

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

La Réunion, Mayotte : promouvoir la santé de la mère et de l'enfant

3 _ La Réunion, Mayotte : le point sur la pandémie Covid-19

Dossier

LA RÉUNION, MAYOTTE : PROMOUVOIR LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Coordination :

Christine César,

sociologue, chargée d'expertise,

avec **Thierry Cardoso,**

MD, PhD, responsable, Unité Périnatalité Petite Enfance, direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

Avec la collaboration de :

Anh Dao Nguyen, médecin inspecteur de santé publique, Direction de l'animation territoriale et des parcours de santé (DATPS), conseillère médicale, agence régionale de santé de La Réunion, **Dr Salimata Diarra Diall,** coordinatrice du réseau de périnatalité de Mayotte (Répéma).

Merci pour leur relecture à :

Odile Kremp,

médecin pédiatre, chargée de projet et d'expertise scientifique en santé publique, direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France, et à

Blandine Mulin,

médecin coordonnateur du Réseau périnatalité de Franche-Comté (RPFC), présidente de la Fédération française des réseaux de santé périnatale (FFRSP).

Introduction

5 _ Christine César

Conditions de vie, santé, périnatalité : les particularités du territoire réunionnais

7 _ Florence Caliez, Thierry Malbert, Hélène Dougin

La Réunion : un plan périnatalité, pour la santé de la mère et de l'enfant

10 _ Anh Dao Nguyen, Inès Lobo de Sousa



© Isabelle Bomillo / AFD

À La Réunion, « Former les professionnels aux troubles de l'alcoolisation fœtale »

13 _ Entretien avec Bérénice Doray

Diabète gestationnel : un programme d'éducation thérapeutique pour les femmes enceintes

17 _ Entretien avec Ahmed Gueye

La Réunion : programme expérimental de prévention des grossesses non désirées

18 _ Catherine Gaud, Fanny Périanin, Maryse Picard

Santé de la mère et de l'enfant : à Mayotte, un contexte sanitaire difficile

22 _ Soumeth Abasse, Salimata Diarra Diall, Chiara Quagliariello

Mayotte : un réseau pour un plan d'action en périnatalité

28 _ Salimata Diarra Diall, Soumeth Abasse

Mayotte : un camion itinérant de consultation médico-sociale et de prévention en santé sexuelle

31 _ Anne-Sophie Bonnin, Houssounaïni Halosson

Santé sexuelle : une série télévisée pour toucher l'ensemble de la population à Mayotte

34 _ Entretien avec Charlotte Collod et Olivier Chauveau

Pour en savoir plus

36 _ Edwige Bertrand

Prévention de l'alcool

40 _ De nouveaux repères de consommation d'alcool pour limiter les risques sur sa santé

Chloé Marques, Guillemette Quatremère, Raphaël Andler, Viêt Nguyen-Thanh

41 _ Pourquoi les Français consomment-ils de l'alcool ?

Chloé Marques, Guillemette Quatremère, Raphaël Andler, Viêt Nguyen-Thanh

42 _ Toute consommation d'alcool comporte des risques pour la santé

Chloé Marques, Guillemette Quatremère, Raphaël Andler, Viêt Nguyen-Thanh

L'emploi, un déterminant de la santé

43 _ Une santé dégradée pour les personnes sans emploi

Raphaël Andler, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard, Viêt Nguyen-Thanh

45 _ Impact de la privation d'emploi sur la santé : « Le chômage prive l'individu de la reconnaissance indispensable à la santé psychique »

Entretien avec Christophe Dejours

Grossesse, périnatalité et handicap

47 _ Consultation gynécologie-handicap : « Une prise en charge globale et adaptée aux besoins et attentes des femmes »

Entretien avec Béatrice Idiard Chamois

Cinésanté

49 _ Dark Waters – pollution et santé

Marie Lekane

Ce numéro de *La Santé en action* sur la périnatalité à La Réunion et à Mayotte est publié alors que la pandémie de Covid-19 a plongé Mayotte en situation d'urgence. Nous avons demandé aux acteurs épidémiologistes les plus proches du terrain de nous dresser un court état des lieux de la situation à La Réunion (Luce Yemadje-Menudier), à Mayotte (Hassani Youssouf), avec un éclairage complémentaire concernant la Réserve sanitaire à Mayotte (Catherine Lemorton).

La Réunion, Mayotte : le point sur la pandémie Covid-19

Luce Yemadje-Menudier,
épidémiologiste PhD,
responsable de la cellule La Réunion,
Hassani Youssouf,
épidémiologiste PhD,
responsable de la cellule Mayotte,
Direction des régions,
Santé publique France,
Catherine Lemorton,
docteur en pharmacie,
responsable de la Réserve sanitaire,
Direction alerte et crise,
unité Réserve sanitaire,
Santé publique France.

La Réunion

À La Réunion, les cas de Covid-19 identifiés lors de la première vague de circulation épidémique – depuis le 11 mars 2020 – étaient en majorité importés. La transmission autochtone est restée limitée. Le nombre d'entrants potentiellement contaminés et pouvant entraîner la diffusion du virus sur l'île a été limité grâce à une réduction précoce des vols aériens entrants, ainsi qu'à un confinement associé à une quatorzaine systématique à l'arrivée en centre d'hébergement – obligatoire du 30 mars au 14 mai 2020.

En effet, la mise en place de moyens de détection précoce a permis d'identifier les cas, de dépister leurs contacts et donc de limiter fortement la transmission autochtone. Deux moyens ont été déployés :

- dépistage à l'aéroport ;
- ordonnance pour prélèvement sur parking – « en drive » – pour les patients qui consultent leur médecin.

Au 19 juin 2020 (*date de bouclage de cette édition*), la situation épidémiologique reste fragile et dépend de la poursuite des mesures de contrôle mises en place localement¹. Une nouvelle introduction de virus est possible en raison de l'augmentation de la fréquence des vols et du nombre de passagers entrant à La Réunion avec la poursuite de la circulation du virus en métropole ainsi qu'à Mayotte. Aussi, la compréhension et le respect strict des mesures barrières (dont le port du masque) par tous sont impératifs afin de limiter le risque d'installation de nouvelles chaînes de transmission autochtones.

Mayotte

À la mi-juin 2020², soit trois mois après la confirmation biologique du premier cas de Covid-19 à Mayotte, le 13 mars 2020, l'épidémie se poursuit et le département de Mayotte se trouve toujours à un niveau de vulnérabilité élevé. Cette situation est d'autant plus préoccupante que l'épidémie est sous contrôle dans tous les départements français métropolitains et d'outre-mer, à l'exception de la Guyane qui se trouve au même niveau de vulnérabilité³ que Mayotte. Au 17 juin 2020, 2 345 cas ont été confirmés par le laboratoire du centre hospitalier de Mayotte (CHM) et par le laboratoire privé de l'île. Ces deux laboratoires ont réalisé à ce jour plus de 9 000 tests PCR, correspondant à plus de 7 637 individus testés. La sévérité de la maladie semble relativement faible à Mayotte au regard du nombre de cas confirmés. En effet, malgré le poids des comorbidités très important au sein de la population, la mortalité

liée à la Covid-19 est faible avec seulement 30 décès de patients positifs à la Covid-19 depuis l'apparition de la maladie sur le territoire ; et peu de patients ont été admis en réanimation. Cette situation pourrait s'expliquer en partie par la jeunesse de la population dont la moitié à moins de 18 ans.

Les femmes enceintes constituent un sous-groupe de population vulnérable qui fait l'objet d'une surveillance renforcée face à cette épidémie de Covid-19. Les données recueillies lors de l'enquête autour de chaque cas confirmé ont permis d'identifier 92 femmes enceintes positives à la Covid-19, représentant 10,2 % des cas positifs féminins en âge de procréer (de 15 à 49 ans). Parmi les femmes enceintes diagnostiquées positives à la Covid-19, 18 ont été hospitalisées ; mais dans la majorité des cas, le diagnostic a été établi fortuitement au cours de leur hospitalisation en maternité.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la situation épidémiologique à laquelle Mayotte fait face. Les conditions socio-économiques défavorables pour la plus grande majorité de la population ont rendu difficile le respect du confinement strict. En effet, 84 % de la population vivent sous le seuil de pauvreté métropolitain, et beaucoup de personnes vivent grâce à l'économie informelle et sans aucune autre source de revenu. Par ailleurs, la forte promiscuité observée notamment dans les quartiers d'habitat précaire a rendu impossible l'isolement de certains cas confirmés à la Covid-19, favorisant ainsi la circulation active du virus sur le territoire. Malgré toutes ces

conditions défavorables, les indicateurs épidémiologiques tendaient à se stabiliser à la mi-juin 2020. Une attention particulière est portée aux *clusters*⁴, qu'ils soient familiaux ou en milieu professionnel, et une réponse adaptée doit être apportée afin de prévenir toute nouvelle vague épidémique sur ce cent-unième département français.

Réserve sanitaire à Mayotte

À Mayotte, au 15 juin 2020, la Réserve sanitaire est mobilisée en renfort des équipes de l'agence régionale de santé (ARS) et des professionnels de premières lignes depuis près de deux mois pour soutenir les efforts face à la Covid-19.

