structures de prise en charge sont relativement bien fréquentées (66 % des usagers), même s'il existe un déséquilibre entre le secteur social, qui est privilégié (49 %) par rapport au secteur sanitaire et médico-social (17 %). L'alimentation est le premier motif de recours à l'aide sociale (48 %), avant la nécessité vestimentaire (35 %) ou d'hébergement (20 %).

Les usagers fréquentant les structures sanitaires ou médico-sociales ont consommé plus souvent des produits illicites autres que le crack ou le cannabis (47 % *vs* 20 %). Des réticences à fréquenter les structures d'aide existantes sont évoquées pour 18 % des usagers : « Par orgueil, fierté, peur d'être stigmatisé » ou pour éviter des solutions qu'ils jugent de « facilité » ; néanmoins, 62 % des usagers réticents désirent arrêter leur consommation.

Conclusion et perspectives

L'étude a été menée sur douze mois, dont six mois d'enquête sur le terrain de mai à octobre 2007. Cette étude apporte la première description d'un groupe d'usagers de crack estimé à environ 10 %¹ de la population d'usagers de crack de Guadeloupe et de Saint-Martin.

La nécessité de s'attarder sur l'analyse des difficultés rencontrées par les usagers de drogue apparaît comme une étape préliminaire à une prise en charge thérapeutique adaptée à la situation de chaque usager. En Guadeloupe, cette prise en charge est réalisée en ambulatoire par trois centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) ou en hospitalisation dans deux centres hospitaliers. Néanmoins, ce dispositif mérite d'être valorisé afin d'inciter davantage les usagers à consulter. Il a été proposé que les structures de bas seuil, relativement bien fréquentées par les usagers, puissent être le relais entre les usagers et les structures spécialisées.

Le plan national de prise en charge et de prévention des addictions offre une opportunité pour la région d'intégrer les évolutions nécessaires et de les décliner dans le cadre des programmes régionaux de santé publique. Ainsi, des sessions de formation sont dispensées à l'attention des acteurs, spécialisés ou non en addictologie, et des campagnes de prévention contre le cannabis, le tabac et les drogues illicites sont déclinées lors des journées nationales ou internationales. Le schéma régional d'organisation sanitaire devrait permettre de compléter le dispositif par des lits de court séjour et des lits d'hospitalisation de jour.

La prise en charge des familles, la valorisation du secteur social et le renforcement des liens organisationnels entre les différents acteurs contribue-

raient à améliorer la prise en charge des usagers de crack en Guadeloupe. Ces pistes de réflexion sont l'objet des discussions au sein du groupe de travail « crack », mis en place par le conseil scientifique du réseau Addiction de Guadeloupe, afin que des réponses concrètes puissent être portées aux problématiques soulevées par cette étude.

Séverine Ferdinand

Chargée d'étude,

Max Théodore

Président,

Observatoire régional de la santé de Guadeloupe, Basse-Terre.

Tony Romuald

Praticien hospitalier-addictologue,

Unité de soins et de liaison en addictologie,

CHU de Pointe-à-Pitre, Guadeloupe.

1. L'enquête Nemo, réalisée en 2005 et 2006 dans six agglomérations françaises (Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes, Toulouse) et dans un département d'outre-mer (Martinique), visait à réaliser une estimation nationale de l'usage problématique de drogues, en France, à partir des points d'ancrage fournis par les estimations locales. Nous supposons ici que la situation de la Guadeloupe est similaire à celle de la Martinique, où l'enquête Nemo a permis d'estimer à deux mille le nombre d'usagers de crack.

Remerciements

France Lert, Didier Jayle, Patrice Hoarau, les enquêteurs : Pierre Polomeni, Vanessa Cornely, Albert Flagie, Cécile Voitus, Michel Eynaud, Mylène Lima, Jocelyne Merault, Nathalie Ninnine, Isabelle Seguin, Ruddy Stralka, Monique Vallart. Financement : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt).

► Références bibliographiques

- (1) Cadet-Tairou A., Gandilhon M., Toufik A., Evrard I. *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006*. Huitième rapport national du dispositif Trend. Saint-Denis : OFDT 2008 : 191 p.
- (2) Charles Nicolas A. *Crack et cannabis dans la Caraïbe*. Paris : L'Harmattan, 1997 : 322 p.
- (3) Ragoucy-Sengler C., Simonetti M., Kintz P. *Cocaïne chlorhydrate et cocaïne base ou crack : quelles différences ?* Psychotropes 2003 ; 9(2) : p. 9-29.
- (4) Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. *Les addictions dans les régions de France*. Paris : Fnors, coll. Les études du réseau des ORS, 2007 : 101 p.

Enquête sur la prostitution en Guadeloupe, pour améliorer la prévention

Le Groupement régional de santé publique de Guadeloupe a réalisé une enquête auprès des personnes prostituées afin d'améliorer leur accès aux soins et de réduire les risques liés au VIH/sida. Ces travaux soulignent les discriminations dont fait l'objet cette population et préconisent un renforcement des actions de terrain ainsi qu'un meilleur accès aux outils de réduction des risques : préservatifs masculin et féminin.

La recherche sur la réduction des risques liés au VIH/sida et l'accès aux soins dans le contexte des rapports d'échanges économique-sexuels en Guadeloupe¹ s'est déroulée, entre avril 2008 et mars 2009, sous l'égide du Groupement régional de santé publique (GRSP) de Guadeloupe et du Service études et statistiques Antilles-Guyane (Sesag) qui l'ont financée². Cette recherche relève de l'anthropologie et de la sociologie qualitative, et a impliqué une démarche d'immersion sur le terrain, assortie de nombreux entretiens approfondis³, ainsi que la prise en considération des résultats de différentes enquêtes quantitatives sur la sexualité comme sur le VIH, réalisées depuis les années 1990 dans l'Hexagone et dans les départements français d'Amérique, dont la Guadeloupe. Cet article reprend les grandes lignes de la synthèse de l'enquête rédigée par les auteurs¹.

Les échanges économique-sexuels hétérosexuels sont définis comme toutes les formes de sexualité qui font l'objet d'un échange monétaire ou matériel : la prostitution de rue, le tourisme et le travail du sexe, les échanges économique-sexuels à travers Internet et le multipartenariat ont été examinés. Tout travail de recherche en Guadeloupe doit tenir compte des singularités historiques et culturelles de cet archipel, département français de la Caraïbe. Les principales d'entre elles peuvent être résumées en évoquant : l'histoire du déplacement forcé des populations, la domination des colons et maîtres des plantations, une économie capitaliste précurseur du monde moderne, enfin la créolité comme base contemporaine des rapports sociaux. Ces caractéris-

tiques ont, en effet, une influence sur la construction sociale des relations entre les hommes et les femmes, sur les représentations de la sexualité et des échanges économique-sexuels.

Migration, travail du sexe

La majorité des personnes qui exercent le travail du sexe de rue est composée de femmes, entre 20 et 60 ans (environ deux cent cinquante – estimation juillet 2008). Elles sont, pour la plupart, étrangères ou d'origine étrangère et naturalisées, et viennent de la région caribéenne (République dominicaine, Colombie, Haïti). Elles ne sont généralement pas victimes de réseaux de trafic d'êtres humains, même si certaines des dernières arrivées ont payé des intermédiaires pour permettre leur entrée sur le territoire de la Guadeloupe ou de Saint-Martin. L'île de Saint-Martin présente la caractéristique de disposer d'établissements de divertissement sexuel dans sa partie hollandaise, où le travail du sexe est réglementé. Les femmes prostituées de rue n'ont pas accès aux soins de santé globale faute de couverture sociale et/ou parce qu'elles ont peur des contrôles, et du fait de la discrimination dont elles font l'objet. Le recours à la prostitution de rue n'est pas plus fréquent en Guadeloupe qu'en région parisienne, les hommes guadeloupéens ont des comportements équivalant à ceux de leurs homologues de l'Hexagone vivant en milieu urbain.

Les personnes prostituées de rue visibles adhèrent bien aux programmes de réduction des risques appliquant une approche communautaire. En revanche, il apparaît clairement qu'elles sont victimes de nombreuses discrimi-

nations, comme en métropole, qui altèrent leurs possibilités et leurs capacités d'accès à la prévention, au même titre que la plupart des étranger(e)s originaires des îles les plus pauvres de la Caraïbe résidant en Guadeloupe. De ce fait, des actions de terrain dans lesquelles les personnes concernées sont associées seraient à renforcer lorsqu'elles existent, ou à créer le cas échéant, et devraient s'accompagner d'actions ciblées de lutte contre les discriminations en direction du grand public comme des professionnels du secteur médico-social.

Sexualité récréative

Comme en métropole et dans les îles voisines, les sites touristiques sont propices à la sexualité récréative, basée ou non sur des échanges économique-sexuels. Nous désignons par sexualité récréative une forme de sexualité vécue comme un temps de récréation dissocié de la reproduction, de la conjugalité, des projets sociaux, des liens affectifs inscrits dans la durée. Elle se négocie dans des espaces ouverts, bars, restaurants ou plages, mais de façon discrète. Les rencontres à caractère potentiellement sexuel ne sont pas toujours vénales, elles peuvent être simplement récréatives ; elles sont souvent accompagnées de fortes consommations de produits psychotropes (alcool, cannabis, cocaïne). Saint-Martin et Saint-Barthélemy sont des îles particulièrement dédiées à la sexualité récréative sous diverses formes.

La sexualité récréative tarifée est pratiquée par des Guadeloupéen(ne)s en direction des touristes (hommes ou femmes) ou de métropolitains effec-

tuant de courts séjours ; elle se pratique de façon discrète, soit dans des lieux commerciaux (bars, restaurants), soit sur certaines plages connues pour leurs opportunités, soit en établissant un contact préalable via les sites de rencontre sur Internet. Comme ailleurs, les rencontres tarifées via Internet sont disponibles et faciles à réaliser ; ce sont en majorité des Guadeloupéens, hommes et femmes à parité, qui proposent des services hétérosexuels contre compensation via Internet.

En matière de sexualité tarifée ou récréative dans les espaces commerciaux et via Internet, il apparaît que l'exposition aux risques est probablement assez répandue et concerne l'ensemble des acteurs. Il apparaît souhaitable de rechercher des intervenants pour mettre en place des actions de prévention dans les lieux induisant la possibilité de sexualité récréative et de travailler avec les directeurs d'établissement pour les inciter : à adhérer à la centrale d'achat de préservatifs qui est en cours de création ; à participer à la mise en place d'une « charte de prévention » ; enfin, à l'installation de distributeurs de préservatifs. Il importerait en parallèle de favoriser les actions de proximité et la création d'espaces de dialogue autour des questions du VIH, de la sexualité et du multipartenariat.

Échanges économique-sexuels et multipartenariat

Le multipartenariat est déclaré par 25 à 30 % des populations enquêtées en Guadeloupe et concerne toutes les générations. Il est courant que les fem-

mes élèvent seules leurs enfants ; et, contraintes par des nécessités économiques, certaines d'entre elles pratiquent les échanges économique-sexuels. Du côté des hommes, le fait d'avoir plusieurs partenaires stables et d'avoir des enfants de plusieurs foyers semble socialement accepté. Paradoxalement, les relations multipartenariales sont vécues dans le secret du fait du poids des normes sociales. Ce paradoxe traverse la société guadeloupéenne et doit être étudié de près pour élaborer des campagnes de prévention.

Ces caractéristiques contemporaines de la société caribéenne trouvent leurs sources dans l'histoire. Il apparaît que les facteurs de risques associés à la sexualité chez les multipartenaires hétérosexuels sont accrus dans les situations de discrimination sociale et dans des situations où le multipartenariat est tenu secret du/des partenaires ou du regard social. De plus, les circonstances de la relation sexuelle sont déterminantes : la consommation d'alcool ou de psychotropes, la dépendance affective ou économique, la différence de statut social, la peur du jugement du partenaire ou de la société (secret/*makrelaj*) sont autant de facteurs qui peuvent dissuader de négocier le port du préservatif.

Accès à la prévention

Par ailleurs, le fait que les outils de réduction des risques (préservatifs masculin et féminin, gel intime) ne soient pas facilement accessibles n'est pas un élément incitatif à leur usage. Enfin, les campagnes de prévention en direction

du public large ne ciblant pas les catégories les plus touchées en Guadeloupe (les plus de 40 ans), ces dernières ne se sentent pas suffisamment concernées et ce, d'autant plus si les contenus de ces campagnes ne sont pas explicites ou s'ils sont discriminants. De ce point de vue, le fait de prôner l'abstinence ou la fidélité (cas de certaines campagnes internationales) est clairement contre-productif en matière de lutte contre le VIH.

Quels que soient les publics visés, il apparaît nécessaire de s'intéresser au multipartenariat et aux multipartenaires, que leur sexualité soit « tarifée » ou non. Il semble impératif – y compris dans les campagnes d'information réalisées avec le concours des acteurs sociaux de la Guadeloupe – de ne pas stigmatiser les relations multiples quelles qu'elles soient, car les jugements de valeur sur les conduites sexuelles et affectives sont à coup sûr les meilleurs ennemis de la réduction des risques en matière de VIH. Enfin, toute action de réduction des risques, de formation ou d'information en direction du grand public devrait tenir compte des caractéristiques socio-historiques et culturelles de la Guadeloupe, qui s'inscrivent dans l'ensemble caribéen. De ce fait, les partenariats avec la métropole ne doivent pas être les seuls privilégiés. Le projet *Pancaribbean partnership against HIV/aids*, par exemple, permet d'envisager des collaborations régionales qui seront bénéfiques à la Guadeloupe.

Françoise Guillemaut

Docteur en sociologie, chercheur associé au LISST, université de Toulouse II-Le Mirail et au LAS, EHESS.

Avec la collaboration de

Martine Schutz-Samson

Consultante en santé publique.

1. Guillemaut F., Schutz-Samson M. La réduction des risques liés au VIH/sida et l'accès aux soins dans le contexte des migrations et des rapports d'échanges économique-sexuels en Guadeloupe. 291 p., disponible à la DSDS de Guadeloupe et au Sesag.

Guillemaut F., Schutz-Samson M. VIH et échanges économique-sexuels. Guadeloupe 2008-2009. Synthèse rapport final.

2. Nous remercions toutes les personnes qui ont facilité cette recherche et en particulier Mme Bonazzi (DSDS), MM. Renia et Balourd (GRSP et DSDS).

3. Nombre d'entretiens (entre quarante minutes et deux heures) avec : des professionnels socio-sanitaires, de la police et de la justice : 58 ; des personnes prostituées : 23 ; des clients : 4 ; sept focus groupe, soit 75 personnes ; hommes et femmes anonymes : 18. Soit : 178 personnes au total.