Certains réservistes sanitaires interviennent dans le domaine de la périnatalité. En effet, en cette période de pandémie Covid-19, l'accès des parents au centre hospitalier de Mayotte (CHM) est limité y compris en néonatalogie. Les mamans ne sont autorisées qu'une fois par semaine à venir voir leur bébé. C'est dans ce contexte que les infirmières puéricultrices diplômées d'État (IPDE) réservistes renforcent les équipes locales pour maintenir le lien autant que faire se peut, essaient de pallier ce manque de la maman notamment en pratiquant beaucoup de « peau à peau » et en portant beaucoup ces nouveau-nés sur eux afin de maintenir le plus haut niveau des recommandations de bonnes pratiques... Les cinq infirmières puéricultrices réservistes viennent en appui des équipes

locales et s'intègrent dans le service de néonatalogie avec la plus grande finesse, c'est-à-dire en essayant, tout comme les puéricultrices locales, de perturber le moins possible le lien en construction entre la famille et l'enfant.

Au-delà de cette intervention spécifique en périnatalité, une quarantaine de réservistes sanitaires sont mobilisés actuellement à Mayotte, toujours dans le cadre de la Covid-19, pour renforcer :

- les équipes du CHM avec 5 médecins généralistes, 2 biologistes, 2 anesthésistes-réanimateurs, 1 épidémiologiste, 10 infirmières en soins généraux et 2 infirmières en réanimation, 2 infirmières urgentistes et 2 préparateurs en pharmacie hospitalière ;
- l'ARS en appui des équipes, pour le recueil des données qui viennent du terrain dans le cadre du dépistage, de la veille et de la sécurité sanitaire, avec 1 hygiéniste, 2 infirmières en veille et sécurité sanitaire et 2 infirmières en soins généraux.

Enfin une référente de mission de la Réserve sanitaire gère l'ensemble des réservistes sanitaires et coordonne le travail en lien avec les acteurs institutionnels : direction de l'hôpital, ARS et cellule régionale de Santé publique France. ■

1. Comme le précisait le ministère des Outre-mer dans un communiqué le 15 juin 2020, « dès son entrée en vigueur (au plus tard le 10 juillet 2020), la loi de fin d'état d'urgence sanitaire rendra obligatoire le test avant départ pour se rendre dans les territoires d'outre-mer et la quarantaine à l'arrivée sera supprimée ».

2. À date du bouclage de cette publication, soit le 19 juin 2020.

3. Méthode de classement en niveau de vulnérabilité : à partir de l'ensemble des indicateurs produits et des signalements reçus, incluant les investigations de clusters, Santé publique France réalise une analyse contextualisée quotidienne des risques, département par département. L'indicateur du niveau de vulnérabilité qui en découle traduit à la fois la circulation virale et l'impact sur la santé de la population du département. Il est évalué par les cellules régionales de Santé publique France et discuté chaque jour avec les Agences régionales de santé.

4. Regroupements de personnes atteintes du Covid-19. Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/rapport-synthese/guide-pour-l-identification-et-l-investigation-de-situations-de-cas-groupes-de-covid-19>

Pour en savoir plus sur la situation épidémiologique de la COVID-19 à Mayotte

- <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/bulletin-regional/2020/covid-19-point-epidemiologique-a-mayotte-du-25-juin-2020> et
- <https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=COVID%2019%20point%20epidemiologique&publications=donn%C3%A9es®ions=Antilles|Auvergne-Rhône-Alpes|Bourgogne%20%20Franche-Comté|C3%A9|Bretagne|Centre-Val%20de%20Loire|Grand%20Est|Guyane|Hauts-de-France|Ile-de-France|Normandie|Nouvelle-Aquitaine|Occitanie|Oc%C3%A9an%20Indien|Pays%20de%20la%20Loire|Provence-Alpes-C%3%B4te%20d'Azur%20et%20Corse&sort=date>

LES AUTEURS DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

la Santé en action

est éditée par :
Santé publique France
 12, rue du Val d'Osne
 94415 Saint-Maurice Cedex – France
 Tél. : 01 41 79 67 00
 Fax : 01 41 79 67 67
www.santepubliquefrance.fr

Santé publique France est l'agence nationale de santé publique. Etablissement public administratif sous tutelle du ministère chargé de la Santé, l'agence a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016).

Directeur de la publication :
Jean-Claude Desenclos

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
 Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
 Réalisation graphique : **Jouve**
 Impression : **Imprimeries La Galiote Prenant**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)
sante-action-abo@santepubliquefrance.fr
 N° ISSN : 2270-3624
 Dépôt légal : 2^e trimestre 2020
 Tirage : 7 000 exemplaires

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

PHOTOS :

Couverture : © Isabelle Bonillo / AFD. **Page 5** : © Jean-Marc Grenier. **Pages 7, 8, 11, 19, 20** : © Edgar Marsy. **Page 23** : © Laurent Grzybowski. **Page 27** : *Producteur de Vanille* © Isabelle Bonillo / AFD. **Page 31** : © Laurent Grzybowski. **Page 32** : © Constant Formé-Bècherat. **Page 37** : © Jean-Marc Grenier. **Page 39** : © Edgar Marsy. **Page 51** : © Killer_Films.



© Jean-Marc Grenier

La Réunion, Mayotte : promouvoir la santé de la mère et de l'enfant

Christine César,
sociologue, chargée d'expertise,
Unité Périnatalité Petite Enfance,
direction de la prévention
et de la promotion de la santé publique,
Santé publique France.

Après avoir consacré le précédent numéro à la périnatalité dans les départements et les régions d'outre-mer des Amériques, *La Santé en action* porte le même regard sur les départements

et les régions d'outre-mer de l'océan Indien, c'est-à-dire La Réunion et Mayotte. L'avenir se construit dans ces terres de migrations, et un ensemble de facteurs culturels et socio-économiques se conjuguent avec toutes les mémoires douloureuses de l'Histoire. Ce processus est évoqué dans plusieurs œuvres littéraires, comme dans le roman *Faims d'enfance* [1] qui évoque l'école venant d'ouvrir et par laquelle les petits Réunionnais des écarts¹, dans les années 1960, ont accès à l'éducation républicaine ainsi qu'à de nouveaux codes culturels et culinaires²...

À La Réunion comme à Mayotte s'observe une riche et forte diversité linguistico-culturelle. Ces territoires sont des creusets multiculturels constitués de populations venant d'ailleurs ; pour Mayotte : des Comores, d'Afrique, de Madagascar ; pour La Réunion : de ces mêmes voisins et aussi d'Inde, de Chine, etc. La Réunion

présente de plus un pluralisme religieux (catholiques, musulmans, bouddhistes, taoïstes, hindouistes) rare à l'échelle d'un territoire si restreint. S'inventent dans ces départements de nouvelles générations et, comme le poète et militant Alain Lorraine le fait dire d'un père à son fils, « *il est maintenant temps d'aimer le futur* [2] ».

Périnatalité à La Réunion

Ce numéro a été élaboré en lien étroit avec les réseaux de périnatalité de La Réunion et de Mayotte. À La Réunion, les infrastructures de périnatalité – en termes d'établissements de soins, de professionnels – constituent une offre comparable à celle de la métropole. Toutefois, les spécificités familiales (monoparentalité) et les déterminants socio-économiques – précarisation, illettrisme³ – tout comme l'isolement géographique façonnent des conditions de vie dégradées pour la population. Ces facteurs cumulés participent à l'entrée tardive des femmes dans les parcours périnataux. S'y ajoutent – avec une fréquence accrue – surpoids, obésité, diabète gestationnel. Tous ces paramètres expliquent des indicateurs de santé périnatale plus défavorables que dans les autres régions françaises.

Compte tenu de ces spécificités, le plan de périnatalité et l'ensemble des actions sont ajustés à la situation locale. L'enjeu premier est de prendre en compte les conditions de vie et le tissage des réseaux familiaux et de sociabilité. C'est l'axe privilégié de mobilisation de l'agence régionale de santé (ARS) qui travaille étroitement avec les services de protection maternelle et infantile (PMI). Le deuxième enjeu majeur est de mieux fédérer les acteurs afin que les femmes puissent bénéficier de suivis médico-socioculturels reliant hôpital, PMI, médecine de ville, acteurs de prévention associatifs ou scolaires.

Dans ce contexte, plusieurs indicateurs sont alarmants ; c'est le cas de la prévalence du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), du recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), des violences intrafamiliales. Autant de réalités qui plaident pour un travail en amont afin de promouvoir le dialogue, la prévention et l'information des femmes et des familles sur les circuits de prises en charge. Des poèmes d'Alain Lorraine mettent en scène l'enfant, témoin de scènes insupportables : le père qui humilie la mère ; le père ivre, objet de moqueries. Extrait : « *Pour que plus jamais [...] / Des hommes habillés de bleu / Ne tombent dans la Ville / Derrière les chiens errants* [3] ».

Périnatalité à Mayotte

Ce numéro est aussi l'occasion de découvrir ce territoire qu'est Mayotte, si proche et si loin de la configuration réunionnaise. Les infrastructures de santé périnatale et de petite enfance – maternités, services de néonatalogie, centre d'action médico-sociale précoce (Camsop), etc. – y sont totalement sous dimensionnées ; la sous-dotation en professionnels de la santé périnatale est marquée ; les services de PMI sont saturés. Pour les femmes, les indicateurs de santé sont encore plus défavorables qu'à La Réunion : davantage de surpoids, d'obésité (qui concerne une femme sur trois), plus encore d'IVG chez les mineures. Cette situation d'exception a rendu nécessaire la mobilisation (aux côtés de l'ARS et de la PMI) de la Réserve sanitaire⁴ – dans les maternités, lors des campagnes de vaccination, etc.