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

L'état de santé de la population martiniquaise présente d'importants paradoxes. Si l'espérance de vie chez les femmes (84,6 ans) est supérieure à la moyenne française et la prévalence du suicide plus faible qu'en métropole, d'autres indicateurs sanitaires et socio-économiques restent préoccupants : mortalité infantile élevée, proportion de ménages pauvres, etc. Le Plan de santé publique mis en œuvre donne la priorité à l'action sur les comportements à risque, le dépistage précoce des cancers, la prévention et la prise en charge de pathologies très présentes, comme le diabète et l'hypertension.

Selon les indicateurs sanitaires, l'état de santé en Martinique s'est amélioré depuis les années 1960 et il est actuellement un des meilleurs de la Caraïbe. Cependant, la prévalence de certains problèmes de santé reste importante : hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, diabète, certains problèmes de santé mentale, conduites addictives à l'alcool et au crack, et, parmi les cancers, le cancer de la prostate. De plus, la Martinique, comme les autres départements d'outre-mer, présente des indicateurs de périnatalité toujours préoccupants.

Comme toutes les régions françaises, la Martinique a élaboré un plan régional de santé publique dont l'objectif est justement de réduire la morbidité et la mortalité évitables en lien avec les problèmes suscités.

Contexte général

La Martinique est un département français d'outre-mer qui totalise 402 000 habitants au 1^{er} janvier 2008 sur un territoire de 1 128 km². Ainsi, avec ses 356 habitants/km², elle est la région ayant la deuxième plus forte densité de France, après l'Ile-de-France. Les notions classiques de rural et d'urbain s'appliquent peu à la Martinique car ses trente-quatre communes sont en général étendues et peuplées. Néanmoins, les zones de peuplement sont inégalement réparties avec 44 % de la population concentrés sur quatre communes. Fort-de-

France, la capitale, compte à elle seule 23 % des habitants de l'île. Depuis les années 1990, la population de la Martinique augmente de 0,6 % en moyenne par an.

Depuis les années 1970, on constate une diminution régulière de la part des moins de 20 ans dans le bilan démographique, contrebalancée par une augmentation du nombre des personnes âgées de 60 ans et plus. Avec 18 % de personnes âgées de 60 ans et plus, elle est le département français d'outre-mer le plus âgé et, selon les projections de l'Insee, elle serait, d'ici à 2030, la cinquième région française la plus âgée avec plus d'une personne sur trois âgée de 60 ans et plus. Ce vieillissement de la population n'est pas sans conséquences sur les problèmes de santé de la région (voir article de *Carolle Chatot-Henry*, page 36).

Le contexte économique et social de la Martinique est préoccupant : le taux de chômage est élevé, de l'ordre de 22 %, et il y a proportionnellement deux fois plus de ménages pauvres¹ qu'en métropole et une forte proportion de bénéficiaires d'allocations attribuées en dessous d'un certain niveau de ressources, comme l'allocation parent isolé (API), l'allocation adulte handicapé (AAH), le revenu minimum d'insertion (RMI) et l'allocation solidarité vieillesse (ASV), confirme cette situation délicate.

L'offre en établissements de santé doit s'adapter au vieillissement de la population et à la baisse de la natalité.

En matière d'indicateurs de santé, l'espérance de vie à la naissance est très satisfaisante en Martinique, 84,6 ans pour les femmes et 76,2 ans pour les hommes. Actuellement, elle est même meilleure pour les femmes de Martinique que pour celles de la métropole. Si la mortalité globale est plus basse que la moyenne nationale, la mortalité infantile est, en revanche, toujours plus élevée.

Les trois principales causes de décès en Martinique sont les mêmes qu'en métropole : maladies cardio-vasculaires, tumeurs et traumatismes, empoisonnements. On enregistre, en moyenne, en Martinique, 678 décès prématurés par an, soit plus d'un décès sur quatre, et comme partout ailleurs les hommes sont plus concernés que les femmes. Les causes principales de décès prématurés sont les traumatismes, les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et les décès liés à l'alcool. Pour les diminuer, il faut agir sur les comportements à risque et améliorer l'efficacité des actions de dépistage précoce des cancers du sein et du col de l'utérus ainsi que la prise en charge d'affections telles que le diabète ou l'hypertension artérielle.

La situation dans le domaine de la périnatalité est préoccupante. C'est ainsi qu'en 2006 le taux de mortalité périna-

tale a été de l'ordre de 23 pour 1 000 naissances totales et le taux de mortalité infantile a atteint 8 décès pour 1 000 naissances vivantes, contre respectivement 11 et 4 pour la France hexagonale. On note également un taux de prématurité élevé (de 10 à 12 %) s'accompagnant d'une proportion plus élevée d'hypotrophes (nouveau-nés de moins de 2,5 kg). En Martinique, contrairement à la métropole, les naissances se produisent plus fréquemment aux âges extrêmes de la procréation. Le quart des enfants nés en 2008 a une mère âgée de 35 ans ou plus contre 21,5 % des bébés nés dans l'Hexagone. Chaque année, les mineures représentent 2,5 % des mères qui donnent naissance à un enfant, en sachant qu'il s'agit en majorité de jeunes filles âgées de 16 à 17 ans, les plus jeunes d'entre elles (moins de 15 ans) n'excédant pas la dizaine.

Le recours à l'interruption de grossesse (IVG) est plus fréquent qu'au niveau national. Depuis 2003, le nombre d'IVG est stable et se situe entre 2 300 et 2 400 actes chaque année. Par contre, le nombre d'IVG rapporté à 100 conceptions a tendance à augmenter puisque le nombre de naissances diminue (23 IVG pour 100 conceptions en 1990, 28 IVG en 1995 et 31 IVG en 2000 et 2005).

Principales pathologies

Les maladies cardio-vasculaires ont été responsables en Martinique, en 2006, de 740 décès et d'un décès prématuré sur cinq. Sur le plan de la morbidité, ce sont surtout l'hypertension artérielle et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) qui posent problème. D'après l'enquête Escal², la prévalence de l'hypertension artérielle chez les 16 ans et plus est de 22 % et augmente avec l'âge. La survenue fréquente des AVC est confirmée par l'étude Ermancia³. Cette étude a montré également qu'un grand nombre de ces malades étaient aussi hypertendus. Le retentissement de cette maladie est important puisque 52 % des survivants ont présenté une incapacité majeure à la suite de l'épisode initial.

Les tumeurs sont la deuxième cause de mortalité en Martinique avec 659 décès en 2006 et concernent plus d'un décès prématuré sur quatre. Le cancer de la prostate (390 nouveaux cas par an) représente à lui seul un cancer mas-

culin sur deux. La deuxième localisation la plus fréquente est le cancer de l'estomac. En Martinique, les femmes sont principalement touchées par le cancer du sein (150 nouveaux cas par an et plus d'un cancer féminin sur quatre), le cancer colorectal (56 nouveaux cas par an) ainsi que le cancer du col de l'utérus (45 nouveaux cas par an).

La prévalence du diabète est très élevée : 6,5 % des adultes ont déclaré être diabétiques dans l'enquête Escal mais on estime que de 8 à 10 % de la population adulte seraient touchés. Cette enquête a aussi confirmé la progression inquiétante de la surcharge pondérale chez les Martiniquais : un adulte sur deux et un enfant sur quatre sont en surpoids ou obèses.

Concernant la santé mentale, les seules données en population générale, issues d'une enquête descriptive auprès d'un échantillon représentatif des

18 ans et plus, montrent que 32 % de la population adulte souffre ou a déjà souffert de troubles (syndromes dépressifs, anxiété généralisée principalement). Cependant, on observe que la Martinique est nettement moins touchée que d'autres régions pour le suicide et les tentatives de suicide.

Sur le plan des conduites addictives, alors que la consommation de tabac est peu préoccupante, celle de l'alcool pose problème. L'usage des produits interdits par la loi concerne principalement le cannabis, le crack et la cocaïne (*voir article sur les particularités de la consommation de substances psycho-actives à la Martinique, page 42*).

Priorités de santé

En Martinique, le programme régional de santé publique (PRSP) développe neuf axes stratégiques déclinés autour de treize thématiques de santé prioritaires :

- l'axe nutritionnel, qui comporte deux sous-thématiques : l'alimentation et l'activité physique ; la prévention du diabète, de l'hypertension artérielle et des maladies cardio-vasculaires ;
- l'axe prévention des cancers ;
- l'axe des conduites à risques avec une thématique forte, les addictions ;
- l'axe qui regroupe deux thématiques : sexualité et prévention/lutte contre le VIH-sida et les infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- l'axe périnatalité-petite enfance-parentalité ;
- l'axe des personnes vulnérables, qui prend en compte les problèmes de santé de trois publics : les personnes âgées, les personnes handicapées, et les personnes en réinsertion sociale ;
- l'axe schéma régional d'éducation pour la santé (Sreps) ;
- l'axe des maladies rares ;
- l'axe santé-environnement.

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) ne constitue pas pour l'instant un axe stratégique mais ses approches transversales en matière de santé/précarité font partie intégrante du PRSP Martinique.

Un paysage social en mutation

Société de l'entre-deux, la Martinique entremêle développement et sous-développement. Cela résulte d'un double processus intimement lié à sa trajectoire historique : le processus de ce que l'on peut appeler la « surdétermination », d'un côté, et le « précipité sociétal », de l'autre. Par surdétermination, nous désignons le fait que cette île colonisée par la France en 1635 fut travaillée, structurée, encadrée par des orientations d'abord liées aux dynamiques de croissance de sa puissance tutélaire et non par le jeu de ses propres orientations et mouvements internes.

Le précipité social désigne le fait que ce petit pays a connu en l'espace des cinq dernières décennies des transformations fulgurantes ayant affecté tous les secteurs de la société. Le milieu rural qui constituait la base d'appui de l'économie domestique, autour de laquelle la société civile se structurait, a été totalement bouleversé aux lendemains de l'effondrement du système esclavagiste.

Substitution du cultivateur par le planteur, passage d'une économie de plein emploi à une économie dominée

par un chômage structurel, fulgurante croissance d'un espace urbain mal maîtrisé, substitution d'une économie de producteurs à une économie de consommateurs, ouverture en grand angle sur les vents de l'ailleurs...

Là où la plupart des pays développés ont vu un tel bouleversement se réaliser sur deux siècles, voire trois, c'est en l'espace d'un demi-siècle qu'il s'est opéré en Martinique. La société civile s'est ainsi retrouvée, du jour au lende-

main, dans un cadre juridique, certes revendiqué, mais parachuté. La loi d'assimilation votée par le Palais Bourbon, qui instituait, en 1946, la colonie en département, sera en effet le point de départ d'une avalanche de services administratifs qui viendront encadrer le corps social.

Le paysage sanitaire et social se caractérise par deux éléments de contexte :

- des infrastructures (port et aéroport



de classe internationale, réseau routier, réseau électrique, réseau de distribution d'eau potable et d'irrigation d'un bon niveau) et un équipement sanitaire et de protection sociale en mesure d'assurer à la très grande majorité de la population un accès gratuit aux soins les plus urgents, ainsi que des soins plus complexes ;

- une population avec un taux élevé de maladies cardio-vasculaires, d'hypertension artérielle, de diabète, d'accidents de la route, d'obésité, de stress, etc., c'est-à-dire des maladies révélatrices d'une hygiène de vie et d'une logique de consommation dérégulées.

C'est dans un contexte où les solidarités individuelles et communautaires s'affaiblissent, où la logique de l'avoir prédomine sur celle de l'être, que les pratiques de promotion et d'éducation pour la santé vont devoir être mises en œuvre. Dans le contexte martiniquais,

l'éducation pour la santé dans ses pratiques et orientations devrait s'articuler autour :

- des comportements, attitudes, styles et modes de vie sur le bien-être ou le mal-être des personnes ;
- de l'environnement ;
- des activités humaines sur l'environnement.

À la Martinique, et l'on pourrait même dire dans les départements français d'Amérique (DFA), pratiques et promotion d'éducation pour la santé devraient dans leur mise en œuvre assumer sans complexes ce paradoxe :

- ce sont les réseaux émergeant des structures modernes et non des structures traditionnelles qui serviront de supports à la mise en œuvre de l'éducation et à la promotion de la santé ;
- c'est la réappropriation par certaines ressources émergentes de la société de l'économie domestique (que nous

appelons la société traditionnelle) qui va permettre de surmonter une impasse majeure de la modernité : l'indifférence d'une partie de la population vis-à-vis de l'enjeu public.

Karyne Pierre-Louis

Coordinatrice, directrice des études, Cres
Martinique, Fort-de-France.

Serge Domi

Sociologue,

Sylvie Merle

Directrice, Observatoire de la santé
de la Martinique, Fort-de-France.

1. On considère comme pauvre une personne qui vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté.

2. L'enquête sur la santé et les comportements alimentaires (Escal) est une enquête en population générale réalisée fin 2003 - début 2004 auprès d'un échantillon de 2 002 personnes âgées de 3 ans et plus.

3. Smadja D., Cabre P., May F., et al. Étude Ermanca. *Stroke* 2003 ; 34(7) : 1593-1597.

Jardins familiaux et chlordécone en Martinique : conseiller pour prévenir

Comme la Guadeloupe, la Martinique met en œuvre un programme « jardins familiaux » pour éviter à la population de consommer des aliments issus des potagers contaminés par le pesticide chlordécone. Des enquêteurs diagnostiquent la teneur en chlordécone, identifient les habitudes alimentaires des familles, puis des conseillers personnalisent l'information pour prévenir tout risque. Des jardins ouvriers et des épiceries solidaires seront accessibles aux familles en difficulté.

« Si vous possédez une bibliothèque et un jardin, vous avez tout ce qu'il vous faut. » Deux millénaires plus tard, l'affirmation de Cicéron sonne toujours juste. Le potager ou jardin familial est synonyme d'images positives : plaisir, nature, quiétude, santé, partage, transmission. Cette attirance spontanée vers l'agriculture familiale est aussi un besoin économique et social : les pays industrialisés abritent une population en difficultés financières souffrant d'une insécurité alimentaire car obligée de consacrer son budget à d'autres dépenses tout aussi importantes (1). Des programmes communautaires sont mêmes préconisés en soutien aux actions sociales pour freiner ce phénomène (2). Dans une région fragilisée comme la Martinique, on cultive pour compléter son pouvoir d'achat. Notre organisation sociale se particularise par une absence de frontière entre les mondes urbain et rural. Une ville de plus de dix mille habitants s'étale dans un paysage agricole. L'attachement à la terre est donc source d'une micro-économie indispensable (3) et responsable d'une intégration sociale, même pour les populations les plus âgées (4). La protection de cette matrice nourricière est une préoccupation très présente.

La problématique de la chlordécone survient dans un contexte propice aux réactions passionnées, médiatisées, mais légitimes. Ce pesticide organochloré a été utilisé dans les bananeraies jusqu'à la fin de 1993 pour lutter contre un insecte très dévastateur, le charançon. La pollution induite des sols est présente pendant des dizaines d'années ; elle favorise la concentration du produit dans les

légumes dits racines (igname, patate douce) consommés par la population, l'exposant à un risque potentiel pour la santé. Les agriculteurs professionnels, sensibilisés par la chambre d'agriculture, ont été soumis à des contrôles obligatoires de leurs exploitations et approvisionnent désormais les réseaux de distribution avec des produits dépourvus de polluant. En revanche, la filière familiale échappe à toutes les procédures sanitaires et représente un risque non maîtrisé à l'exposition du produit incriminé, que se soit par la consommation personnelle des légumes, par l'échange ou la donation à la famille plus large, au voisinage ou encore aux réseaux courts de distribution. Dans un rapport¹ publié en 2007, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) précise que, parmi les personnes exposées chroniquement et au-delà des limites tolérables, de 95 à 99 % le sont par des produits autoconsommés. Pour faire face à ce problème, l'État a décidé de mettre en place des dispositifs spécifiques.

Situation environnementale

La fleur des Caraïbes est la plus petite région française (1 100 km²) mais densément peuplée (400 000 habitants). L'urbanisation anarchique (habitat précaire), l'activité agricole intensive et l'envolée de la consommation liée à l'élévation du niveau de vie ont engendré une dégradation de l'environnement : pesticides, déchets, eaux usées avec en corollaire des risques potentiels pour la santé.

La culture de la banane est un secteur essentiel de l'économie martiniquaise. Cependant, cette activité a

conduit à une pollution massive de l'environnement par l'utilisation passée de la chlordécone. Les risques liés à cette contamination constituent un enjeu sanitaire, environnemental, agricole, économique et social, inscrit comme une priorité du Plan national en santé environnement adopté par le gouvernement, en juin 2004, et se traduisant par la mise en œuvre d'un plan d'action, présenté par le directeur général de la santé en février 2008 (5).

Programme interministériel

Ce plan d'action 2008-2010 en Martinique et en Guadeloupe (*voir pages précédentes*), doté d'un budget de 34 M€ sur trois ans, est décliné en quarante actions. Il comprend quatre volets :

- renforcer la connaissance sur la contamination des milieux (sols, aliments, eaux) et l'impact potentiel sur la santé, en soutenant les initiatives de recherche et en complétant les analyses sur les sols et les milieux en général ;
- diminuer l'exposition de la population à la chlordécone, en veillant à la qualité des produits commercialisés, en évaluant l'impact de la consommation des légumes cultivés dans les jardins familiaux ;
- assurer une alimentation saine, en renforçant la traçabilité des produits tout en soutenant les professionnels concernés par des mesures d'aide à la reconversion ;
- améliorer la communication auprès du grand public et l'accessibilité à une information transparente.

Approche personnalisée

Au sein du plan d'action, la mise en œuvre des programmes de jardins fami-

liaux (Jafa) en Martinique et en Guadeloupe constitue un enjeu phare (action 21) qui mobilise les budgets les plus importants (6 M€) et nécessite la mise en œuvre d'actions sur le terrain. Il s'inscrit surtout dans l'assurance d'une réduction de l'exposition de la population au polluant et dans l'amélioration de la communication autour de la problématique. Il s'agit, en effet, d'identifier les foyers qui, par la consommation régulière de légumes du jardin sur site contaminé, pourraient dépasser les limites maximales d'exposition (250 µg/kg de terre analysée) à la chlordécone, représentant un risque pour leur santé.

Les objectifs généraux du programme Jafa sont l'identification exhaustive de ces foyers ; l'accompagnement et la modification des comportements alimentaires ; le soutien aux familles en difficulté sociale ; la mesure de l'impact des modes de préparation culinaire sur la teneur de la chlordécone dans le légume racine et l'identification des circuits courts d'échanges des denrées. Les objectifs opérationnels sont les suivants : évaluer le risque de surexposition à la chlordécone des populations consommant les produits issus de leur jardin, apporter des recommandations sanitaires pour réduire cette exposition et des connaissances sur le mécanisme de contamination, modifier les comportements d'exposition au pesticide et diminuer l'exposition engendrée par la consommation via les circuits parallèles d'approvisionnement.

Ces objectifs sont identiques dans les deux régions concernées par le programme Jafa mais la mise en œuvre opérationnelle est légèrement différente, eu égard aux opérateurs sur le terrain, à la sensibilité du public ou à l'organisation administrative choisie par les services porteurs du programme. En effet, en Guadeloupe, la mise en œuvre du programme piloté par la Direction de la santé et du développement social (DSDS) a été organisée dans le cadre d'un marché public remporté par le Comité guadeloupéen d'éducation pour la santé (Coges), qui assure la maîtrise d'œuvre, anime les réunions publiques, assure le suivi logistique des enquêtes de terrain (*voir article de G. Pompougnac et al., page 16*). En Martinique, le programme Jafa se déroule dans le cadre d'un appel à projets lancé par le Groupement régional de santé publique

(GRSP), auquel ont répondu plusieurs associations de protection de l'environnement et d'insertion sociale (Goutte d'eau lorrinoise, Seve) ainsi que le comité régional d'éducation pour la santé (Cres), chargé de la coordination opérationnelle du volet enquêtes et de l'animation du volet nutrition. La DSDS assure le pilotage du dispositif, l'animation des réunions publiques, pilote la communication et rend compte auprès des instances de suivi du plan d'action. À partir d'une cartographie de repérage des parcelles cadastrales potentiellement contaminées (basée sur des prises de vues aériennes historiques révélant l'ensemble des plantations de bananes pendant la période d'utilisation de la chlordécone), cinq chefs d'équipe et trente enquêteurs vont intervenir auprès des foyers qui occupent ces parcelles et établir le profil de leurs habitudes alimentaires si le terrain familial est cultivé. Si un risque d'exposition élevé au pesticide chimique est identifié, le reste du dispositif Jafa est appliqué (*voir ci-dessus*).

Perception de la population

Les informations diffusées au grand public durant les dernières années n'ont pas toujours été cohérentes et ont même été contradictoires tant sur le fond que sur la forme des messages. Le flou généré par une médiatisation non maîtrisée est à l'origine d'une perception et

d'un vécu de la population anxiogènes, décelés lors de différentes interviews (témoignages radiophoniques, télévisuels, etc.). Aucune étude ne fut cependant menée afin d'infirmier ou confirmer ce ressenti. La méthodologie de ce plan national inclut une stratégie de communication à plusieurs étapes, en corrélation avec les actions, les résultats des recherches, mais aussi prenant en compte l'ensemble de l'application du plan. À ce titre, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a été mandaté pour mettre en œuvre une enquête afin de recenser les connaissances et les perceptions de la population antillaise face à la problématique de la chlordécone. Les conclusions doivent permettre d'orienter les multiples actions prévues dans un souci d'apaisement et de confiance des citoyens envers leurs représentants.

Coordination assurée par le Cres

Jafa répond à une attente collective définie par une convergence des pré-occupations d'une population et des instances gouvernementales. L'appréhension des conséquences induites par l'utilisation d'un pesticide identifié, sur un modèle de santé communautaire, est en parfaite adéquation avec les missions d'un Cres. La mise en place d'un partenariat unique, associant la DSDS, les communes (vingt sur trente-quatre), les associations, autour

d'un programme destiné à une population et mis en œuvre avec elle, intègre les fondements de la promotion de la santé.

La résolution des sols contaminés ne peut être traitée par une remédiation classique de transfert de polluants, soit par remplacement des terres affectées (6), soit par implantation de plantes vertes nettoyantes (7) ; la caractéristique chimique de la chlordécone réside dans son immobilisme, contaminant les productions par simple contact avec le légume racine.

La stratégie méthodologique utilisée pour ce programme est hiérarchisée par étapes successives faisant intervenir de façon participative la population. Sur demande du directeur de la DSDS et après invitation du maire de chaque commune intéressée, une équipe Jafa présente le programme en conseil municipal ; ce dernier donne son aval pour une intervention interactive auprès de la population par l'intermédiaire de réunions de quartier. Puis une équipe d'enquêteurs est dépêchée afin d'auditionner les occupants des parcelles potentiellement contaminées sur leur mode alimentaire. Si la consommation de légumes racines issus du potager familial est supérieure à deux fois par semaine, le risque d'exposition à la chlordécone est identifié. Une analyse de sols est alors pratiquée par une série de carottages. Les résultats identifient trois niveaux de contamination : absence ou trace de la molécule (< 3 µg/kg de terre analysée), teneur faible en dessous du seuil toléré par l'Afssa (3-100 µg/kg) et teneur élevée (> 250 µg/kg). Une teneur intermédiaire est actuellement interprétée à titre de précaution comme à risque d'exposition à la chlordécone en attendant de plus amples études explicites et rejoint le troisième niveau de contamination (100-250 µg/kg). Seul ce dernier groupe bénéficie de mesures spécifiques avec une recommandation de limitation de la consommation des légumes racines à deux fois par semaine et l'interdiction de les distribuer en dehors du cercle familial.

Des conseils nutritionnels et de revalorisation de leur terrain seront par la suite prodigués afin d'éviter tout détournement des habitudes alimentaires vers des produits de substitution pouvant

être délétères à la santé. Pour cela, la méthode Combi (*communication for behavioral impact*) développée par l'Organisation mondiale de la santé sera utilisée pour une communication adaptée en vue d'un impact sur les comportements. Une deuxième équipe de conseillers personnalisera l'information en corrélation avec les actions déjà menées sur le territoire dans le champ de la nutrition.

Enquête auprès des populations

Les résultats partiels, début septembre 2009, indiquent le respect de l'échéancier des enquêtes, qui devraient être closes au premier trimestre 2010. 8 326 parcelles ont été visitées. Sur les 4 457 foyers enquêtés à ce jour, 610 ont été identifiés comme potentiellement à risque d'exposition importante et ont bénéficié d'un prélèvement de sol. Notre réflexion se bornera aux 410 résultats disponibles : 53 % des prélèvements sont en dessous de 3 µg/kg, 26 % entre 3 et 100 µg/kg, 10 % entre 100 et 250 µg/kg et 11 % au-dessus de 250 µg/kg. Une démarche volontaire s'adressera, dans un deuxième temps, aux personnes n'appartenant pas au public cible initial mais désireuses de connaître l'éventuel risque qu'elles encourent.

Soutien aux foyers en difficulté

Deux volets complémentaires s'ajoutent aux étapes précédentes. Un soutien sera proposé, dès début 2010, aux familles en difficulté et fortement exposées à la chlordécone, par le biais de jardins ouvriers ou d'épiceries solidaires. Parallèlement, des recherches sont orientées vers l'éventuel impact des modes de préparation culinaire sur la teneur résiduelle en pesticide des légumes préparés et vers l'identification des circuits courts d'échanges des denrées.

L'évaluation finale dépendra de l'ensemble du recueil des enquêtes et se basera sur des indicateurs comme le changement de comportement des familles à risque envers leur consommation de légumes racines issus de leur propre jardin, la revalorisation de leur terrain, le développement et la fréquentation des jardins ouvriers et épicerie solidaire, la perception des messages transmis à la population concernant la problématique, etc.

Programme de santé communautaire ambitieux et destiné à l'ensemble

d'une région, Jafa combine l'innovation et le partenariat unique entre État et associations sur un sujet fédérateur. L'homme au cœur de son environnement est une voie à développer en promotion de la santé, ce que Shakespeare présentait en écrivant : « *Notre corps est notre jardin, et notre volonté en est le jardinier.* »

D^r Didier Chatot-Henry

Président,

Comité régional d'éducation pour la santé (Cres) de Martinique, Fort-de-France.

Josselin Vincent

Ingénieur du génie sanitaire,

Direction de la santé et du développement social (DSDS) Martinique, Fort-de-France.

1. <http://www.afssa.fr/cgi-bin/countdocs.cgi?Documents/RCCP-Ra-Cb1AQR2007.pdf>

► Références bibliographiques

- (1) Tarasuk V.S. *Household food insecurity with hunger is associated with women's food intakes, health and household circumstances*. J. Nutr. 2001; 131(10) : 2670-6.
- (2) Hamelin A.M., Mercier C., Bédard A. *Perception of needs and responses in food security: Divergence between households and stakeholders*. Public Health Nutr. 2008; 11(12): 1389-96.
- (3) Brierley J.S. *Kitchen gardens in the Caribbean, past and present: their role in small-farm development*. Caribbean Geography 1991; 3(1): 15-28.
- (4) Thomasson D.A. *Montserrat kitchen gardens: social functions and development potential*. Caribbean geography 1994; 5(1): 20-31.
- (5) *Plan d'action chlordécone en Martinique et en Guadeloupe 2008-2010*. En ligne : http://www.sante-sports.gouv.fr/actualite-presse/presse-sante/communiques/IMG/pdf/plan_chlordecone_.pdf
- (6) Douay F., Roussel H., Pruvot C., Lorient A., Fourier H. *Assessment of a remediation technique using the replacement of contaminated soils in kitchen gardens nearby a former lead smelter in Northern France*. Science of The Total Environment 2008; 401(1-3): 29-38.
- (7) Adriano D.C., Wenzel W.W., Vangronsveld J., Bolan N.S. *Role of assisted natural remediation in environmental cleanup*. Geoderma 2004 ; 122 (2-4): 121-42.

Approche communautaire pour prévenir la dengue à la Martinique

La prévention de la dengue, maladie transmise à l'homme par le moustique, est une priorité de la Martinique, régulièrement confrontée à des épidémies. Le département met en œuvre un plan d'action pour informer les populations avec une opération « Toussaint » et une journée annuelle de lutte contre le moustique, des formations à la démoustication ainsi que des informations dans les établissements scolaires.

À la Martinique, sur les vingt-deux espèces de moustiques répertoriées à ce jour, seules trois espèces, dont tout particulièrement *Aedes aegypti*¹, posent un réel problème du fait de leur forte anthropophilie et de leur abondance. *Aedes aegypti* est vecteur de dengue, fièvre jaune et chikungunya. Espèce dite domestique parce qu'inféodée à l'homme, ses gîtes larvaires (lieux de développement) sont créés et entretenus par l'homme : vases à fleurs, dessous de pots, gouttières, fosses septiques, récipients de réserve d'eau, déchets de la consommation (coques de noix de coco, vieux pneus, épaves de voitures, boîtes et bouteilles vides, etc.).

En termes de santé humaine, la dengue est depuis plus de quarante ans la seule maladie à transmission vectorielle présente à la Martinique. Prévenir cette arbovirose est une priorité car la Martinique connaît régulièrement des épidémies de dengue, avec des formes graves et des décès : 1997 (plus de 10 000 cas ; 9 décès), 2001 (27 000 cas ; 4 décès), 2005 (14 000 cas ; 4 décès), 2007-2008 (18 000 cas ; 4 décès). Pour faire face à cette maladie, il n'y a actuellement ni vaccin, ni médicament spécifique. Le contrôle du moustique vecteur, *Aedes aegypti*, demeure le seul moyen de prévention.