La situation historique et géographique de Mayotte pèse lourd sur les enjeux de santé. Ainsi, les 70 kilomètres qui séparent Mayotte du reste de l'archipel des Comores sont sillonnés de pirogues à moteur (les *kwassa-kwassa*) et s'y déroulent, comme en Méditerranée, des naufrages réguliers. « *Mer sans fin cautérisée au fer des traversées [...] sous un soleil de noyés* [4] », comme le souligne le poète engagé Willim Souny. Le processus de départementalisation récent de Mayotte, formalisé en 2011, a renforcé les migrations, tandis que les coups d'État s'égrènaient aux Comores. Ce fossé institutionnel se double d'écart culturels⁵, économiques⁶ et sanitaires croissants. La création, en janvier 2020, d'une agence régionale de santé à Mayotte marque une nouvelle étape (et la fin de son rattachement à l'ARS de La Réunion). Soulignons également que Santé publique France dispose à Mayotte d'une cellule régionale – comme dans tous les autres territoires –, adossée à l'agence régionale de santé.

Sous l'angle de la santé périnatale, il convient de distinguer deux flux migratoires aux destins différents. D'un côté, les demandeuses d'asile affiliées à la sécurité sociale – pour l'essentiel, africaines – et de l'autre, les femmes sans papiers et sans accès à l'aide médicale d'État (AME) – surtout comoriennes, malgaches. Ensemble, ces femmes partagent mauvaise alimentation, précarité du logement et des ressources. La situation est si exceptionnelle par rapport aux autres départements que les services de PMI de Mayotte délivrent officiellement des traitements médicaux aux femmes enceintes. Cependant, les contrôles policiers à proximité des lieux de soins et les risques d'expulsion compliquent les possibilités d'un réel suivi des grossesses (et participent à un taux d'accouchement extrahospitalier significatif). Autre exemple de toute la singularité de ce qui se joue à Mayotte, les gynécologues sont absents de toutes les maternités périphériques et ce sont les sages-femmes qui gèrent la période périnatale et bien au-delà. En effet, lors d'expulsion de femmes enceintes, la police les consulte pour savoir si ces femmes doivent rester afin de recevoir des soins médicaux.

Plus largement, ce sont bien des questions très concrètes de santé publique qui se posent dans ces territoires : comment limiter l'alcoolisation massive d'une fraction de la population (femmes enceintes incluses) quand, à La Réunion, le rhum coûte moins cher qu'un yaourt ? Comment, à Mayotte, rendre possible l'accès aux soins périnataux en l'absence de couverture maladie universelle (CMU) et d'AME pour la majorité des migrantes et de leurs enfants ?

Ce dossier central n'a pas vocation à être exhaustif, il analyse chaque contexte territorial, évoque les difficultés et aussi ce qui fonctionne au quotidien. Sont ainsi présentés des programmes, interventions et pratiques en santé périnatale. En effet, en dépit des conditions difficiles, les professionnels œuvrent à améliorer ensemble les services de périnatalité dispensés aux femmes, aux familles et à leurs enfants. ■

1. Définition : Groupe de maisons éloigné de l'agglomération communale, *Dictionnaire universel francophone*, Paris : Hachette, 1997.

2. Une directrice réunionnaise ayant tenté d'interdire le piment aux enfants de son école, s'organise alors une résistance des enfants et de leurs familles à cette injonction culturelle.

3. Absence d'accès aux connaissances nécessaires à l'utilisation des outils informatiques.

4. La Réserve sanitaire est une communauté de professionnels de santé volontaires et mobilisables par l'État. La réserve est capable d'intervenir dans un délai très court, pour venir en renfort lors de situations sanitaires exceptionnelles. Elle est animée par Santé publique France

5. Notamment pour les enfants une double socialisation à l'école de la République et à l'école coranique.

6. À Mayotte, la population vit sur la base d'une économie relevant de diverses logiques – qui peuvent se cumuler – marchande, de subsistance, de subvention. La stratification sociale résulte d'un ensemble de facteurs : caractéristiques socio-politiques (Mahorais/métropolitains...), linguistiques (francophones/shimaorephones/kibushiphones...).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Gauvin A. *Faims d'enfance*. Paris : Seuil, 1987.
 [2] Lorraine A. *Réunion, île de mille parts*. Photos de Dupuich P., Arles : Acte Sud, 2001.
 [3] Enfant. In Lorraine A. *Tienbo le rein et beaux visages cafrines sous la lampe. Poésie réunionnaise*. Paris : L'Harmattan, 1975.
 [4] Willim Souny, *Mayotte suicide*, suivi de *Le Principe archipel*. L'Harmattan, coll. Poètes des cinq continents, 2015.

Conditions de vie, santé, périnatalité : les particularités du territoire réunionnais

Florence Caliez,

responsable du service études et statistiques, Direction des études et des systèmes d'information, agence régionale de la santé de La Réunion,

Thierry Malbert,

anthropologue, maître de conférences à l'université de La Réunion, directeur scientifique de l'observatoire de la parentalité de La Réunion,

Hélène Dougin,

responsable d'études qualitatives, observatoire régional de la santé de l'océan Indien.



© Ediger-Marsy

La Réunion est située dans l'océan Indien et appartient à l'archipel des Mascareignes. Son peuplement est le résultat d'un métissage entre des populations d'origines différentes issues de plusieurs vagues d'immigration correspondant aux différentes phases de colonisation et de développement de l'île : Afrique, Inde, Chine, Madagascar, Mayotte, Comores et France métropolitaine. Catholiques, musulmans, hindouistes et bouddhistes se côtoient.

La Réunion, territoire d'outre-mer, devient département français en 1946. Cela signifie être éloigné géographiquement de la métropole avec laquelle les liens sont particulièrement forts. Ces liens permettent à l'île d'apparaître aux yeux de ses voisins comme un « espace opulent et prospère » grâce aux flux financiers venant de la métropole et de l'Union européenne, mais ils impliquent également une forte dépendance économique et sociale vis-à-vis de la métropole.

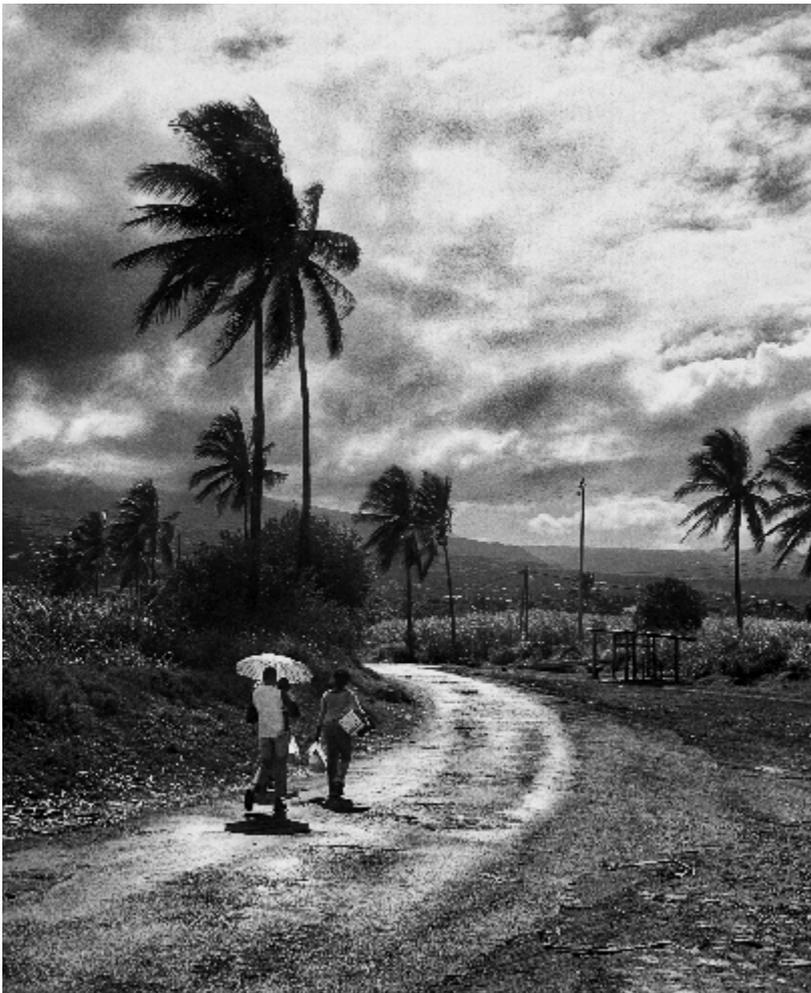
L'étroite bande plane du littoral représente 25 % de la superficie de l'île. Elle concentre 80 % de la population. Les hauts de l'île ou les cirques sont difficiles d'accès, créant ainsi des territoires d'isolement. Le cirque de Mafate n'est accessible qu'à pied ou en hélicoptère.

Un territoire moderne où persistent de nombreux écarts avec la métropole

Avec 858 000 habitants en 2019 [1], l'île a une population jeune (30 % de moins de 20 ans contre 24 % en métropole) et son solde naturel¹ reste le moteur de sa croissance démographique. L'indice synthétique de fécondité² des femmes reste supérieur à celui de la métropole (2,40 enfants par femme contre 1,84 en métropole, en 2018 [1]). Les Réunionnaises ont leurs enfants plus tôt. L'âge moyen à la maternité s'élève à 28,7 ans en 2018, soit deux ans de moins qu'en métropole. La part des mères mineures reste plus fréquente

sur l'île que dans l'hexagone, bien qu'elle soit en recul (2,2 % des naissances en 2018 contre 4,5 % au début des années 2000). Ces tendances s'expliquent notamment par la jeunesse de sa population et par la plus forte proportion de femmes en âge de procréer. De plus, le taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) chez les femmes de 15 à 49 ans reste important (21,8 % en 2018, contre 15 % en métropole [2]).