Structure unique

Le service de démoustication/lutte antivectorielle (entité mixte État/DSDS-conseil général) de la Martinique, instance opérationnelle, poursuit un double objectif : réduire la forte nuisance due aux piqûres de moustiques

et éviter la transmission épidémique des maladies transmises par vecteurs.

Compte tenu du rôle prépondérant de l'homme dans la création et le maintien des lieux de développement des moustiques à la Martinique, la stratégie mise en place est basée sur quatre axes complémentaires : l'information de l'ensemble de la population, le développement d'une approche communautaire, l'assainissement du milieu (au niveau individuel et au niveau collectif), l'utilisation rationnelle des insecticides d'origine chimique et/ou biologique. Jusqu'à une époque récente, le recours aux insecticides était l'axe dominant, d'où les niveaux de résistance élevés observés aussi vis-à-vis des insecticides (1-4).

Participation communautaire en marche

L'origine anthropique des gîtes larvaires rend indispensable l'implication des autres partenaires (notamment les mairies) et les populations pour obtenir des résultats probants et durables. Nous présentons à travers les trois exemples ci-après des actions s'inscrivant dans une dynamique communautaire.

• L'opération Toussaint

Moment très fort dans la culture martiniquaise, la Toussaint est une occasion d'honorer « ses morts », notamment en nettoyant les tombes et en y déposant des vases à fleurs (artificielles ou naturelles), d'où création de gîtes à moustiques.

Cette opération est née du projet pilote de démoustication à Schœlcher

(commune du centre de l'île), en 1998. Le projet vise la mobilisation de tous les partenaires impliqués dans la lutte contre les moustiques : service de démoustication, services du conseil général, services de l'État, services municipaux, associations de quartiers et bien entendu la population. Il s'agit de convaincre les habitants venant fleurir les tombes de remplacer l'eau des vases à fleurs par du sable mouillé. Le sable mouillé empêche le développement des moustiques tout en maintenant les fleurs coupées en parfait état. Ainsi, le gîte larvaire est supprimé tout en respectant le fait culturel. Au fil du temps, l'action a été formalisée entre les différents partenaires (conseil général, État, mairies). Chaque année, en septembre, toutes les mairies et partenaires impliqués passent en revue le cahier des charges qui détermine le rôle de chacun, conviennent des dates de l'opération, des dates des évaluations entomologiques, de la date et du lieu du bilan collectif.

L'évaluation porte sur des indicateurs quantitatifs et qualitatifs (mobilisation des élus et agents municipaux, nombre et appréciation des visiteurs, etc.), sur des indicateurs entomologiques (relevés entomologiques avant et après opération). Après dix années, cette opération est devenue un temps fort puisqu'en 2008 trente-quatre communes, soit la totalité de l'île, y ont participé.

• Les ateliers Démoustication

Initiés en juin 2008, ces ateliers annuels ont pour objectif de renforcer le partenariat entre les différents intervenants institutionnels et opérationnels.

L'édition 2008 a réuni quatre-vingt-trois participants (Élus municipaux, agents municipaux, communautés de communes, agents de la démoustication/lutte antivectorielle).

Ces ateliers, avec travaux en plénière et en groupes, ont permis de formuler les recommandations suivantes :

- mettre en place une formation « Démoustication » destinée aux élus et aux cadres supérieurs municipaux ;
- instituer des relais municipaux démoustication ;
- formaliser un contrat de partenariat sur le thème de la démoustication entre le conseil général, l'État/DSDS et

chaque municipalité ;

- renforcer les campagnes de communication en s'appuyant sur de nouvelles approches méthodologiques ;
- pérenniser l'information dans les établissements scolaires, en partenariat avec l'Éducation nationale ;
- obtenir la désignation de référents (l'un politique, l'autre technique) au niveau de chaque municipalité, etc. Toutes ces recommandations seront prises en compte dans les actions futures et seront régulièrement évaluées.

L'édition de juin 2009 a réuni autant de participants. À ce jour, vingt-deux maires ont désigné des référents, inter-

locuteurs permanents du service de démoustication/lutte antivectorielle pour toutes les actions sur leurs territoires respectifs.

• La Journée de lutte contre le moustique

Instaurée en 2008, cette journée a pour objet, dans le cadre du développement de la participation communautaire, d'attirer l'attention de chacun sur cette problématique, dans une dynamique de prévention, surtout avec le retour des pluies et l'entrée dans la période à risque d'épidémie de dengue.

À l'occasion de cette journée, chaque Martiniquais est invité à accomplir quelques gestes de prévention chez lui ou dans son entourage : changer l'eau de son vase à fleurs, vérifier l'état de sa fosse septique, nettoyer sa gouttière, éliminer tout ce qui est inutile et qui peut retenir de l'eau. Cette journée, instaurée à la demande des principaux partenaires (notamment les services municipaux), a été reconduite en 2009, avec la participation de l'Éducation nationale. En 2008 et 2009, agents municipaux et agents de la démoustication ont organisé des animations dans les écoles primaires, des stands d'exposition-information dans les centres commerciaux, des visites chez l'habitant, etc. Un groupe de travail s'est constitué pour organiser les éditions à venir.

D'autres actions ont été engagées :

- un guide du maître et un livret de l'élève ont été élaborés avec un groupe d'enseignants, puis présentés dans toutes les classes de CE1 de toutes les écoles pendant trois années consécutives. Ces fascicules contiennent les informations essentielles sur la dengue, l'évolution du moustique de l'œuf à l'adulte, l'environnement dans lequel il évolue et sur les gestes quotidiens pour lutter contre sa prolifération. Une évaluation du niveau des connaissances a été faite avant et après l'action auprès d'un échantillon d'élèves : les connaissances sur la dengue et le moustique passent respectivement de 72,5 % et 47,5 % avant l'action à 92,5 % et 65,7 % après l'action ;
- le projet Combi-Dengue, initié récemment sur une commune de l'île, avec l'aide de l'INPES et de l'Organisation mondiale de la santé se poursuit avec l'active participation de la

► Références bibliographiques

(1) Yébakima A. *Recherches sur Aedes aegypti et Culex pipiens en Martinique : écologie larvaire, résistance aux insecticides, application à la lutte*. Thèse de doctorat d'État ès sciences, université Montpellier-II, 1991.

(2) Yébakima A., Raymond M., Marquine R., Pasteur N. *Resistance to organophosphorous insecticides in Culex pipiens quinquefasciatus (Diptera : Culicidae) from Martinique*. J. Med. Entomol. 1995; 32(2): 77-82.

(3) Rosine J. *Résistance d'Aedes aegypti et de Culex pipiens quinquefasciatus aux insecticides organophosphorés, biologiques et aux pyrèthrinoides en Martinique et en Guade-*

loupe. DEA Santé publique et pays en voie de développement, université Paris-VI, 1999.

(4) Corriveau R., Philippon B., Yébakima A. *La dengue dans les départements français d'Amérique : comment optimiser la lutte contre cette maladie*. Montpellier : IRD éditions, collection Expertise collégiale, 2003 : 207 p. + CD-rom.

(5) Raili Suhaili M., Hosein E., Mokhtar Z., Ali N., Palmer K., Marzukhi I. *Applying Communication-for-Behavioural-Impact (Combi) in the prevention and control of dengue in Johor Bahru, Johore, Malaysia*. Dengue Bulletin 2004; 2 : 39-43.

municipalité et des associations de quartiers. Les stratégies classiques d'éducation pour la santé n'ayant pas donné les résultats escomptés, l'approche Combi (*communication for behavioural impact*/communication pour un impact comportemental) est actuellement préconisée pour faire face à de nombreux problèmes de santé pour lesquels la participation des populations est indispensable (5).

Triple enjeu

En conclusion, le contrôle des moustiques à la Martinique constitue un triple enjeu :

- de santé publique, face à la progression de la dengue, aux risques d'introduction d'autres arboviroses telles que le chikungunya, le West Nile, à la possible réapparition du paludisme ou à l'émergence d'autres pathologies transmises par les arthropodes ;
- de développement touristique, donc économique. Les moustiques peuvent constituer un frein à toute activité touristique ;
- de société, car les moustiques agissent sur la qualité de vie des populations.

L'absence de médicament et de vaccin pour lutter contre la dengue, l'apparition des phénomènes de résistance et bien d'autres facteurs incitent à agir en faveur de cette approche communautaire à la Martinique. Laquelle s'inscrit également dans une optique de territorialisation des actions de prévention.

André Yébakima

Entomologiste médical, chef de service,

Renélie Pélagie

Responsable de l'Unité communication sociale,

Clara Desportes

Assistante en communication sociale,

Denis d'Abadie de Lurbe

Chargé de communication sociale,

Service de démoustication/

Lutte antivectorielle conseil général,

Direction de la santé et du développement social, Fort-de-France.

1. Les deux autres espèces sont :

- *Culex quinquefasciatus*, responsable de fortes nuisances. Des études antérieures ont révélé des taux de 250 à 300 piqûres/homme/nuit dans certaines localités de l'île (1). Cette espèce colonise essentiellement de grands gîtes tels les caniveaux mal entretenus, les vides sanitaires, les installations d'assainissement (fosses septiques, digesteurs, stations d'épuration), les zones inondables. On peut aussi la rencontrer dans les mêmes gîtes qu'*Aedes aegypti*.

- *Ochlerotatus taeniorhynchus*, espèce très agressive, localisée aux zones de mangrove (singulièrement dans la partie sud de l'île).

Un diplôme universitaire de promotion de la santé pour la Martinique

La Martinique vient de se doter d'un diplôme universitaire (DU) en promotion de la santé et éducation thérapeutique du patient, sous l'impulsion du comité régional d'éducation pour la santé Martinique et la volonté du centre hospitalier universitaire de Fort-de-France, en associant les facultés de médecine, de lettres et de sciences humaines.

Pour la première année d'exercice (2009-2010) de ce DU, les inscriptions se prennent auprès de l'antenne Martinique de la formation continue de l'université Antilles-Guyane et du Cres. Un tronc commun fournira un langage commun aux professionnels venus d'horizons très divers qui viendront se former, puis chaque étudiant suivra le cursus de l'option qu'il aura choisie (promotion de la santé ou éducation thérapeutique du patient), orientée selon son projet ou lieu d'exercice. Chaque option accueillera vingt étudiants, soit une promotion de quarante étudiants, chaque année, aux profils différents : éducateurs, travailleurs sociaux, infirmières scolaires, chargés de mission auprès des collectivités pour la première, infirmières et médecins pour la seconde. Adapté aux exigences locales, donc pragmatique, ce DU s'effectuera sur une année avec cent vingt heures théoriques et cent quarante heures de stage se concluant par une évaluation écrite et un mémoire avec soutenance orale.

Pourquoi ce DU ? Les départements d'outre-mer, dont la Martinique, ont leurs spécificités qui résultent de leur histoire et de leur configuration géographique. Certains fonctionnements ou préoccupations diffèrent et demandent des approches adaptées, différentes des schémas de la métropole. En outre, les principales notions de la promotion de la santé ne sont pas abordées dans les formations initiales des futurs éducateurs que sont les professionnels de la santé, du social, de l'éducation. Un concours de circonstance a permis

d'enclencher cette réflexion autour de la formation en promotion de la santé en Martinique : d'un côté, la transformation du comité départemental en comité régional d'éducation pour la santé en 2007, avec une nouvelle équipe dirigeante ; de l'autre, le centre hospitalier universitaire de Fort-de-France, qui s'ouvre à la notion de promotion de la santé : ainsi, un audit réalisé en septembre 2008 au sein du CHU a identifié une trentaine de projets en promotion de la santé et en éducation thérapeutique du patient, avec une demande spontanée de plus de quatre-vingts professionnels de développer leurs compétences via un cursus universitaire de type DU. Le besoin des acteurs d'être formés est donc présent et en outre ouvertement désiré par les collectivités et organismes tutélaires.

Ce diplôme permet de former les professionnels mais aussi de créer un espace d'échanges et de débat sur des questions de fond, de motiver ou remotiver les intervenants professionnels mais aussi les bénévoles. Ce cursus est un outil fédérateur pour développer la promotion de la santé en Martinique, décloisonner les intervenants, recenser les ressources et les capacités et, enfin, valoriser les acteurs de terrain.

Didier Chatot-Henry

Président du Cres Martinique,

Animateur du comité prévention-éducation-santé, CHU de Fort-de-France, Martinique.

Martinique : une consultation mémoire pour les aînés

La Martinique sera l'une des régions françaises les plus âgées à l'horizon 2030. Le centre hospitalier du Lamentin s'est doté d'une « consultation mémoire » qui permet le repérage précoce des pathologies type Alzheimer, puis une prise en charge adaptée. Neurologues, gériatres et psychiatres animent notamment des ateliers mémoire et organisent des soutiens psychologiques pour les patients.

Le XXI^e siècle va être marqué par un vieillissement mondial sans précédent. Caractérisé par une augmentation du groupe des plus de 80 ans, ce vieillissement entraîne la croissance de nouvelles pathologies chroniques, physiques et/ou psychiques dont la maladie d'Alzheimer. La Martinique allie le profil mixte d'un pays développé avec une politique sanitaire « riche » et d'une population encore « rurale » proche de ses aînés. Ainsi, la population vieillissante croissante, avec des besoins à définir, sera un défi sociétal dans un territoire en déficit d'accueil institutionnel. Aussi le repérage précoce de tout déclin cognitif, par l'intermédiaire d'une « consultation mémoire » au centre hospitalier du Lamentin, permettra une prise en charge précoce d'une maladie neurodégénérative (type Alzheimer et syndromes apparentés) qui se veut aujourd'hui maladie de la vieillesse, demain incident de la vieillesse ? Tout déclin cognitif ne mène pas à un syndrome démentiel, ainsi, par le biais de la consultation mémoire, nous pouvons également rassurer une population qui présente une plainte mnésique dite « bénigne ».

Dans cet article, nous ne décrivons que l'installation de la consultation mémoire : tout autant, elle repose sur le développement du pôle gériatrique lamentinois, en s'articulant sur les unités déjà existantes, à savoir un court séjour gériatrique, un hébergement long séjour et, depuis peu, une unité mobile gériatrique.

Diagnostic précoce

L'objectif principal du projet intitulé « Concept d'une consultation mémoire

au centre hospitalier du Lamentin » est de diagnostiquer trois cents nouveaux cas de patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans le bassin centre-sud de la Martinique d'ici à trois ans.

Notre mission est triple :

- proposer aux professionnels de santé un partenariat afin de renforcer la formation des médecins libéraux. Le médecin traitant est le premier professionnel de santé à pouvoir détecter les symptômes de la maladie d'Alzheimer et se faire le relais des thérapeutiques débutées. Également, orienter le patient vers une consultation mémoire où une équipe hospitalière pourra confirmer le diagnostic supposé. Ce partenariat a été mis en place depuis juillet 2008 ;
- sensibiliser et former la population martiniquaise aux aspects de la maladie par des interventions grand public dans le monde associatif des personnes âgées mais aussi des plus jeunes, dans les collèges et lycées. L'objectif est de diffuser une connaissance sur la représentation de la maladie d'Alzheimer et aussi inciter la population à développer des comportements adaptés à une situation de crise : l'évolution de la maladie correspond en effet à des troubles psycho-comportementaux (hallucinations, agitation, déambulation, agressivité, etc.) parfois majeurs, déchirant alors un entourage social qui a peu de moyens pour faire face à une situation déstabilisante, voire alarmante. Cette sensibilisation a démarré en octobre 2008 ;
- proposer un accompagnement aux aidants professionnels et familiaux pour éviter l'épuisement et l'arrêt de l'observance thérapeutique, ce qui a été mis en place depuis juillet 2008.

Le diagnostic précoce proposé par cette consultation mémoire permet une prise en charge d'une maladie chronique, d'évolution défavorable ayant un impact sociétal important. Ateliers et stimulation mémoire, groupes de parole et soutien psychologique sont des moyens adaptés. Une assistance sociale est aussi proposée. Cette prise en charge a démarré en juin 2009.

L'annonce du diagnostic – lors d'une consultation à part entière – se pratique d'abord avec le patient, puis avec une personne ressource dite référente. Cette consultation va permettre d'amorcer un processus de soins et d'accompagnement, temps essentiel d'une prise en charge individualisée et personnalisée. Lors des consultations suivantes, on vérifiera que l'information diagnostique ait été retenue. On proposera la mise en place de mesures d'accompagnement telles la désignation d'une personne de confiance, la rédaction d'un mandat de protection future ou de directives anticipées, etc.

Le risque de désociabilisation est possible du fait d'une maladie vécue « avec honte ou culpabilité », d'où l'importance du soutien au patient et aux familles et de l'insertion dans un réseau de prise en charge incluant, entre autres, les diverses associations concernées.

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé, la démence se caractérise par une « altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours, apparue au moins depuis six mois et associée à un trouble d'au moins une

des fonctions suivantes : langage, calcul, jugement, altération de la pensée abstraite, praxie, gnosie, ou modification de la personnalité ». Un enjeu public se dégage de cette définition à laquelle une consultation mémoire ne peut répondre mais tend à cerner des difficultés et à proposer des outils nécessaires à la stabilisation d'une population fragile.

Consultation mémoire : le concept

La consultation mémoire est mise en œuvre depuis juillet 2008 ; elle se veut bien plus qu'un repérage et un lieu diagnostique de la maladie d'Alzheimer, d'où cette notion de « concept de consultation mémoire » ; elle permet aujourd'hui un accompagnement global dans la dignité de nos patients, demain elle enclenchera, nous l'espérons, principalement des mesures préventives pour retarder l'apparition des symptômes liés principalement au vieillissement.

À l'heure actuelle, les objectifs de la consultation mémoire sont :

- d'authentifier un trouble mnésique et diagnostiquer la cause de la plainte mnésique ;
- de prescrire de bilans neuropsychologiques si besoin ;
- si possible d'instaurer un traitement

symptomatique, un suivi et un réajustement thérapeutique selon l'évolution ;

- de proposer une prise en charge non médicamenteuse lors de l'annonce du diagnostic (ateliers mémoire, groupes de parole et suivi psychologique, etc.) ;
- d'éviter les traitements délétères ;
- de mettre en place les aides nécessaires, informer les familles ;
- d'assurer le suivi de l'entourage et de la personne malade avec soutien psychosocial ;
- de prévenir les situations de crise ;
- de s'assurer des relations avec les structures médico-sociales ;
- d'assurer la formation des personnels soignants.

Intervenants pluridisciplinaires

La pluridisciplinarité regroupant neurologues, gériatres et psychiatres fait tout l'intérêt de la discipline car une personne âgée est par elle-même une « entité de polyopathologies » nécessitant différents avis spécialisés. L'expérience acquise au sein des centres mémoire de ressource et de recherche (CMRR) montre en effet que le bilan des troubles cognitifs et leur diagnostic ne sont pas les points les plus problématiques. Les déséquilibres personnels et familiaux souvent intriqués, les manifestations marquées par l'angoisse, les raptus (comportements brusques répondant

à une pulsion) agressifs ou suicidaires constituent, en revanche, les difficultés préoccupantes. Après avoir confirmé en staff multidisciplinaire une maladie d'Alzheimer, où un processus d'accompagnement est proposé, le diagnostic est partagé avec l'ensemble des personnes soignantes « proches » afin d'apporter meilleure compréhension et meilleure qualité de soins.

Se décline aussi l'action des neuropsychologues à travers des besoins définis avec le patient et l'entourage ; leur rôle central permet une réponse à une souffrance et à un morcellement d'un tissu social finissant le plus souvent par une institutionnalisation des patients.

Objectifs de la consultation

L'association Neugeron, créée par des professionnels de santé, soutenue par le groupement régional de santé publique et le conseil général, développe des objectifs stratégiques qui permettent ensuite l'extension du projet.

1. Améliorer la prise en charge initiale

Diagnostiquer des patients atteints de maladie d'Alzheimer de façon précoce sous-tend naturellement un repérage par le médecin traitant et les aidants, ce qui permet de retarder l'apparition de la perte d'autonomie. Près de 80 % des patients atteints vivent à domicile entourés de soignants informels. La prescription du traitement médicamenteux bien codifiée dès la phase inaugurale permet une stabilisation du processus dégénératif et un ralentissement de l'échéance terminale. L'accès à ces données doit être simplifié pour les médecins traitants, relais, entre autres, de nos prescriptions.

2. Les aidants

La société martiniquaise est encore régie par une entraide de proximité. Ces réseaux de vie ont une empreinte très marquée dans les zones rurales, où la genèse des quartiers, ou mornes, est liée à la fréquentation quasi séculaire de ces lieux par l'implantation de quelques familles. Ce tissu social est un levier important pour le maintien à domicile puisque les structures d'accueil de personnes dépendantes sont insuffisantes sur le territoire. La spécificité de cet objectif stratégique se base sur la consolidation des relations sociales de la personne diagnostiquée.

3. Mesures préventives

Nous listerons ici simplement quelques idées de prévention : favoriser une bonne hygiène de vie et le bien-être (alimentation, sédentarité), l'engagement social, les facteurs socio-environnementaux qui peuvent être le terrain d'expression de la maladie : le faible niveau de scolarité acquis, la pauvreté, l'intrication des polyopathologies.

La prévention d'autonomie repose aussi sur les mesures sociales à mettre en œuvre par rapport à des capacités du patient et des capacités d'aide de l'entourage : à domicile, il s'agit de solliciter le bénéfice de l'aide personnalisée à l'autonomie (Apa) pour mettre en place les aides utiles (portage des repas, téléalarme, aménagement du logement, etc.). Différentes structures d'aide peuvent être proposées (accueil de jour, hébergement temporaire, services de soins infirmiers à domicile, hôpital de jour, réseau de soins gérontologiques, etc.). Les centres locaux d'information et de coordination (Clic) peuvent apporter leur concours : deux sont implantés, à Fort-de-France et au Lorrain. En matière de coordination, un réseau gérontologique a été créé en juillet 2001, à l'initiative de l'agence régionale de l'hospitalisation (Sross II).

4. Sécuriser l'environnement

Pour atteindre cet objectif, les relais sociosanitaires (associations, ergothérapeutes, etc.) et les aidants seront sollicités pour l'aménagement et la sécurisation du domicile de la personne âgée fragilisée et diagnostiquée précocement. Les accidents de la vie courante sont la troisième cause de décès, en France, avec selon l'estimation de l'Assurance maladie (enquête Cnamts, 2000) dix-huit mille décès annuels. Les personnes âgées sont les principales victimes et l'agent causal principal est la chute, avec dix mille décès annuels au niveau national. Ce risque augmente avec la perte progressive de l'autonomie. Très peu de mesures préventives sont développées en Martinique concernant les accidents de la vie courante.

Dispositif mis en œuvre

L'arborescence de la stratégie opérationnelle dépend de plusieurs facteurs : sociologique, démographique, économique et environnemental. Le caractère insulaire de la Martinique avec l'identification précise des per-

sonnes ressources, de la population cible, des facteurs économiques permet de développer un programme original adapté.

• Campagne d'information

Interpeller la population sur la problématique de la maladie d'Alzheimer revêt plusieurs aspects : le renforcement, voire l'acquisition de connaissances ou la modification de certaines notions comme des représentations erronées ou des croyances « ancrées » permettent l'adoption de comportements adaptés. L'objectif de la campagne est d'informer la population martiniquaise (en identifiant des symptômes « annonciateurs ») afin de poser un diagnostic précoce et proposer alors une prise en charge psychosociale complète. Cette campagne d'information est en cours depuis la mi-2008. La campagne d'information est basée sur plusieurs volets synergiques :

- posters et flyers mis à la disposition de la population cible et de l'entourage. Le message simple, établi en créole, amène nos aînés à se reconnaître en dédramatisant la situation : « *Mwen Koumance ped tet mwen* » ou « *Je commence à perdre la tête* » ;
- médiatisation et, au sein des quartiers, rencontres-débats de sensibilisation permettant d'aborder la thématique globale ;

– ateliers animés dans les établissements scolaires par l'ébauche d'un projet annexe d'intergénération Arpoviedige (Amélioration de la Représentation POSitive de la Vieillesse par le Développement de l'Inter-GENération).

• La formation

L'objectif opérationnel se place dans une dynamique de formation aux pathologies comportementales de la personne âgée et aux outils de repérage. Plusieurs actions sont prévues : diffusion d'une lettre gériatrique au sein de l'hôpital et aux médecins libéraux qui reprendra les grands principes de gériatrie ; enseignements post-universitaires avec des spécialistes médicaux ou socio-sanitaires ; stages hospitaliers de médecins, entrant dans le cadre de la formation continue ; conférences auprès d'acteurs de terrain (auxiliaires de vie, membres des « portages des repas » à domicile, etc.). Ces initiatives de formation ont démarré en mai 2009.

• Suivi du patient

L'atelier mémoire est un moment d'échange stimulant pour maintenir et entraîner progressivement les fonctions cognitives, intellectuelles et sensorielles des participants. Il se construit autour de discussions et d'évocations mêlant les connaissances générales et

Le vieillissement de la population s'accroît

En 2005, la densité de la population en Martinique était de 350 habitants/km², soit trois fois plus que la moyenne métropolitaine, avec trois caractéristiques principales : une forte densité de population, une transition démographique rapide et un vieillissement de plus en plus marqué.

Au vingt-troisième rang des régions françaises en termes de vieillissement en 1999, la croissance démographique en Martinique restera relativement modérée avec des projections de population oscillant de 400 000 à 460 000 habitants à l'horizon 2030. Par contre, le vieillissement de la population va s'accroître, puisqu'il devrait y avoir 107 631 personnes de 60 ans et plus en 2020 et 146 427 en 2030. Quel que soit le scénario (modèle Omphale), la Martinique se placera au cinquième rang des régions les plus âgées en 2030 et est également le département d'outre-mer le plus âgé comparativement aux autres.

Le changement dans la structure d'âge de la population, amorcé depuis les années 1970, s'accroît : la proportion des moins de 20 ans continue de diminuer contrairement à celle des 60 ans et plus. Il est possible d'estimer le nombre de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer en appliquant à la population de Martinique le taux de prévalence et d'incidence par tranches d'âge, obtenu grâce à une étude européenne. Ainsi en 2003, selon ces projections, trois mille personnes étaient atteintes de la maladie d'Alzheimer en Martinique.

Source : estimation du nombre de cas de démences et de la maladie d'Alzheimer après 65 ans selon l'âge et le sexe en Martinique (1999). Étude coopérative européenne Insee. L'incidence estimée, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas survenant chaque année, est d'environ cinq cent trente cas.

le vécu de chacun, et des séries d'exercices ludiques.

Patients et aidants doivent être accompagnés, soutenus tout au long de la pathologie et informés des possibilités d'émettre des choix pour leur prise en charge, que ce soit de leur propre initiative, quand c'est encore possible, ou par un proche désigné. En Martinique, il existe une seule structure proposant des activités de soutien aux aidants (association Alzheimer Martinique, « AL.MA », créée en 1994) dont la mission première est de venir en aide aux familles pour le bien-être des malades.

Prise de conscience

Le concept d'une consultation mémoire est global et multidisciplinaire en décrivant ces états psycho-comportementaux lors des entretiens, en informant la famille et les médecins de ville par une communication adaptée et ciblée, en soulageant par des groupes de parole, en accompagnant les patients par des ateliers mémoire et des soutiens psychologiques. L'aphorisme « *le sujet abandonne, s'abandonne, est abandonné* » implique une prise de conscience de l'ensemble d'une communauté pour promouvoir le bien-être aussi bien dans les institutions qu'au domicile des patients.

En corollaire à la mise en place de ce concept de consultation mémoire, l'association Neugeron développe le projet intergénérationnel Arpoviedige, qui essaiera d'augmenter le lien entre générations afin de lutter contre l'isolement des personnes âgées, de sensibiliser la population au processus de vieillissement et d'en prévenir les conséquences, tout en développant le maintien à domicile. Cela fait l'objet d'un autre dossier mais directement lié à ce projet qui n'est qu'amélioration d'une image globale de la vieillesse et de son bien-être. Demain, nous serons tous vieux... Et quelle image aurons-nous laissée à nos « plus jeunes » ?

Carolle Chatot-Henry

Gériatre, Pôle gérontologie et gériatrie,
Lamentin, présidente de l'association
Neugeron.

Claudia Leuly-Joncart

Neuropsychologue,

Sandrine Ivrisse

Neuropsychologue.

CHU de Fort-de-France : un programme de prévention des brûlures

Le centre des brûlés au CHU de Fort-de-France a mis en place, depuis 2002, un programme de prévention des brûlures centré sur les enfants. Une enquête épidémiologique a dressé un état des lieux, puis la population et les décideurs et professionnels ont été sensibilisés à ce risque. L'évaluation de ce programme suggère qu'il a été efficace, le nombre de patients traités pour brûlure ayant diminué de 34 % depuis quatre ans.

La brûlure est une pathologie singulière, pouvant survenir en dehors de tout terrain particulier ou de toute autre comorbidité. Sa prise en charge est souvent longue et coûteuse. Elle touche à l'intégrité même de la personne, à son apparence physique et entraîne de lourdes répercussions sur le plan psychologique, et peut se révéler être, parfois même, source de handicap. Le théâtre de ce drame survient très majoritairement au domicile de façon non intentionnelle, lieu où les actions en éducation pour la santé sont en augmentation. Toutes les classes de la population, quel que soit leur âge, sont concernées mais le très jeune enfant est la victime cible. Les conséquences humaines, sociales, familiales, sanitaires et économiques sont importantes et inégales selon les pays. La prévention des brûlures est donc un enjeu de santé publique qui se heurte à plusieurs obstacles. La multiplicité des causes et la rapidité de l'accident, le caractère privatif du lieu de survenue, l'absence de reconnaissance de priorité au sein des plans régionaux de santé publique, le faible nombre de soignants et d'associations œuvrant dans le champ.