Au cours des trente dernières années, l'amélioration des conditions de l'habitat, de l'hygiène de vie, des infrastructures, de l'économie et du niveau de scolarisation a permis d'augmenter l'espérance de vie à la naissance de la population, se rapprochant ainsi de celle de la métropole. Pour autant, les indicateurs de périnatalité demeurent défavorables avec des taux 1,5 à 2 fois supérieurs à ceux de métropole. La mortalité infantile s'élève à 6,1 ‰ (contre 3,6 ‰ en métropole) et la mortalité néonatale,



© Edgar Méry

L'ESSENTIEL

▶ **À La Réunion, l'espérance de vie se rapproche de celle de la métropole, mais les indicateurs de périnatalité demeurent défavorables, conséquence notamment de facteurs de risques plus fréquents et persistants et de la situation économique et sociale défavorable avec le taux de chômage le plus élevé des départements français. Le niveau de vie souffre aussi de prix à la consommation plus élevés qu'en métropole. Parallèlement, la société réunionnaise évolue rapidement et fait face à un bouleversement des structures familiales et à un développement des familles monoparentales (25 %). Côté positif : les avancées dans la démocratisation du système éducatif ont favorisé l'arrivée des filles à l'école et celle des femmes sur le marché du travail. Le parcours de soins de la femme enceinte à La Réunion s'effectue dans un contexte de précarité beaucoup plus importante qu'en métropole, avec une entrée plus tardive dans le parcours de suivi périnatal.**

à 4,6 ‰ (contre 2,4 ‰ en métropole), en 2018 [3]. La mortalité infantile est considérée comme un reflet non seulement de la qualité et de l'efficacité du système de santé, mais aussi de la situation économique et sociale.

C'est à La Réunion que le taux de chômage est le plus élevé parmi les départements français – 24 % en 2018, contre 9,1 % en métropole³. Cette fragilité sociale touche particulièrement les jeunes de moins de 25 ans : 50 % d'entre eux sont au chômage. En 2017, plus d'un tiers de la population bénéficiait de la couverture maladie universelle complémentaire (CUM-C). 40 % de la population avait un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté national, soit 1 042 euros par mois en 2015 (14 % en métropole [1]).

Ces conditions socio-économiques font que la richesse par habitant⁴ est 1,6 fois plus faible à La Réunion qu'en métropole [4]. Une grande partie de la population est ainsi mise à l'écart du développement économique de l'île avec des revenus plus bas que ceux de métropole, alors que les prix

à la consommation sont plus élevés (estimés de deux à trois fois plus qu'en métropole⁵). Pour un quart des Réunionnais, la ressource monétaire principale est constituée de prestations sociales (allocations familiales, aides au logement et minima sociaux). Les manques d'emplois et de revenus d'activité expliquent en grande partie cette plus forte précarité où seule la moitié des Réunionnais en âge de travailler occupaient un emploi en 2015, contre les deux tiers en métropole. Les derniers événements – les contestations sociales de novembre 2018 et de novembre 2008 contre la vie chère et le manque d'emplois – attestent cette fragilité sociale.

Par ailleurs, la coexistence pacifique entre les différents cultes et cultures présents sur le territoire de l'île de La Réunion est un point fort qui pourrait venir éclairer et stimuler d'autres analyses contribuant à développer des stratégies sociales pour un meilleur « vivre-ensemble » [5 ; 6] en famille et en société dans des territoires et des contextes relationnels en tension. L'expression de la laïcité vécue dans ce département français d'outre-mer permet à la pluralité des valeurs familiales de coexister dans le respect et la dignité de leur singularité. Ce qui n'est pas le cas partout puisque certains auteurs soutiennent que la coexistence pacifique des religions est souvent un mythe [7].

Le poids des familles monoparentales

Le contexte sociétal et culturel de l'île de La Réunion connaît depuis quarante ans une évolution très rapide. La famille et les relations sociales entre parents et enfants émanant de l'organisation de la parenté ont également fortement évolué.

Le passage d'une société dans laquelle l'organisation de la famille traditionnelle était construite sur une répartition des rôles et des fonctions relevant d'un partage – des tâches selon le genre au sein du couple – strict reconnu et respecté par les époux à une société qui évolue vers plus de démocratie et de liberté se fait à partir des années 1970.

Les métissages se sont multipliés et l'évolution générale tend à davantage d'égalité entre les cultures et

« LE MILIEU D'INTERCONNAISSANCE DANS LEQUEL ÉVOLUAIENT LES FAMILLES SE DISTEND PEU À PEU POUR LAISSER PLACE À DAVANTAGE DE MOBILITÉ SOCIALE, GÉOGRAPHIQUE ET ÉGALEMENT FAMILIALE. »

les genres. Les avancées dans la démocratisation du système éducatif, construites sur un objectif d'égalité des chances en veillant au développement de l'accès à l'école pour tous, ont favorisé l'arrivée des filles à l'école et des femmes sur le marché du travail. Le milieu d'interconnaissance dans lequel évoluaient les familles se distend peu à peu pour laisser place à davantage de mobilité sociale, géographique et également familiale.

La famille traditionnelle, structurée sur le modèle de la famille souche et/ou nucléaire, tend à évoluer. Les familles monoparentales et recomposées sont plus nombreuses aujourd'hui. Si la famille monoparentale existe depuis le début du peuplement, son développement se trouve aujourd'hui accéléré, conséquence de la fragilité du développement socio-économique.

Un quart des familles réunionnaises sont des familles monoparentales⁶ et 38 % des enfants de moins de 18 ans vivent dans ces familles (20 % en métropole [1]). Les mineurs et les familles monoparentales sont particulièrement touchés par la précarité. En 2015, 39 % des mineurs vivaient dans une famille dont aucun parent n'avait d'emploi (12 % en métropole). Ce taux est de 68 % pour les enfants de familles monoparentales. Par ailleurs, les mères isolées cumulent les facteurs de risques de pauvreté. Leur faible niveau d'études et la problématique de la garde des enfants constituent des freins à leur insertion professionnelle (seul un tiers d'entre elles sont en emploi [1]).

De nos jours, la nette augmentation des familles monoparentales s'explique par divers facteurs liés à la fois à la précarité socio-économique, au

changement de la place de l'homme et de la femme dans le foyer et enfin à l'arrivée des aides sociales.

Une approche sociologique sur le parcours prénatal de la femme

L'étude [8] réalisée par l'agence régionale de santé de l'océan Indien, relative à la description du parcours de soins de la femme enceinte à La Réunion, met en évidence un certain nombre de caractéristiques des parturientes réunionnaises :

- une précarité beaucoup plus importante qu'en métropole ;
- des facteurs de risques plus fréquents (diabète gestationnel, surpoids, hypertension) ;
- une entrée plus tardive dans le parcours de suivi périnatal recommandé par la Haute Autorité de santé (HAS), pour un tiers des femmes réunionnaises.

L'étude montre qu'il existe trois types de parcours suivant que le suivi est insuffisant, moyen ou conforme. Une étude qualitative est actuellement en cours pour connaître, pour la première fois, le point de vue des femmes engagées dans ces parcours. À travers l'analyse de leur vécu, de

leurs représentations, de leurs pratiques et de leurs comportements, son objectif est d'identifier les ressorts de leurs comportements et les déterminants de leurs choix. Il s'agit également de savoir si les différents types de parcours correspondent à différents profils de femmes ; et enfin de questionner, à la lumière de ces éléments, l'offre de prévention et de soins mise en place, afin de réajuster la politique de santé en matière de suivi de l'enfant et de la mère, tout en tenant compte du contexte sociétal, culturel et économique de l'île. ■

1. Différence entre les naissances et les décès.
2. Somme des taux de fécondité pour chaque âge (femmes de 15 à 49 ans) établis pour une année donnée.
3. Au sens du Bureau international du travail (BIT).
4. Produit intérieur brut (PIB).
5. Pour en savoir plus, voir le site de l'observatoire des prix, des marges et des revenus à La Réunion (OPMR), dont l'avis suivant : <http://www.opmr.re>
6. Une famille, au sens de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), est constituée d'au moins deux personnes, soit un couple marié ou non, avec ou sans enfant(s), soit un adulte avec son ou ses enfants.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). *Flash Réunion*. Janvier 2020, n° 170. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4295626>
- [2] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). *Études & Résultats*. Septembre 2019, n° 1125. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1125.pdf>
- [3] *Scan Santé*. Indicateurs de périnatalité 2018. Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) — Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih). En ligne : <https://www.scan-sante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale>
- [4] Institut d'émission des départements d'outre-mer (ledom). *Rapport d'activité 2018 ledom La Réunion*. En ligne : <https://www.iedom.fr/la-reunion/publications/rapports-annuels/rapports-d-activite/article/rapport-annuel-2018-iedom-la-reunion>
- [5] Malbert T. L'approche interculturelle de l'éducation au cœur des programmes scolaires. *In Diversité*

- culturelle et interculturelle : quelles assises pour la paix ?* Assises organisées par la Fondation pour la paix et l'interculturalité (FIP) du 3 au 5 décembre 2012. Ile Maurice : Mahatma Gandhi Institut, 2013.
- [6] Cambefort J. -P. *Enfances et familles à La Réunion*. Paris : L'Harmattan, 2001 : 274 p.
 - [7] Luffin X., Weis M. Un regard critique sur les « mythes » de la coexistence religieuse. *Cahiers de la Méditerranée*. 2013, n° 86. En ligne : <https://journals.openedition.org/cdlm/6871?lang=fr>
 - [8] Nguyen A. D., Chan Wan G. N., Chopinet-Dijoux S. Étude descriptive du parcours de soins de la femme enceinte à La Réunion, *Bulletin de veille sanitaire océan Indien*. Santé publique France, août 2017, n° 35. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/océan-indien/documents/bulletin-regional/2017/bulletin-de-veille-sanitaire-océan-indien.-n-35-aout-2017>

La Réunion : un plan périnatalité pour la santé de la mère et de l'enfant

Anh Dao Nguyen,
médecin inspecteur
de santé publique,
Direction de l'animation
territoriale et des parcours
de santé (DATPS),
conseillère médicale,
agence régionale de santé
de La Réunion,

Inès Lobo de Sousa,
médecin coordonnateur
responsable du service
de protection maternelle
et infantile (PMI), conseil
départemental de La Réunion.

celui de la métropole. Une maison de naissance complète ce déploiement équilibré de l'offre dans les quatre zones de proximité de l'île. Quant à la densité de professionnels, elle est équivalente à celle de la métropole pour les médecins et supérieure pour les sages-femmes.