Profitant du site géographique insulaire exceptionnel qu'offre la Martinique en termes de projet en santé publique, le centre des brûlés de Fort-

de-France (seule structure spécialisée du département) et l'Association de brûlologie des Caraïbes ont mis en place, pendant neuf ans, une réflexion autour de la problématique, avec l'instauration d'un véritable programme de prévention primaire active de six ans, de janvier 2002 à décembre 2007.

Enquête, programme, évaluation

Pour ce faire, une méthodologie rigoureuse a été adoptée, en trois temps successifs, afin de garantir la meilleure efficacité possible :

- Phase 1 : « Enquête épidémiologique rétrospective en vue d'une campagne de prévention, à propos de 1 591¹ cas de brûlure en Martinique » (1). Cette étape avait pour objet d'identifier les caractéristiques de la brûlure dans le département et dresser un profil exploitable statistiquement. Cet état des lieux était rendu nécessaire avant toute intervention, afin de tenir compte des spécificités ayant trait à la Martinique (habitudes comportementales, habitat spécifique, développement socio-économique et immobilier important) en vue d'établir un programme de prévention adapté. Cette phase a permis d'identifier la cible à privilégier pour le programme de prévention et d'élaborer des indicateurs de suivi.

- Phase 2 : « Mise en place d'un programme de prévention primaire active de la brûlure en Martinique » (2). Elle a permis de réaliser le programme de prévention. À partir de l'étude épidémiologique rétrospective, il a été décidé de cibler les enfants et de focaliser sur la prévention des brûlures liées à l'eau : un tiers des brûlés étaient des enfants de moins de 10 ans, dont la moitié ont été ébouillantés. L'objectif général était de diminuer l'incidence de la brûlure à la Martinique en tenant compte des biais de recrutement dû à la montée en charge progressive du service nouvellement ouvert au début de l'enquête inaugurale, à l'accroissement de la qualité de la filière de soins développée pendant la première décennie de son existence, à l'incitation des professionnels de santé et du public de se rendre au centre des brûlés à partir de la médiatisation de l'action préventive. Les objectifs opérationnels étaient de sensibiliser la population aux risques de la brûlure, d'améliorer la sécurité du domicile, d'enseigner les gestes d'urgence à faire en cas de brûlure, de sensibiliser les tutelles et les élus politiques à une réflexion législative plus rigoureuse dans la sécurisation du domaine privatif.

- Phase 3 : « Évaluation finale d'un programme de prévention primaire active

de la brûlure en Martinique » (3). Au terme des six ans de prévention, une deuxième enquête épidémiologique, d'une durée de un an, a analysé la pertinence de la réflexion globale.

Le dispositif de prévention déployé dans ce programme s'appuie sur la synergie d'actions issues de communication, d'éducation pour la santé coordonnées par une motivation sans faille des promoteurs du projet. Les coordonnateurs du projet ont accordé une importance particulière à la mise en œuvre d'actions de proximité où les relations avec le public devaient être privilégiées de visu.

Sensibiliser la population

Les axes retenus sur lesquels s'est appuyé ce programme de prévention étaient (4) :

- un slogan : « *Manman, Papa, pwen gad ! D'lo cho ka brûlé !* » et sa traduction française « *Maman, Papa, faites attention ! L'eau chaude brûle !* » ;
- divers supports de communication : radio, télévision et presse locales, affiches, distribution de plaquettes informatives, réalisation d'un site Internet : www.abcbururecaraibe.net ;
- plusieurs modalités d'intervention : – intervention sur site (congrès, écoles, centres commerciaux, réunions de quar-

tier, etc.) ayant permis une information personnalisée auprès de 18 000 élèves ; – formation de formateurs (essentiellement des professionnels socio-sanitaires) afin de pouvoir relayer le message au plus grand nombre de la population, et dans de bonnes conditions de reproductibilité. Une lettre trimestrielle baptisée « L'ABC de la brûlure », référencée à la Bibliothèque nationale, diffusée nominativement et gratuitement à 4 500 exemplaires fut le support privilégié ;

- une durée de campagne suffisante, fixée à six ans ;
- un contexte local favorable : un bassin de population stable (insularité), un accès à l'information facile et démocratique, un seul et unique centre de prise en charge spécialisée (centralisateur), une démarche novatrice (aucun programme antérieur de ce genre pour cette population, ni même de cadre législatif) ;

- une évaluation scientifique des résultats obtenus. Celle-ci fut menée à plusieurs niveaux, en raison de la multiplicité des modes d'intervention et des publics concernés², associée à un recueil de données visant à évaluer les répercussions financières d'un tel programme, afin de répondre aux différents objectifs préalablement cités. Les principaux critères étudiés étaient le nombre annuel de victimes suivies dans l'unité des brûlés, leur répartition dans les tranches d'âge et saisonnière, leur orientation après la première consultation (secteur hospitalier ou soins en externe), la gravité des lésions (profondeur, superficie, indices spécifiques de gravité), le type de l'agent causal et le lieu de la brûlure, le profil socio-économique, l'habitat et l'équipement sécuritaire du logement, la pratique du geste d'urgence, la connaissance du programme de prévention au sein des patients et de l'échantillon représentatif de la population, l'impact sur les pratiques professionnelles, la perception du message auprès du public et le vecteur d'information préférentiel (radio, télévision, presse écrite, etc.).

Des « bons gestes » mieux mémorisés

À l'heure du bilan, plusieurs constatations sont faites alors qu'aucun changement d'organisation sanitaire, de politique de santé, de cadre législatif ou de tout autre phénomène socio-écono-

mique marquant ne soit intervenu pendant la période d'application du programme préventif.

Après un pic attendu du nombre de petits brûlés dû à un meilleur recrutement par la médiatisation de la filière (victimes qui étaient soignées auparavant en libéral ou à domicile) en 2003, le nombre de patients traités dans le centre spécialisé a été en constante baisse : -34 % les quatre dernières années du programme. La tranche d'âge des moins de 10 ans, population cible du projet, est particulièrement concernée – ne représentant plus qu'un quart des victimes contre un tiers avant la prévention – ainsi que celle des 30-40 ans. Les indices de gravité des lésions ont aussi été impactés avec une réduction de la surface corporelle atteinte et de la profondeur, une hospitalisation moins fréquente même pour les moins de 10 ans. La connaissance du message préventif s'est améliorée durant la période d'étude chez les victimes mais l'était aussi chez les médecins libéraux (83 % des médecins étaient tenus informés du programme) et l'échantillon de la population (65 %). Le bon geste à adopter en urgence était maîtrisé chez une majorité de consultants (62 %). Par contre, la nature de l'agent causal n'a pas changé et l'équipement de sécurité au domicile est toujours très anecdotique.

Ces principaux résultats supposent qu'il y a un lien entre le dispositif préventif mis en place sur une durée de six ans et l'atteinte même partielle des objectifs général et opérationnel (l'agent causal cible, à savoir l'eau, n'a pas été réduit) car aucun événement n'est venu interférer avec le projet malgré une population en croissance démographique. La certitude aurait été obtenue si nous avions eu une population témoin dans une autre région identique sur le plan environnemental, culturel et sanitaire. La Guadeloupe aurait pu jouer ce rôle. Néanmoins, la méthodologie de cette prévention primaire active peut être transposable dans le champ de la brûlure et dans certains cas d'accidents de la vie courante (risques connus et prévisibles) si les conditions d'une population limitée, d'un état socio-sanitaire élevé, d'un dispositif cohérent et planifié dès le départ, d'une durée d'action suffisante, d'un projet légitimé par l'implication des professionnels en charge du champ intéressé,

d'un investissement sans faille des coordonnateurs sont réunis (5, 6).

Le défi actuellement est la recherche de fonds financiers durables avec la création de relais à cette action car la thématique de la brûlure appartient au groupe des disciplines orphelines en santé publique.

D^r Didier Chatot-Henry

Responsable de l'unité des brûlés du CHU de Fort-de-France,

Président de l'Association de brûlologie des Caraïbes, Martinique.

D^r Julien Pourcel

Auteur d'une thèse en médecine sur la prévention des brûlures, juin 2009, Fort-de-France.

D^r André Marie-Nelly

Anesthésiste-réanimateur, CHU de Fort-de-France, Association de brûlologie des Caraïbes.

1. Nombre de brûlés traités dans l'unité des brûlés du CHU de Fort-de-France, unique service spécialisé de l'île, de 1994 à 1999.

2. Réalisation de deux enquêtes prospectives, d'une durée de un an chacune, de juin 2004 à mai 2005 et de janvier à décembre 2007, incluant l'ensemble des brûlés traités par le centre des brûlés du CHU, une enquête téléphonique d'opinion de type posttest auprès d'un échantillon de deux cent cinquante individus représentatif de la population du département, une enquête auprès des médecins généralistes libéraux du territoire.

► Références bibliographiques

- (1) Corvo C. *Enquête épidémiologique rétrospective en vue d'une campagne de prévention, à propos de 1 591 cas de brûlure en Martinique. [Thèse de médecine].* Toulouse : université Paul-Sabatier, 2001.
- (2) Flory D. *Mise en place d'un programme de prévention primaire active de la brûlure en Martinique. [Thèse de médecine].* Toulouse : université Paul-Sabatier, 2002.
- (3) Pourcel J. *Évaluation finale d'un programme de prévention primaire active de la brûlure en Martinique. [Thèse de médecine].* Faculté de médecine Hyacinthe-Bastarud des Antilles et de la Guyane, 2009.
- (4) Chatot-Henry D., Marie-Nelly A., Valentino R., et al. *Programme de prévention primaire active développé à la Martinique. Brûlures 2002 ; 3(3) :123-7.*
- (5) Latarjet J. *The 2000 Everett Idris Evans memorial lecture. Burn prevention: A long way. J. Burn. Care Rehabil. nov-déc 2000; 21(6): 484-9.*
- (6) Stockhausen A.L., Katcher M.L. *Burn injury products in the home: prevention and counseling. WMJ 2001; 100(6) : 39-44.*

• COMMUNIQUÉ •

Education Santé

sommaire

n°248 septembre 2009

Initiatives

Pour un renforcement de la promotion de la santé en Communauté française L'Entr'Aide des Marolles met les femmes en projet

Carole Feulien

Un nouvel outil de prévention contre les IST en milieu carcéral

Marielle Houbiers

Tranche de pain ou tranche de vie

Christian De Bock

Stratégie

Quelques exemples de politiques de santé publique mises en place en Europe et au Québec

Dominique Doumont, Marie-France Libion et Karine Verstraeten

Locale

La Plate-forme intersectorielle du sud de l'Entre-Sambre-et-Meuse

Dominique-Paule Decoster et Philippe Mouyart

Données

La renaissance des statistiques de naissances et de décès pour la Communauté française

propos de Jacques Henkinbrant recueillis par Gilles C. Jourdan

Brèves

Education Santé est un mensuel, réalisé par le service Infor Santé – Mutualité chrétienne, avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro : education.sante@mc.be. La revue papier est diffusée par abonnement (gratuit) uniquement en Belgique.

Pour consulter les articles parus dans la revue depuis 2001 et/ou télécharger la revue en pdf : <http://www.educationsante.be>

Substances psycho-actives : les particularités de la Martinique

La consommation de substances psycho-actives est contrastée en Martinique : si le tabac est peu consommé, ce qui entraîne une sous-mortalité pour les cancers et maladies coronariennes par rapport aux autres régions françaises, l'alcool et le crack voient leur consommation progresser et la consommation excessive d'alcool chez les hommes reste une préoccupation majeure. Un plan de prévention doit être mis en œuvre pour renforcer les actions des professionnels et des associations.

La consommation de substances psycho-actives en Martinique présente quelques particularités par rapport à celle des autres régions de France. L'usage d'alcool est relativement répandu, bien que le rhum produit localement ne soit pas la boisson la plus consommée ; la consommation de tabac est l'une des plus basses. L'usage de produits interdits par la loi se caractérise par un recours préférentiel au cannabis et au crack alors que les opiacés ou les drogues de synthèse sont peu utilisés.

Pour connaître les consommations de la population martiniquaise, il existe plusieurs sources de données :

- les enquêtes menées en milieu scolaire par le rectorat et l'Observatoire de la santé de la Martinique (OSM), tous les trois ans, qui permettent de connaître les consommations des jeunes scolarisés ;
- l'enquête Escapad, coordonnée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), qui explore, tous les deux ans, les consommations des jeunes de 17-18 ans qui participent à la journée d'appel et de préparation à la défense ;
- les données qualitatives ou quantitatives recueillies dans le cadre d'enquêtes ponctuelles menées par l'OSM et le Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances (Cirdd) de la Martinique.

Quels sont les principaux résultats issus de ces sources de données ?

Chez les jeunes

En milieu scolaire, on observe une augmentation des consommations avec l'âge, et des usages plus fréquents chez

les garçons que chez les filles, sauf pour le tabac. L'alcool devance très largement les autres produits, que ce soit en termes d'expérimentation ou d'usage régulier. Le cannabis, très souvent associé à l'alcool, est le produit illicite le plus souvent utilisé. L'expérimentation des autres produits interdits par la loi est rarissime. Comparativement aux niveaux de consommation mesurés au niveau national par l'enquête Espad (1), on constate toujours les mêmes différences – en 2007 que lors des précédentes éditions – entre la Martinique et l'Hexagone, à savoir des niveaux de consommation plus bas notamment pour le tabac et le cannabis. À 16 ans, dans l'Hexagone, 18 % des garçons et 16 % des filles fument régulièrement du tabac contre 2 % des garçons et 4 % des filles du même âge en Martinique. De même, pour le cannabis, l'expérimentation est moins fréquente en Martinique, surtout chez les filles (13 % contre 27 % au niveau national), ainsi que l'usage régulier (1 % des garçons et 0 % des filles de 16 ans en Martinique contre 5 % et 2 % dans l'hexagone). Grâce à sa répétition à intervalles réguliers, l'enquête Etad mesure l'évolution des consommations et permet d'adapter les programmes de prévention mis en place à destination des jeunes scolarisés en Martinique.

Ces résultats sont confirmés par les données de l'enquête Escapad (2) qui ne concerne que des jeunes de 17-18 ans, scolarisés ou non. Les usages de produits psycho-actifs sont relativement comparables entre les trois départements français d'Amérique et sont inférieurs à ceux observés en France hexa-

gonale sauf pour les médicaments psychotropes. Les produits interdits par la loi autres que le cannabis sont aussi plus rarement expérimentés que dans l'Hexagone, avec des niveaux inférieurs à 1 % en Martinique comme en Guadeloupe et en Guyane. Seule exception, les produits à inhaler (colles et solvants), dont l'expérimentation est un peu plus fréquente (de 3 à 4 %).

Chez les adultes

Chez les adultes également, l'alcool est la substance psycho-active la plus utilisée avec une nette différence selon le sexe. Sur un plan clinique, on constate que la consommation excessive d'alcool entraîne plus fréquemment des complications neuro-psychiques alors que les complications digestives et notamment les cirrhoses du foie sont moins marquées qu'au niveau national. En termes de dépendance, une enquête réalisée, en 2000, dans toutes les régions de France¹ a montré que la proportion d'hommes présentant une dépendance à l'alcool place la Martinique au troisième rang des régions les plus touchées, après le Nord-Pas-de-Calais et la Réunion (3).

La consommation de tabac est peu répandue, ce qui explique que la Martinique présente, par rapport aux autres régions, une nette sous-mortalité pour les pathologies liées au tabagisme (cancers, maladies coronariennes). On constate également des taux d'incidence du cancer du poumon moins élevés que ceux des autres régions françaises ou des pays industrialisés. D'après une enquête réalisée en 2003 en population générale auprès d'un

échantillon de près de 1 500 personnes âgées de 16 ans et plus (enquête Escal), en Martinique, la grande majorité des personnes ne fument pas (87 % de non-fumeurs) alors que 10 % fument régulièrement et 3 % fument occasionnellement (4). Les hommes fument plus que les femmes, et c'est dans la tranche d'âge des 25-34 ans que les fumeurs sont les plus nombreux. En population générale, le cannabis est le produit interdit par la loi le plus souvent consommé même si, comme chez les jeunes, les niveaux d'utilisation sont plus bas que ceux mesurés en France hexagonale.

En Martinique, les seules données quantitatives en population générale proviennent de deux enquêtes réalisées en 2000 (enquête santé mentale en population générale) et 2003 (sondage Ipsos Antilles/OSM). Ces deux enquêtes montrent que 4 % des personnes interrogées déclarent avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois (5). En ce qui concerne l'expérimentation, 13 % des Martiniquais déclarent avoir consommé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie. Ce pourcentage varie significativement en fonction du sexe et de l'âge, puisqu'il y a 20 % d'expérimentateurs chez les hommes et 6 % chez les femmes, et 20 % chez les 15-34 ans contre 12 % chez les 35-59 ans. Ces résultats placent la Martinique nettement en deçà des consommations mesurées au niveau national (6).

Le deuxième produit interdit par la loi le plus consommé en Martinique est le crack (forme fumable de la cocaïne), apparu au milieu des années 1980 et dont le nombre d'utilisateurs a rapidement augmenté, même s'il se situe à un niveau nettement inférieur à celui du cannabis. Une enquête menée par l'OSM et l'OFDT avec le concours des partenaires sanitaires et répressifs a permis pour la première fois d'établir le nombre d'usagers problématiques de drogues. D'après l'enquête Nemo, le nombre d'usagers problématiques de drogues en Martinique est estimé à environ deux mille personnes avec la particularité que presque tous sont des consommateurs de crack (7). La prévalence dans la population totale est de 5 pour 1 000 habitants mais s'élève à 1 % dans la tranche d'âge des 15-44 ans. Par comparaison avec les six agglomé-

rations de l'Hexagone ayant également participé à l'enquête Nemo, la Martinique se situe parmi les sites où la prévalence de l'usage problématique de drogues est le plus basse (7,7 pour 1 000 personnes de 15 à 64 ans contre 7,6 à Rennes mais 10,8 à Metz et à Lille). Cette enquête confirme également des informations provenant des constatations de terrain : les hommes sont majoritaires (86 %), l'âge moyen est assez élevé (36,2 ans), la situation sociale est souvent difficile puisque un usager sur trois est sans domicile fixe et 11 % ne bénéficient pas d'un logement stable.

Crack : une addiction foudroyante

La consommation de crack s'observe principalement aux Antilles-Guyane et en région Ile-de-France. Ce constat a abouti à la nécessité d'élaborer un volet « crack Antilles-Guyane » dans le plan de lutte contre les drogues et les dépendances de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt). Afin d'améliorer les connaissances, il a été décidé de réaliser une enquête explorant à la fois les connaissances et représentations de la population mais aussi les caractéristiques des usagers et leurs trajectoires

ainsi que le dispositif de prise en charge. Cette enquête a également été mise en place en Guadeloupe. Came (Crack A la Martinique : État des lieux) s'appuie sur un sondage en population générale afin de mesurer les représentations, une enquête auprès d'un échantillon de deux cents usagers de crack et une description des structures existantes (8).

Quelques résultats à retenir de l'enquête auprès des usagers de crack :

- une majorité d'hommes (86 %) ;
- une moyenne d'âge élevée (40,8 ans) avec des extrêmes allant de 19 à 67 ans ;
- une scolarisation n'ayant pas dépassé le collège pour 62 % d'entre eux ;
- une situation socioprofessionnelle souvent instable ou précaire (activité intermittente, petits boulots, pas d'activité, etc.) ;
- une première consommation de crack en moyenne à 24 ans ;
- une initiation qui s'est faite le plus souvent par l'intermédiaire d'un ami (55 % des cas) ;
- une initiation le plus souvent « volontaire », 40 % disent avoir fumé la première fois par curiosité ;
- une consommation devenue rapidement régulière (dès la première prise pour 36 % d'entre eux et moins d'un

mois après pour près de la moitié) ;

- une association fréquente avec le cannabis alors que les autres produits interdits par la loi sont ou ont été très peu consommés ;
- un très faible recours à l'injection (seuls 11 % ont déjà expérimenté ce mode d'administration) ;
- un usage de tabac ou d'alcool plus élevé qu'en population générale ;
- une forte comorbidité (21,5 % ont déjà été hospitalisés pour des problèmes psychiques) ;
- assez peu d'infections par le VIH (six cas de dépistage positif) ou l'hépatite C (deux cas) ;
- un suivi médical insuffisant (41 % ont un médecin qui les suit régulièrement) ;
- un recours aux structures spécialisées peu fréquent ;
- des réticences à fréquenter les structures d'aide pour un quart des personnes interrogées ;
- un recours aux structures caritatives pour manger ou se vêtir, régulièrement ou occasionnellement, pour un peu plus d'un usager sur trois.

L'enquête Came a donc confirmé la situation souvent précaire des usagers (situation professionnelle instable, loge-

ment provisoire ou inexistant). De plus, le contexte économique et social de la Martinique ne favorise pas leur insertion professionnelle ni les solutions pour le logement. Ce sont d'ailleurs les deux domaines où les usagers souhaitent le plus des aides pour favoriser leur réinsertion. Les résultats montrent aussi la nécessité d'améliorer la prise en charge en impliquant l'ensemble des acteurs : les usagers eux-mêmes, les structures de prise en charge et la population martiniquaise.

En conclusion, il faut retenir que l'usage des substances psycho-actives présente quelques particularités en Martinique. La situation est différente de ce que l'on peut observer dans l'Hexagone alors qu'il existe de grandes similitudes avec les pays environnants de la Caraïbe. L'arrivée du crack, au milieu des années 1980, a modifié le paysage de la toxicomanie et a eu un impact notable sur la société martiniquaise avec la montée du phénomène de l'erance. Si le cannabis et le crack sont les produits interdits par la loi les plus consommés, il ne faut pas oublier qu'ils sont souvent associés à l'alcool. La prévention de l'usage des substances

psycho-actives (alcool-cannabis-crack principalement) fait partie des priorités de santé de la Martinique et bénéficie de ce fait d'une attention particulière dans la politique de santé publique qui est menée dans la région (*voir encadré ci-dessous*).

D^r Sylvie Merle

Directrice, Observatoire de la santé et Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances de la Martinique, Fort-de-France.

Un plan de prévention pour faire face à une situation préoccupante

L'analyse de l'évolution de la consommation des substances psycho-actives dans la population de la Martinique, notamment par les enquêtes menées en direction des jeunes, fait apparaître un double constat :

- une certaine stabilisation (voire une légère décroissance) de la consommation de tabac et de cannabis ;
- une poursuite de l'augmentation de la consommation d'alcool et de crack associée à une diminution de l'âge de la première expérimentation.

On peut en conclure que les actions de prévention menées ces dernières années ont eu un certain impact mais que la situation reste cependant préoccupante.

De nombreux acteurs de prévention interviennent sur le terrain dans des actions financées quasi exclusivement dans le cadre du plan régional de santé publique : Comité martiniquais de prévention de l'alcoolisme (CMPA), Association départementale de santé mentale (ADSM), Alcool Assistance, l'association Aceate, service de santé scolaire, aide au logement social, certains centres communaux d'action sociale (CCAS). Au stade actuel, il serait souhaitable que toutes ces actions s'inscrivent dans un plan de prévention qui serait le résultat des réflexions de l'ensemble des décideurs (collectivités locales et services de l'État), à l'image de ce qui se fait à la Réunion et que ce plan soit décliné sur le terrain en actions coordonnées par des intervenants formés également à l'évaluation.

En conclusion, engagement des décideurs, planification et coordination de la prévention, formation des intervenants et évaluation des actions sont les maîtres mots des années à venir.

D^r René Fardin

Coordonnateur médical, Réseau addictions Martinique (GIP-RAM), Fort-de-France.

► Références bibliographiques

- (1) Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Hassler C., Choquet M. *Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. Évolutions, usages récents, accessibilité et modes de vie. Premiers résultats du volet français de l'enquête Espad 2007. Tendances 2009 ; n° 64 : 6 p.*
- (2) Legleye S., Beck F., Spilka S., Le Nézet O. *Drogues à l'adolescence en 2005 – Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France. Résultats de la cinquième enquête nationale Escapad. Rapport OFDT, 2007 : 77 p.*
- (3) Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. *Consommation d'alcool. In : Les addictions dans les régions de France. Rapport Fnors, septembre 2007 : p. 28.*
- (4) Cellule interrégionale d'épidémiologie Antilles-Guyane, Observatoire de la santé de la Martinique. *Escal Martinique : premiers résultats. Décembre 2004 : 4 p.*
- (5) Merle S., Pierre-Louis K., Chatenay S. *Consommations de cannabis en Martinique et en France métropolitaine. Le Courrier des addictions 2005 ; numéro spécial 7 (1) : 6-8.*
- (6) Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.). *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 593 p.*
- (7) Merle S., Rhinan S., Vaissade L. *Estimation locale de la prévalence de l'usage problématique de drogues : l'enquête Nemo. OSM Flash n° 40, juin 2007 : 4 p.*
- (8) Merle S. *Enquête Came. Crack À la Martinique : État des lieux. Fort-de-France : OSM, rapport d'étude 2008 : 64 p.*

Pour en savoir plus

La bibliographie présentée dans cette rubrique propose plusieurs entrées illustrant les articles de ce dossier. Tout d'abord, des références sur les modes de vie ; puis sur les inégalités sociales et de santé. Enfin, des références autour des sujets de santé abordés (alimentation, VIH, dengue, chlordécone, etc.) clôturent la bibliographie en proposant à la fois les données statistiques, des pistes de réflexion et de plans d'action.

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

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

► Bibliographie

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

Mode de vie

- Cornely V. ORS de Guadeloupe. Maternité Consciente. *Pointe-à-Pitre. Les femmes en Guadeloupe*. Basse-Terre : ORSaG, 2008 : 6 p.
- Directions de la santé et du développement social de Guadeloupe, Guyane et Martinique. *Étude des modes de vie des adolescents aux Antilles-Guyane*. 2009 : 304 p. En ligne : http://www.martinique.sante.gouv.fr/documents/accueil/statistiques/rapport_ados_v3def2009.pdf
- Galap J. Stratégies identitaires des Antillais en milieu interculturel. *Migrations Santé*, 2003, n° 115-116 : p. 111-138.

Inégalités sociales et de santé

- Plantet J. Ile de la Réunion : une difficile réalité sociale. Dossier. *Lien social*, 2009, n° 925 : p. 10-15.
- Pitot S. ORS de Guadeloupe. *Approche de la pauvreté en Guadeloupe dans le cadre de la journée mondiale du refus de la misère*. Basse-Terre : ORSaG, 2008 : 6 p.
- Observatoire régional de la santé de la Réunion. Coordination de l'Observation des études sanitaires et sociales. *Tableau de bord de la précarité à la Réunion*. Saint-Denis : ORS Réunion, 2008 : 76 p.
- Forgeot G., Cynthia Celma C. Les inégalités aux Antilles-Guyane : dix ans d'évolution. *Insee Antilles-Guyane*, 2009 : 31 p. En ligne : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/guyane/themes/etudes_detaillees/inegalitesAG/inegalitesAG.pdf
- Trugeon A., Fontaine D., Lemery B. Fédération

nationale des observatoires régionaux de la santé. *Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton*. Paris : Masson, 2006 : 176 p.

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

Comportements alimentaires

- Assier de Pompignan F., Riocreux C., Flechelles S., et al. Prévalence de l'obésité du jeune enfant de 5-6 ans en Martinique (département français d'Amérique) en 2003. *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 2006, vol. 54, n° 3, p. 279-282.
- Aucagos J.-F. *Attitudes et pratiques des médecins généralistes face à l'obésité de l'adulte en Guadeloupe*. Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine. Bordeaux : université de Bordeaux 2, 2006 : 107 p.
- Bouvet B., Made F., Foubert R. La Réunion : un classeur pédagogique pour aider à manger équilibré. *La Santé de l'homme*, 2008, n° 396 : p. 42-43.
- Merle B., Deschamps V., Merle S., et al. *Enquête sur la santé et les comportements alimentaires en Martinique (Escal 2003-2004)*. Résultats du volet « consommations alimentaires et apports nutritionnels ». Saint-Maurice : InVS, 2008 : 34 p.
- Observatoire régional de la santé de Guadeloupe, conseil général de la Guadeloupe, Sécurité sociale de la Guadeloupe, direction de la santé et du développement social de Guadeloupe. *Hygiène de vie et habitudes alimentaires dans une région de la Guadeloupe : le Sud Basse-Terre en 2005 : surcharge pondérale, activité physique et habitudes alimentaires*, 2006 : 23 p.

Maladies infectieuses

- Balleydier E., D'Ortenzio E., Renault P. *Épidémiologie de la dengue à la Réunion. Bilan d'une année de surveillance*, 2007. Saint-Maurice : InVS, 2008 : 15 p.
- Institut de veille sanitaire, ministère de la Santé et des Solidarités, direction régionale des affaires sanitaires et sociales de la Réunion, cellule interrégionale d'épidémiologie Réunion-Mayotte. *Surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et parasitaires à la Réunion. Détermination et hiérarchisation des priorités par les professionnels de santé*. Avril-juillet 2004. Saint-Maurice : InVS, 2007 : 42 p. En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2007/maladies_reunion/rapport_maladies_reunion.pdf
- Malon A., Chaud P., Gustave J. *Épidémie de dengue à Saint-Martin (Guadeloupe)*. Rapport d'investigation. Saint-Maurice : InVS, 2004 : 36 p. En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2004/dengue_guadeloupe/dengue.pdf
- Mattera M.-H., Vernerey M., Quatresous I. Inspection générale des affaires sociales. Institut de veille sanitaire. *L'épidémie de dengue survenue en 2006 en Guyane : mission d'appui*. Paris : Igas, coll. Rapport Igas, 2006 : 63 p. En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/dengue_guyane/index.html



Dépendances

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

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

VIH-sida

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

mandations sur la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH aux Antilles. Paris : CNS, 2008 : 9 p.