Malgré ce contexte sanitaire favorable, seulement trois femmes sur quatre débutent le suivi prénatal au premier trimestre de grossesse. Les résultats de périnatalité sont défavorables avec une surmortalité maternelle et infantile, ce qui conduit à s'interroger sur l'impact des déterminants sociaux de santé. À cet égard, 56 % des femmes enceintes à La Réunion sont bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), contre 16 % en métropole. Cette valeur moyenne masque des disparités infrarégionales, le maximum (65 %) étant atteint dans la zone Est.

La précarité maternelle se prolonge à l'enfant. Un enfant sur 10 vit toute son enfance exclusivement

Située dans l'océan Indien à onze heures de vol de Paris, La Réunion dispose d'une offre de soins périnatale et pédiatrique dense et diversifiée. Les sept maternités publiques et privées bénéficient d'un niveau d'équipement comparable à celui de la métropole. Une maison de naissance complète ce déploiement équilibré de l'offre dans les quatre zones de proximité de l'île. Quant à la densité de professionnels, elle est équivalente à celle de la métropole pour les médecins et supérieure pour les sages-femmes. Malgré ce contexte sanitaire favorable, seulement trois femmes sur quatre débutent le suivi prénatal au premier trimestre de grossesse. Les résultats de périnatalité sont défavorables avec une surmortalité maternelle et infantile, ce qui conduit à s'interroger sur l'impact des déterminants sociaux de santé. À cet égard, 56 % des femmes enceintes à La Réunion sont bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), contre 16 % en métropole. Cette valeur moyenne masque des disparités infrarégionales, le maximum (65 %) étant atteint dans la zone Est. La précarité maternelle se prolonge à l'enfant. Un enfant sur 10 vit toute son enfance exclusivement

avec un seul parent, la mère le plus souvent (un sur 50 en métropole). En famille monoparentale, le parent ne travaille pas dans deux tiers des cas, contre un tiers en métropole [1]. Or, la monoparentalité [2] et la précarité familiale [3] comptent parmi les déterminants d'échec scolaire. Les résultats 2018 des évaluations en début de CE1 [4] montrent que les élèves de La Réunion ont des acquis en lecture et en calcul en deçà des moyennes nationales. Lors de la Journée 2018 de défense et de citoyenneté, 27,2 % des jeunes de La Réunion rencontraient des difficultés avec l'écrit, un score moins bon que le moins bon score métropolitain (17,2 %) [5].

Face à ces constats, la feuille de route régionale de périnatalité privilégie les leviers d'actions susceptibles, d'une part, de susciter l'envie des femmes et des familles à se mobiliser en faveur de la préservation de leur santé, et d'autre part, de favoriser leur accès à la prévention et aux soins.

Favoriser l'accès aux soins

Pourquoi une femme enceinte sur quatre à La Réunion entre-t-elle tardivement dans le parcours prénatal conçu pour préserver sa santé et celle de l'enfant à naître ? Selon les professionnels, l'explication réside dans un enchaînement de facteurs. Parmi les déterminants structurels sont citées :

- la complexité des procédures administratives de renouvellement des droits sociaux ;
- leur dématérialisation progressive dans un contexte d'inégalités d'accès à Internet [1] ;

- les difficultés d'accès aux services pour les familles vivant dans les endroits isolés, dénommés à La Réunion « les écarts ».

Au titre des freins individuels sont évoqués :

- le manque d'explications concernant l'intérêt des consultations et des examens médicaux ;
- les niveaux disparates de *littératie*¹ en santé et d'*illectronisme*² [6] ;
- la peur de poser des questions au médecin ;
- l'isolement lié à la précarité.

Cependant, les professionnels le disent eux-mêmes, il serait bon d'interroger les femmes concernées. Le parcours prénatal tel que normé : un entretien prénatal, sept consultations prénatales, trois échographies et examens biologiques, est-il pertinent pour toutes les femmes et facilement accessible ?

Les études et les enquêtes réalisées à La Réunion, dont une *Étude descriptive du parcours de soins de la femme enceinte* [7], mettent en lumière le manque de données objectives sur les représentations, connaissances, pratiques et comportements des femmes vis-à-vis du suivi prénatal. C'est la raison pour laquelle une étude qualitative sur les parcours prénataux est en cours de réalisation. Les études disponibles soulignent aussi la nécessité de mettre en action des leviers efficaces pour réduire les défauts identifiés d'accessibilités géographique, organisationnelle et psycho-socio-culturelle de l'offre de santé. Ces leviers peuvent être divers, allant de la prise en compte de la littératie en santé dans l'information des publics à une

organisation plus intégrative et plus proche. Ainsi, les bus-santé promus dans la politique de « l'aller-vers » en santé sexuelle pourraient être mobilisés sur la santé périnatale avec d'autres acteurs. Le développement d'un partenariat efficace entre les centres hospitaliers, les praticiens libéraux et les sages-femmes de centres de protection maternelle et infantile (PMI) va permettre à terme d'améliorer la transmission d'informations et d'activer une proposition de suivi médico-social à domicile par la PMI, pour les femmes avec des facteurs de vulnérabilité identifiés.

En outre, la PMI – qui réalise déjà 75 % des dépistages des troubles du développement à 3 ans – se donne pour objectifs d'atteindre la totalité des enfants et de réussir l'orientation vers le soin des enfants dépistés. Cela passe par la construction d'un partenariat agile et efficace avec le rectorat, l'agence régionale de santé (ARS) et la médecine de ville.

Créer des espaces favorables au bien-être et à la santé

Des programmes innovants ou des pistes de réflexion se sont développés ces dernières années afin de centrer les approches sur les besoins fondamentaux de l'enfant et de renforcer la démarche d'aller vers les populations.

Le concept des « 1 000 premiers jours » développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) incite les acteurs médicaux et médico-sociaux à penser l'environnement de l'enfant de façon globale. Lors de cette période comprise entre le quatrième mois de grossesse et les 2 ans de l'enfant, plus la prévention sera précoce, plus elle sera efficace. Au-delà de la prévention des facteurs de risque les plus communément partagés (alimentation, addictions...), il s'agit de s'intéresser aux conditions de vie, aux interactions sociales : un enfant ayant grandi dans un univers sécurisé sera deux à cinq fois moins fréquemment hospitalisé [8] ; ces enjeux sont d'autant plus forts à La Réunion où les violences faites aux enfants sont fréquentes [1].

Le programme des 1 000 premiers jours a vocation à développer davantage des espaces collectifs favorisant l'*empowerment*³ communautaire et de façon renforcée dans



© Edgar Méry

L'ESSENTIEL

▣ **La Réunion dispose d'une offre de soins périnatale et pédiatrique dense et diversifiée. Malgré ce contexte sanitaire favorable, les indicateurs de périnatalité restent préoccupants avec une surmortalité maternelle et infantile, ce qui conduit à s'interroger sur l'impact des déterminants sociaux de santé. Les conditions socio-économiques dégradées ont en effet un impact défavorable sur la santé de la mère et de l'enfant. Entre autres, la précarité familiale est un déterminant d'échec scolaire. Le plan régional de périnatalité a pour objectif principal de favoriser l'accès à la prévention et aux soins pour les parents et pour l'enfant. Il s'agit en particulier d'améliorer l'accessibilité géographique, organisationnelle de l'offre de santé sous tous ses aspects psycho-socio-culturels. Ainsi, le partenariat accru entre hôpitaux, praticiens libéraux, sages-femmes et centres de protection maternelle et infantile (PMI) va améliorer l'accompagnement et la prise en charge des femmes ayant des facteurs de vulnérabilité identifiés. Les actions mises en œuvre privilégient les besoins fondamentaux de l'enfant et renforcent la démarche d'aller vers les populations.**

les zones défavorisées. À ce titre, l'État, le conseil départemental de la Réunion et la caisse d'allocations familiale (CAF) travaillent en partenariat pour améliorer la visibilité de l'offre de soins et de soutien à la parentalité, de la prise en charge et de l'accompagnement des futurs et jeunes parents, dans le cadre conjoint de leurs nouveaux schémas départementaux et de la stratégie de lutte contre la pauvreté. Les centres de PMI vont également développer, à l'horizon 2021, des ateliers d'accompagnement à la parentalité centrés sur les besoins des familles, qui pourront répondre aux questions des parents ou être dédiés à un apprentissage spécifique, comme le massage du bébé. Ce type d'intervention favorise le bien-être de l'enfant, les liens de communication parent-enfant et permet aussi de rompre l'isolement et d'accéder aux

soins gratuits auprès d'un professionnel de santé par la « porte d'entrée » préventive.