En ligne : http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2008-06-26_avi_fr_politique_publique.pdf

• Giraud M., Gilloire A., Halfen S., et al. *Les comportements sexuels aux Antilles et en Guyane*. Paris : ANRS, 1995 : 39 p.

• Guillemaut F. dir., Schutz Samson M. *La réduction des risques liés au VIH/sida et l'accès aux soins dans le contexte des rapports d'échanges économique-sexuels en Guadeloupe*. Rapport final. Gourbeyre : GRSP, service études et statistiques Antilles-Guyane, 2009.

• Halfen S. coord., Fenies K., Ung B., Gremy I. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004*. Paris : ORS Ile-de-France, 2006 : 290 p.

En ligne : <http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/KABPDFARapport.pdf>

• Masse V., Dray Spira R., Spire B., Schmaus A., Lert F. *Infection VIH-sida en France : vision d'ensemble et spécificités des départements français d'Amérique*. BEH, 2005, n° 46-47 : p. 229-244.

En ligne : http://www.invs.sante.fr/BEH/2005/46_47/index.htm

• Mulot S. *Comment les représentations des rapports de sexe influencent-elles la prévention du sida ? L'exemple des multipartenariats sexuels antillais*. *Revue française de sociologie*, 2009, vol. 50 : p. 63-89.

• Sida Info Service. *Connaissances et freins en matière de dépistage du VIH/sida chez les primo-migrants originaires d'Haïti et du Surinam vivant en Guyane*. Paris : Sida Info Service, 2003 : 38 p. En ligne : http://www.sida-info-service.org/telechargement/rapport_orsg_2003.pdf

Chlordécone

• Dieye M., Quénel P., Gorla S., Bateau A., Colonna M., Azaloux H. *Étude de la répartition spatiale des cancers possiblement liés à la pollution des sols par les pesticides organochlorés, en Martinique*. Saint-Maurice : InVS, 2009 : 28 p.

En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2009/etude_cancers_pesticides_martinique/index.html

• Le Guen J. *La chlordécone*. Paris : Assemblée nationale, Rapport d'information de l'Assemblée nationale n° 734, 2008 : 30 p.

• Ministère de la Santé. *Plan d'action chlordécone en Martinique et en Guadeloupe 2008-2010. Rapport interministériel d'activité année 2008*. Direction générale de la Santé. Coordination interministérielle chlordécone 2009 : 71 p.

En ligne : http://www.sante-sports.gouv.fr/publications-documentation/publications-documentation-sante/rapports/IMG/pdf/Plan_chlordécone_Rapport_2008.pdf

Alzheimer

• Enjolras F. Incidence du pronostic sur la construction des modèles explicatifs de la maladie d'Alzheimer sur l'île de la Réunion. *Sciences sociales et santé*, 2008, n° 23 : p. 69-94.

• Recueil d'informations régionalisées sur la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (et troubles apparentés) et sur l'aide à leurs aidants.

– synthèse de l'enquête réalisée par l'ORS de Guadeloupe, Basse-Terre.

En ligne : <http://www.fnors.org/Fnors/Ors/syntheses%20alzheimer/Guadeloupe.pdf>

– synthèse de l'enquête réalisée par l'ORS de Guyane, Cayenne.

En ligne : <http://www.fnors.org/Fnors/ORS/syntheses%20alzheimer/Guyane.pdf>

– synthèse de l'enquête réalisée par l'ORS de Martinique, Fort-de-France.

En ligne : <http://www.fnors.org/Fnors/ORS/syntheses%20alzheimer/Martinique.pdf>

– synthèse de l'enquête réalisée par l'ORS de la Réunion, Saint-Denis.

En ligne : http://www.orsrun.net/IMG/file/etudes/plaquette_Alzheimer_Reunion.pdf

Lyon : Fnors ; Paris : Fondation Médéric-Alzheimer, mai 2003 : 4 p.

► Sites Internet et organismes ressources

Généralistes de l'éducation pour la santé

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

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

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

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

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

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

Martinique (Ireps, ex Cres Martinique) : <http://martinique.fnes.fr>

Institutionnels (organisation, politique de la santé)

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

DSDS de la Guadeloupe :

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

DSDS de la Guyane :

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

DSDS de la Martinique :

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

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

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

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

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

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

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

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

• **Moustique infos**

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

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

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

Sites publics d'informations statistiques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Observatoire de la santé de la Martinique

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

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

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

L'Insee réalise différents travaux destinés à accompagner l'action régionale et locale : statistiques et études locales, outils géographiques : http://www.insee.fr/fr/region/accueil_region.htm

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

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

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

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

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

Sandra Kerzanet

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

« Pour certains élèves, le lycée est une deuxième maison »

José Rémy est proviseur du lycée mixte (général et professionnel) Champlain de Chennevières (Val-de-Marne), qui fait partie du réseau « Ambition réussite ». Depuis vingt-cinq ans, il expérimente le concept de lycée promoteur de santé. Ses maîtres mots d'intervention : accueil, dialogue, mise en place d'activités multiples hors temps scolaire, développement des compétences psychosociales des élèves, valorisation des réussites, écoute des élèves, prévention du suicide, échanges entre enseignants et autres professionnels du lycée.

La Santé de l'homme : Vous avez été proviseur successivement à Wattrelos (Nord), Genevilliers (Hauts-de-Seine), Chambéry (Savoie) et actuellement à Chennevières-sur-Marne (Val-de-Marne). Comment êtes-vous arrivé dans ce lycée ?

José Rémy : Par hasard. Cela fait sept ans maintenant. Au début, ce qui me choquait, c'était la vétusté des locaux, ça changeait de Chambéry ! Dans les deux cas, ce sont de gros lycées qui accueillent près de deux mille élèves. À Chambéry, les résultats au bac étaient excellents. Mais je voulais retrouver la région parisienne. L'inspecteur général qui s'occupait des mutations me disait qu'il identifiait des profils : un proviseur de banlieue parisienne ne peut pas se faire à la province ! C'est intéressant parce que cela renvoie à une dimension du concept de santé : comment trouver le bien-être dans son métier. Finalement, vous avez l'impression d'être fait pour un certain public, un certain environnement et pas pour un autre. Actuellement, à Chennevières, le lycée est en travaux. Pour nous, c'est une victoire. Cela faisait quinze ans qu'on en parlait. Parfois on souffre un peu parce qu'au lieu d'avoir de l'eau c'est de la boue qui sort des robinets ! Mais, pour moi, pour mon équipe et pour les jeunes, c'est un signe. Un lycée neuf, c'est valorisant pour les gens. Ici, avant, c'était quasiment de l'irrespect pour les personnes. Cela me rappelle ce que dit le pédiatre Jacques Fortin sur la manière dont les espaces contribuent au bien-être ou au mal-être. C'est très impor-

tant la façon dont on gère les espaces, c'est-à-dire la porte d'entrée, les différents lieux.

S. H. : Quels sont, pour vous, les éléments qui caractérisent un établissement promoteur de santé ?

Il y a plusieurs années, j'avais participé à un groupe de travail avec des médecins, des infirmières. On avait défini quels étaient les axes à prendre en compte pour élaborer une politique de promotion de la santé. On avait retenu quatre axes : la gestion du temps, la gestion des espaces, la communication, et la gestion des ressources humaines. Concernant l'axe « gestion des espaces », cela renvoie à la qualité de l'accueil, la délimitation des différents espaces, ceux réservés à la détente, au travail, les espaces interdits. Par exemple, avec l'interdiction du tabac, maintenant, c'est clair : ils vont fumer dehors. La gestion des espaces et la sécurité sont des questions tout aussi importantes.

S. H. : Pourquoi la gestion du temps et la communication sont-elles des priorités ?

La gestion du temps est un axe fort : il s'agit de réfléchir à la façon dont on organise le temps de la journée, celui de la semaine, le temps dédié au repas de midi... Est-ce qu'il y a des moments de détente ? Qu'est-ce qu'on propose le mercredi après-midi ? Cela fait dix-neuf ans que je pratique l'école ouverte pendant les petites et les grandes vacances. Par exemple, pendant les

vacances d'été, on propose de la physique, des maths, du français, du sport, un atelier animé par les sapeurs-pompiers. Pendant l'année scolaire, la gestion du temps, ce sont aussi les sorties, les voyages. Les élèves sont allés en Espagne, en Sicile, en Écosse, en Chine. Par exemple, les élèves du lycée professionnel sont allés en Grèce. Certains d'entre eux n'avaient jamais pris l'avion. Cela contribue à développer un sentiment de bien-être, à favoriser une bonne estime de soi.

En ce qui concerne la communication, tous les ans, on édite un « livre d'or » qui reprend tout ce qui s'est passé pendant l'année scolaire, et un exemplaire est remis à chaque élève en fin d'année. Il est réalisé par les personnes qui ont participé aux événements et aux projets, donc les élèves aussi. Cela permet de présenter les différents voyages, les sorties – par exemple cette année, certaines classes se sont rendues à l'École des mines –, les spectacles présentés par les élèves, mais aussi les expositions que l'on a pu faire au centre de documentation et d'information (CDI). Cette année, nous avons exposé les dessins d'une élève de seconde particulièrement douée. On organise aussi plusieurs sessions de Bafa qui contribuent à faire se rencontrer les élèves du lycée professionnel et ceux du lycée général. On présente les ateliers mis en place le soir, après les cours, des associations viennent proposer des cours de théâtre, de salsa, de hip-hop, etc. Parfois, je me dis que pour certains élèves le lycée est comme une deuxième maison ! Nous

avons quelques élèves qui vivent des situations très difficiles et, grâce à ces ateliers, certains élèves, qui par exemple étaient dans la drogue, ont pu expérimenter qu'ils étaient capables de faire autre chose que de se défoncer. La médiation d'une pratique artistique permet aussi de rétablir une relation de confiance avec les adultes. Bien sûr, cela ne veut pas dire qu'ils s'en sortent définitivement, parce qu'on ne sait pas ce qu'ils font en dehors du lycée, mais c'est toujours une expérience positive pour eux. Enfin, voilà, « le livre d'or » permet de valoriser le travail. Peu d'établissements en font et je trouve que c'est dommage, parce que cela permet de valoriser les choses positives. On a si souvent l'habitude de ne montrer que les problèmes.

S. H. : En quoi la gestion des ressources humaines est-elle un élément clé de votre politique de promotion de la santé au lycée ?

La gestion des ressources humaines, c'est comprendre comment l'institution fonctionne dans la proximité avec l'individu, comment elle est là au service de l'individu pour qu'il s'épanouisse, quelle que soit son histoire. On s'aperçoit qu'une école promotrice de santé, c'est aussi une école qui connaît les personnes. Et, donc, ce qu'on met en place pour connaître les gens. Cela commence par le « bonjour », c'est-à-dire une marque de respect. Bien entendu, il faut faire attention à garder des limites, sinon cela peut être un piège pour un chef d'établissement. Vous passez énormément de temps sur le terrain à parler, à écouter l'autre, le risque, c'est de se faire piéger par l'autre. C'est pour cela que dans un établissement il y a différentes compétences, qui sont complémentaires, et qui contribuent chacune à connaître les personnes. C'est le médecin, l'infirmière, l'assistante sociale. Une école promotrice de santé, c'est une école où il y a un travail d'équipe avec des compétences diverses et variées et toutes complémentaires.

Au niveau des élèves, comme il y a beaucoup de tentatives de suicide, on essaye de faire de la prévention. J'ai donc mis en place des commissions de suivi. Je demande aux professeurs principaux, à différents moments de l'année, de faire le point sur la classe avec ses collègues. C'est-à-dire de repérer les

élèves qui soit posent des problèmes de comportements, c'est facile ; soit sont dans leur coin et ne disent jamais rien, ce qui est plus difficile. Bref, la classe est observée de près. Ensuite, je convoque la famille et elle est reçue en présence du professeur principal, de l'infirmière, du médecin, de l'assistante sociale, du conseiller principal d'éducation et de moi, ou de mon adjoint. Cela permet de comprendre l'attitude de l'élève, on découvre l'histoire d'une famille. En fait, ce dispositif nous permet de connaître les élèves. On peut alors envisager de mettre en place des actions sur la durée de l'année scolaire, de dire que à telle époque on fait telle chose. Ces rencontres sont chargées d'une dimension symbolique forte car on considère l'élève dans sa globalité, à la fois sur le plan pédagogique, mais aussi social, médical. Et ça marche bien, parce que cela permet de connaître les gens et d'instaurer un suivi. On n'attend pas qu'il y ait un gros problème pour essayer de le traiter, au contraire, on essaye d'éviter les problèmes.

S. H. : Comment présentez-vous la promotion de la santé à votre équipe ?

La difficulté avec l'expression « promotion de la santé », c'est que le terme de santé est encore trop souvent rattaché au côté médical. On ne pense à la santé qu'en termes de maladie. Alors que je me réfère au concept de santé globale qui veut que pour qu'un jeune,

ou un adulte, aille bien, c'est-à-dire soit en bonne santé, il faut qu'il soit en bonne santé à la fois dans sa tête et dans son corps. Pour expliquer cela, j'utilise fréquemment la pyramide de Maslow. En bas, il place les besoins fondamentaux, et au sommet du triangle « penser ». Mais il faut d'abord passer par « avoir un toit », « bien manger », « bien dormir », « estime de soi », « relations avec les autres », avant de pouvoir arriver à « penser ». Cela représente bien la globalité de la personne. Cela renvoie également à un concept développé par Jean-Louis Michard : le « climat scolaire ». Mais, derrière cette notion, vous retrouverez inévitablement le « climat santé ». Quand on aborde la question du « climat scolaire », on parle souvent d'absentéisme, de décrochage, de violence, des problèmes de comportement, mais on l'analyse rarement en termes de santé. Si bien que parfois les médecins et les infirmières peuvent se sentir délaissés. On ne tient pas compte des passages à l'infirmerie, de leur durée, de leur fréquence. Dans mon lycée, j'ai demandé aux infirmières de faire un tableau récapitulatif sur plusieurs années des accidents en éducation physique et sportive, des prises en charge par l'hôpital, des passages inférieurs à quinze minutes. Cela fait aussi partie de la vie de l'établissement, du « climat scolaire ». Il y a encore beaucoup de travail à faire dans ce domaine, mais c'est passionnant !

Propos recueillis par
Sandrine Broussouloux

DRAFTFCB - RCS Nanterre B:348 305 327 - Photo: Cécile Desaux / Commercial Production - 3113-09-10-11



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



www.generation-nouplifo.com

Ref. INPES 125-09403-R