Développer le pouvoir d'agir des familles

La réussite scolaire des enfants implique, entre autres, la participation active des parents [3]. Les actions de parentalité positive se sont déjà implantées à La Réunion, comme le dispositif des classes passerelles pour les jeunes enfants et le programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP⁴).

L'évaluation du dispositif passerelle [9] à La Réunion souligne l'intérêt de ces classes tant pour l'enfant que pour ses parents ; en complément, elle conclut à la nécessité d'inscrire ce dispositif « dans une logique de parcours en renforçant le partenariat [...] avec les acteurs du secteur médico-social [...], pour les questions relatives à la santé

mais également dans la construction d'un lien d'attachement de qualité ». Le partenariat aura pour objectif de veiller à « harmoniser les discours éducatifs des professionnels » pour éviter aux parents de se perdre « dans des modèles éducationnels [...] contradictoires ». Une collaboration est aussi recommandée avec les associations de soutien à la parentalité pour « consolider les compétences » des parents.

Le projet régional de santé (PRS) de La Réunion définit des objectifs opérationnels relatifs à la santé de l'enfant. Parmi ceux-ci, il prévoit une stratégie de communication qui devrait être disponible en 2021 sur les repères de développement de l'enfant et sur ses besoins pour grandir, en veillant à la cohérence des messages des professionnels. Le projet de santé inclut également la mise à disposition d'un répertoire opérationnel de ressources aux familles [10]. Ces outils seront élaborés en partenariat et adaptés aux différents niveaux de littératie afin de les rendre accessibles et compréhensibles par tous.

Ils contribueront au renforcement des compétences sociales, cognitives et émotionnelles des parents en leur permettant de suivre les progrès de leurs enfants et de savoir solliciter la bonne aide au bon moment. C'est une façon concrète d'inscrire chaque parent dans un processus d'empowerment individuel. Une attention particulière sera portée aux familles de la zone Est dans le plan d'actions de lutte contre la pauvreté.

S'appuyer sur le programme des 1 000 jours

La réflexion sur les déterminants sociaux de santé, initiée lors des discussions du projet régional de santé (PRS) sur le programme des 1 000 jours, prend peu à peu son essor. Le premier acte fort est l'engagement du Département à co-animer avec l'agence régionale de santé la mise en œuvre du PRS sur trois champs :

- santé de la mère ;
- santé de l'enfant ;
- santé sexuelle.

Le maillage intersectoriel mis en place se prolonge dans la déclinaison locale de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté.

Le croisement entre PRS et plan d'actions de lutte contre la pauvreté sera constitué par le programme des 1 000 jours, sur lequel il y a un consensus régional pour l'étendre jusqu'aux 6 ans de l'enfant. La déclinaison débutera dans la zone Est, la plus marquée par les indicateurs de précarité. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Rachou E. (dir.), Louacheni C., Ricquebourg M., observatoire régional de santé de l'océan Indien (ORSOI). *Tableau de bord petite enfance, enfance, adolescence à La Réunion* [Rapport commandité par l'agence régionale de santé de l'océan Indien (ARSOI)]. Saint-Denis : ARSOI, octobre 2019 : 49 p. En ligne : https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/orsoi_tb_epe_reunion_2019_web.pdf

[2] Cretin L. Les familles monoparentales et l'école : un plus grand risque d'échec au collège ? Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) B1, *Éducation & Formations*, décembre 2012, n° 82 : p. 51-66. En ligne : https://cache.media.education.gouv.fr/file/82/31/6/DEPP_EetF_2012_82_Familles_monoparentales_237316.pdf

[3] Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec. Programme d'intervention pour favoriser la réussite scolaire dans les milieux défavorisés. Facteurs de réussite par cible. Cible 2 : La famille. En ligne : <http://www.education.gouv.qc.ca/organismes-communautaires/organismes-communautaires/programme-d'intervention-pour-favoriser-la-reussite-scolaire-dans-les-milieux-defavorises-fecre/facteurs-de-reussite-par-cible/la-famille/>.

[4] Équipe Repères CP-CE1, Évaluations repères 2018 de début CE1 : premiers résultats. Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP). *Note d'information*, avril 2019, n° 19.14. En ligne : <https://www.education.gouv.fr/evaluations-reperes-2018-de-debut-de-ce1-premiers-resultats-9887>

[5] Chabanon L. Journée défense et citoyenneté 2018 : plus d'un jeune Français sur dix en difficulté de lecture. Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP). *Note d'information*, juin 2019, n° 19.20. En ligne : <https://www.education.gouv.fr/journee-defense-et-citoyennete-2018-plus-d-un-jeune-francais-sur-dix-en-difficulte-de-lecture-9998>

[6] Grangé C. Technologies de l'information et de la communication : une fracture générationnelle plus précoce et plus prononcée à La Réunion. *Insee Analyses Réunion*, juin 2019, n° 41. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4173254>

[7] Nguyen A. D., Chan Wan G. N., Chopinet-Dijoux S. Étude descriptive du parcours de soins de la femme enceinte à La Réunion. *Bulletin de veille sanitaire (BVS) océan Indien*, août 2017, n° 35. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/>

océan-indien/documents/bulletin-regional/2017/bulletin-de-veille-sanitaire-ocean-indien.-n-35-aout-2017

[8] Ministère de la Solidarité et de la Santé. Pacte pour l'enfance. Les 1 000 premiers jours, qu'est-ce que c'est ? Octobre 2019. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/1000jours/article/les-1000-premiers-jours-qu-est-ce-que-c-est>

[9] Observatoire de la Parentalité. *Classes passe-relles. Académie de La Réunion - Ce que les parents bénéficiaires en disent et en retiennent trois ans après le dispositif* [Rapport d'étude commandité par la caisse d'allocations familiales (CAF) de La Réunion]. Saint-Denis : CAF, février 2018 : 69 p. En ligne : http://www.observatoireparentalite.re/wp-content/uploads/2018/06/Classe-Passerelle_Rapport-d%C3%A9tude.pdf

[10] *Projet de santé 2018-2028 Réunion – Mayotte. Schéma de santé 2018-2023 de La Réunion*. Saint-Denis : agence régionale de santé océan Indien. p. 17-22. En ligne : http://www.irtsreunion.fr/IMG/file/telechargement/ARS-01_PRS2_SRS%20REU-MAY_VD.pdf

À La Réunion :

« Former les professionnels aux troubles de l'alcoolisation fœtale »

Entretien avec Bérénice Doray, professeur de génétique et praticien hospitalier au centre hospitalier universitaire de La Réunion, directrice du centre ressources Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (Etcaf).

La Santé en action : Comment expliquer la prévalence importante des troubles causés par l'alcoolisation fœtale à La Réunion ?

Bérénice Doray : Avec 1,2 cas pour 1 000 naissances, La Réunion est la région de France qui paie le plus lourd tribut en termes de troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF), selon les chiffres de 2018 de Santé publique France [1], et ce pour la forme la plus visible : le syndrome d'alcoolisation fœtale ou SAF, associant signes physiques avec retard de croissance, malformations et dysmorphie, et surtout des troubles neurocognitifs. Il faut toutefois prendre ces chiffres avec précaution, car dans certaines régions, il peut y avoir une sous-évaluation, les professionnels de santé ne reconnaissant pas forcément les conséquences de l'alcoolisation fœtale. Par ailleurs, ce chiffre n'est qu'un chiffre plancher, reflétant la partie émergée de l'iceberg : la plupart des enfants ne présentent pas de signes physiques visibles, mais sont cérébro-lésés ; les troubles surviennent plus tardivement par un retard de langage, des troubles de l'attention, des difficultés dans les interactions sociales. Les conséquences sont majeures, avec des problèmes d'intégration au sein

de l'école, de la société, du monde du travail. Et cela n'est pas forcément diagnostiqué. À La Réunion, c'est une question majeure, nous estimons que de 2 à 3 % des enfants pourraient être concernés [2-8].

S. A. : Existe-t-il un contexte spécifique favorisant l'alcoolisation fœtale ?

B. D. : La consommation d'alcool par habitant et par année est légèrement inférieure à la moyenne nationale. En revanche, les gens qui consomment le font en quantité souvent plus importante. La Réunion est la deuxième région de France pour la mortalité, avec 450 décès annuels liés à l'alcool. Comme en métropole, l'écart se réduit entre hommes et femmes : une femme sur dix entre 15 et 49 ans a une consommation hebdomadaire ; et le *binge drinking*¹ s'est développé chez les jeunes. Or la consommation d'alcool est particulièrement à risque chez les jeunes filles, puisqu'il y a sept fois plus de grossesses chez les mineures à La Réunion. Par ailleurs, les conditions socio-économiques sont différentes, avec un taux de pauvreté s'élevant à 40 % sur l'île (contre 14 % au niveau national). Tout coûte plus cher... sauf le rhum local, très peu taxé ; et ceci afin de soutenir la filière locale de production de canne à sucre. Un yaourt importé est hors de prix, mais un alcool local qui titre à 49° est bon marché. C'est une inégalité majeure de santé publique, scandaleuse. Un autre problème est la publicité, avec de grandes affiches au bord des routes, près de nos hôpitaux et de nos écoles, dans nos boîtes aux lettres, qui instaure une image normalisée de

l'alcool, favorisant le démarrage précoce des consommations. Les jeunes femmes commencent à la bière locale, passent aux bières fortes, puis elles se tournent très vite vers le rhum.

S. A. : Quel dispositif a été mis en place pour prévenir l'alcoolisation fœtale ?

B. D. : Sans avoir ici la possibilité de retracer l'historique complet de la prévention de l'alcoolisation fœtale à La Réunion, au cours des dernières années nous sommes partis d'un constat : la méconnaissance des acteurs et du grand public sur ce sujet et l'absence de communication entre les différents professionnels concernés. Le centre ressources Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (Etcaf) a pour mission première de rendre visible ce qui ne l'est pas, c'est-à-dire les dangers de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse, afin de faire évoluer les comportements du grand public et aussi des professionnels. Il est devenu le chef d'orchestre du dispositif régional dont le but est de mettre au service des familles des professionnels formés et engagés, non seulement du secteur sanitaire mais aussi du social, de l'Éducation nationale, de la justice. Ces actions concernent plusieurs champs de la formation initiale : les étudiants en médecine – j'anime personnellement une séance de deux heures en première année des Études de santé – ; les sages-femmes, les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture, les élèves du CAP Petite Enfance et les éducateurs de jeunes enfants, les étudiants en psychomotricité...

Depuis 2016, près de 5 000 étudiants ont été formés, toutes filières confondues. Nous proposons également la formation continue pour les gynécologues, les généralistes, les sages-femmes, le personnel des établissements scolaires (médecins, infirmiers, psychologues, assistantes sociales...). À l'avenir, nous pensons ajouter un volet pour les professeurs de collège et de lycée de sciences de la vie et de la Terre (SVT) afin que ce problème majeur de santé publique entre dans le programme scolaire. En 2019, nous avons pu accompagner les équipes de protection maternelle et infantile (PMI) et début 2020, nous accompagnerons les orthophonistes de l'île. Selon le questionnaire de satisfaction, 80 % des participants se disent satisfaits de la formation et affirment avoir acquis des connaissances utiles pour leur pratique professionnelle.

S. A. : Comment organisez-vous l'information à destination du grand public ?

B. D. : L'information s'adresse à tous ; nous sommes tous concernés, bien évidemment les futures mères et aussi les futurs pères. Ne s'adresser qu'aux femmes risquerait de les stigmatiser encore plus et de faire porter, à tort, toute la culpabilité sur elles alors que nous sommes tous responsables. Il est important que la population acquière un même niveau de connaissances sur le sujet afin d'éviter les discours contradictoires à l'école, dans la famille, au travail, entre amis. Dans mes interventions, j'utilise le même langage, que je m'adresse à des professionnels ou au grand public. Ainsi, tout le monde dispose de connaissances communes.

S. A. : Quel message central faites-vous passer ?

B. D. : Le message Zéro alcool a le mérite de la simplicité : zéro alcool pendant la grossesse, c'est prendre zéro risque. Cependant, ce message doit s'appuyer sur des arguments scientifiques rigoureux, sinon les gens voient juste l'interdiction, sans justification : « *l'alcool est un toxique dangereux pour le développement du futur bébé ; sa consommation peut générer des malformations, des troubles*

d'apprentissage, des difficultés pour l'école et la vie entière. L'alcool entraîne des anomalies de l'expression des gènes dans toutes les cellules, ce qui inclut les spermatozoïdes. Le spermatozoïde contient la moitié du patrimoine génétique du futur bébé ; la consommation du futur père n'est donc pas sans risque. »

Le message complet est donc zéro alcool pour la future maman et pour le futur papa à l'arrêt de la contraception dès qu'il y a un projet parental, et pendant la grossesse. Ce message simple mais logique et s'appuyant sur des bases scientifiques éprouvées est bien compris lors des formations et largement relayé. Nous atteignons le grand public de diverses manières : en tenant des conférences, par exemple lors de la Journée du syndrome d'alcoolisation fœtale chaque 9 septembre ; en allant à la rencontre des gens sur les marchés où nous échangeons avec eux et leur distribuons des prospectus ; en intervenant dans les médias, notamment à la radio qui est très écoutée des Réunionnais. Nous visons en particulier les jeunes en animant des débats dans les antennes de l'île du centre régional d'Information jeunesse. Nous nous sommes rendus à plusieurs reprises dans des établissements scolaires afin de pouvoir tester nos outils de communication auprès des jeunes et animer des Cafés des parents. L'un de nos objectifs est de former des formateurs afin de multiplier nos capacités de communication et d'information.

S. A. : Est-il possible d'agir sur le comportement sans culpabiliser les femmes concernées ?

B. D. : Il faut en parler sans tabou et régulièrement. Dans toute consultation médicale, la question doit être posée, comme on le fait désormais couramment pour le tabac. Le patient doit trouver naturel qu'on lui pose la question de sa consommation d'alcool et ce sera d'autant mieux accepté et compris qu'il aura déjà entendu parler des risques et des repères de consommations par les médias, identifié le pictogramme alcool-grossesse sur une bouteille. Les médecins doivent en parler avec empathie, cela suppose qu'ils aient été formés, de préférence le plus tôt possible, et c'est la raison pour laquelle nos étudiants en santé

sont formés par le centre ressources dès la première année et au cours du service sanitaire. En pratique, j'ai tendance à distinguer deux types de consommation : soit une consommation occasionnelle, festive – dans ce cas, une information précise et argumentée des risques permettra le plus souvent d'arrêter la consommation, même s'il faudra continuer de questionner la personne à chaque consultation ; soit il s'agit d'une consommation importante, chronique : lors de ces usages problématiques, l'alcool est la béquille qui permet de tenir, d'oublier le quotidien.

S. A. : Comment aborder la question de l'alcool lors de la consultation ?

B. D. : Dans les deux cas, il ne s'agit pas de demander de but en blanc : « *Et vous buvez ?* » Le risque est que la patiente donne une réponse négative pour avoir la paix, souvent aussi parce qu'elle ressent de la honte. Il est possible d'amorcer la conversation en explorant les connaissances de la patiente, son point de vue sur la question : « *Que savez-vous des conséquences de la consommation d'alcool ou de tel produit pendant la grossesse ?* », « *Que pensez-vous de la recommandation zéro alcool pendant la grossesse ?* » Il ne s'agit pas de poser ces questions dès le début de la consultation, un peu de façon obligatoire et systématique entre l'état civil et les antécédents. Il est préférable d'aborder la consommation en fin de consultation, possiblement après l'examen clinique, une fois une relation de confiance instaurée. L'alliance entre le professionnel et sa patiente se construit à partir d'une approche globale de la vie de cette femme : s'intéresser au déroulement de la grossesse – conditions de vie matérielle, affective... –, à la vie du couple et de son entourage plutôt qu'à la seule question de la consommation d'alcool. Il est important de questionner sur la consommation avant la grossesse, ce qui paraît moins stigmatisant à la femme. Personnellement, je pars du principe qu'elle consomme : « *Au niveau consommation d'alcool, que prenez-vous ? Plutôt de la bière, du vin ?* » et je laisse venir. Si l'on ne pose pas la question, c'est une forme de non-assistance à personne en danger, en l'occurrence la

L'ESSENTIEL

■ **La Réunion est le territoire français le plus touché par les troubles causés par l'alcoolisation fœtale. Un plan de prévention et d'accompagnement spécifique des femmes et des enfants concernés est mis en œuvre depuis plusieurs années. Le centre de ressources Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (Etcaf) forme les professionnels de tous les secteurs – santé, médico-social, social, éducatif, judiciaire – et coordonne leur action. Il informe aussi la population des risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse.**

femme qui continue à consommer et prend des risques sur sa santé, sur son psychisme, et le fœtus. En aucun cas il ne s'agit de culpabiliser : en cas de consommation festive, très souvent la femme ne se savait pas enceinte ; en cas de consommation problématique, qui culpabiliserait cette femme dont le quotidien est difficile ? Et dans tous les cas, si culpabilisation il devait y avoir, elle devrait à mon sens être collective, avec un corps médical qui souvent n'aborde pas le sujet, un entourage non aidant, une société incitatrice, des politiques parfois frioleux – il suffit de voir ce pictogramme alcool si ridiculement petit et dont on n'arrive pas à obtenir qu'il soit agrandi...

S. A. : Quels écueils avez-vous rencontrés dans le déploiement du dispositif ?

B. D. : Après plus de trois ans, force est de constater que la formation des médecins généralistes est encore insuffisante. Nous avons organisé des soirées à leur intention au titre du développement professionnel continu (DPC) ; mais très sollicités par de multiples formations, ils sont trop peu nombreux à en avoir bénéficié. Pourtant, il est fondamental qu'ils soient partie prenante : professionnels de premier recours, ils connaissent les familles, parfois sur plusieurs générations, se rendent à leur domicile, connaissent le quotidien de leurs patients. À nous d'activer les bons réseaux pour pouvoir les attirer.

S. A. : Quels ajustements avez-vous apportés au dispositif compte tenu des priorités observées sur le terrain ?

B. D. : Le déploiement du dispositif connaît des évolutions. Notre volonté est de former davantage les professionnels par territoires de santé. Au lieu de proposer des séquences par métiers – par exemple les infirmières scolaires, les orthophonistes... –, il nous faut davantage raisonner par territoires géographiques. L'objectif est de créer des interactions entre les professionnels concernés, de construire un réseau, un maillage local, afin que les actions soient mieux coordonnées et plus efficaces, au plus près de la population. Il s'agit donc, dans un endroit donné, d'identifier les professionnels en question et de voir comment ils peuvent s'organiser. Le recrutement d'un médecin coordonnateur permettrait de construire et de mettre en musique ce programme territorial. Par ailleurs, il faut adapter l'accompagnement aux situations spécifiques. Ainsi, lorsqu'une femme enceinte à la rue – cas rare, mais réalité – boit quotidiennement du rhum, le message Zéro alcool n'a aucune chance d'être entendu si rien n'est fait pour améliorer son environnement, les déterminants de sa vie quotidienne, et sa prise en charge globale. Ceci suppose un renforcement des moyens, notamment humains : deux éducatrices spécialisées de prévention en alcoologie constituent les équipes mobiles du dispositif Fil d'Ariaan. De plus en plus sollicitées, elles n'interviennent que sur les secteurs Nord et Sud de l'île. Nous ne pouvons investir pour le moment l'Est et l'Ouest, ce qui est inéquitable et inacceptable. Enfin, notre dispositif, fort de son succès, a dû s'adapter. Nous suivons plus de mamans et également de fratries ; dépister une femme enceinte, diagnostiquer un enfant conduit souvent à repérer ses frères et sœurs possiblement atteints. C'est donc un accompagnement qui doit se décliner à l'ensemble de la famille.

Propos recueillis par Nathalie Quéruef, journaliste.

1. Alcoolisation ponctuelle importante.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Laporal S., Demiguel V., Cogordan C., Barry Y., Guseva Canu I., Goulet V. *et al.* Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013. [Synthèse] Saint-Maurice : Santé publique France, coll. Données de surveillance, 2018 : 16 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/rapport-synthese-surveillance-des-troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale-analyse-des-donnees-du-programme-de-medicalisation-des-systemes-d-information-en-fra>
- [2] Riley E. P., McGee C. L. Fetal alcohol spectrum disorders: an overview with emphasis on changes in brain and behavior. *Experimental Biology and Medicine* (Maywood), juin 2005, vol. 230, n° 6 : p. 357–365.
- [3] Streissguth A., Barr H., Kogan J., Bookstein F. Primary and secondary disabilities in fetal alcohol syndrome. In: Streissguth A., Kanter J. (éds). *The Challenge of fetal alcohol syndrome: overcoming secondary disabilities*. Seattle: University of Washington Press, 1997.
- [4] Nash K., Stevens S., Rovet J., Fantus E., Nulman I., Sorbara D. *et al.* Towards identifying a characteristic neuropsychological profile for fetal alcohol spectrum disorders. 1. Analysis of the Motherisk FASD clinic. *Journal Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 2013, vol. 20, n° 1 : e44–e52.
- [5] Mattson S. N., Riley E. P., Gramling L., Delis D. C., Jones K. L. Neuropsychological comparison of alcohol-exposed children with or without physical features of fetal alcohol syndrome. *Neuropsychology*, 1998, vol. 12, n° 1 : p. 146–153.
- [6] Richardson G. A., Day N. L., Goldschmidt L. Prenatal alcohol, marijuana, and tobacco use: infant mental and motor development. *Neurotoxicology and Teratology*, juillet 1995, vol. 17, n° 4 : p. 479–487.
- [7] Riley E. P., McGee C. L. Fetal alcohol spectrum disorders: an overview with emphasis on changes in brain and behavior. *Experimental Biology and Medicine* (Maywood), juin 2005, vol. 230, n° 6 : p. 357–365.
- [8] Willford J. A., Richardson G. A., Leech S. L., Day N. L. Verbal and visuospatial learning and memory function in children with moderate prenatal alcohol exposure. *Alcohol Clin Exp Res*, 2004, vol. 28, n° 3 : p. 497–507.

CENTRE RESSOURCES DES TROUBLES CAUSÉS PAR L'ALCOOLISATION FŒTALE : FORMER, INFORMER, SUIVRE LES PARCOURS

Le centre ressources Etcaf a été créé en 2016 par l'agence régionale de santé (ARS) de La Réunion et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca). C'est un dispositif innovant et central du plan d'action de prévention et de prise en charge du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF). L'ARS et la Mildeca en ont confié la gestion à la Fondation Père-Favron en partenariat avec le centre hospitalier universitaire (CHU) de La Réunion. Le centre est composé d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels équivalant à 2,5 emplois à temps plein (ETP) : médecin directrice, chargée de mission, secrétaire, éducatrice spécialisée, animatrice. Ses principales missions sont de :

- former des professionnels au contact des familles vulnérables ;
- améliorer la formation initiale et continue de ces professionnels impliqués dans le repérage, le diagnostic et la prise en charge des situations maternelles à risque et des enfants atteints.

Les professionnels de santé ne sont pas les seuls formés : sont également concernés ceux du département, du secteur médico-social et de l'Éducation nationale : professionnels de l'enfance et de la famille (assistants familiaux et travailleurs sociaux), infirmiers scolaires, psychologues scolaires, assistants sociaux et enseignants. L'objectif poursuivi au travers de ces actions de formation est de transmettre un socle de connaissances commun afin de permettre aux professionnels de mieux repérer les situations à risques chez la femme enceinte, de mieux appréhender les enfants porteurs de TCAF, et de leur donner des pistes d'orientation scolaire et d'accompagnement socio-éducatif.

Une autre mission du centre ressources est de :

- contribuer à la diffusion des connaissances auprès du grand public, notamment des jeunes, en assurant, soutenant et relayant la communication au grand public sur les méfaits de l'alcool pendant la grossesse.

Le centre ressources Etcaf est pivot pour coordonner les différents acteurs impliqués dans le programme d'action contre l'alcoolisation fœtale. Il coordonne ainsi le suivi

des parcours des familles, en lien d'une part, avec les équipes mobiles SAF des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et, d'autre part, – et c'est là que nous innovons encore plus – en lien avec le Centre diagnostic. Ce centre, unique en France, fonctionne comme une structure d'hôpital de jour sur les deux sites Nord et Sud de notre CHU. Il permet, depuis 2017-2018, de réaliser un bilan multidisciplinaire afin de confirmer le diagnostic de TCAF, d'en préciser le type d'atteinte, les points forts et les points faibles de chaque enfant, de réaliser une synthèse à disposition de la famille et des professionnels concernés, de très souvent conduire à une déclaration auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et de préconiser des adaptations notamment scolaires et une prise en charge adaptée (orthophonie, psychomotricité, suivi psychologique).

Du fait des actions mises en place, près d'une centaine de femmes enceintes ou non sont identifiées et suivies par le dispositif et près de 150 enfants âgés de 5 ans à 18 ans se sont vus confirmer le diagnostic de troubles causés par l'alcoolisation fœtale.

Le centre ressources Etcaf doit diffuser son savoir-faire au-delà de La Réunion et s'enrichir des expériences internationales. Depuis 2018, il prend part à la construction d'un collectif d'addictologie visant au développement de partenariats et d'échanges afin d'améliorer les connaissances en addictologie dans ses approches anthropologique, médicale, psychologique, sociale et juridique dans l'océan Indien par une collaboration entre les pays de la zone (île Maurice, Seychelles, Madagascar, Mayotte, Comores).

En conclusion, le centre ressources Etcaf a su développer un dispositif répondant point par point aux recommandations du Plan national de mobilisation contre les addictions Mildeca 2018-2022 sur cette thématique. Il doit maintenant servir de modèle à la mise en place d'autres centres, tant en métropole que dans les autres régions d'outre-mer. Il collabore régulièrement avec des partenaires français et à l'étranger¹.

1. Le centre ressources Etcaf collabore avec le deuxième centre ressources français créé également en 2016 en Aquitaine, ex-Agir 33, futur Coréadd. Il a également participé récemment au colloque « Addictions et grossesse : mobilisons-nous ! », le 12 septembre 2019 à Angoulême.

Le centre ressources est en lien avec le monde associatif. Ainsi, Bérénice Doray est membre du conseil d'administration et du conseil scientifique de l'association Vivre avec le SAF. La collaboration comporte la rédaction de référentiels et l'organisation de réunions à l'intention des professionnels et des familles et la participation à des colloques. Le centre ressources Etcaf va participer en 2020 à l'élaboration du Programme national de diagnostic et de soins (PNDS) sur la problématique du syndrome d'alcoolisation fœtale.

Sur le plan international, le centre ressources de La Réunion est représenté régulièrement notamment à l'European Fetal Alcohol Spectrum Disorders (Eufasd), afin de présenter la structure, d'échanger, de tisser des liens pour renforcer son message de prévention à l'international et mettre en place des collaborations.

Pour en savoir plus

<http://etcaf.favron.org>

Diabète gestationnel : un programme d'éducation thérapeutique pour les femmes enceintes

Entretien avec Ameth Gueye,
médecin spécialiste en gynécologie-
obstétrique au centre médical de la femme
Artémis à Saint-Denis, île de La Réunion.

La Santé en action : Pourquoi avoir créé un programme d'éducation thérapeutique pour les femmes enceintes ?

Ameth Gueye : Lorsque j'ai quitté mon poste de praticien hospitalier au centre hospitalier (CHU) de Saint-Denis pour exercer en libéral, j'ai voulu retrouver le travail pluridisciplinaire de l'hôpital. C'est pourquoi la maison de santé Artémis a rassemblé deux gynécologues, deux sages-femmes, une ostéopathe, un acupuncteur, une diététicienne et une psychologue. Nous suivons les femmes enceintes et nous avons souhaité engager une action sur le diabète gestationnel et sur l'obésité. Il y a une prévalence forte du diabète à La Réunion : 14,8 % de la population entre 18 et 70 ans est concernée. La prévalence du diabète gestationnel est deux fois plus élevée qu'en métropole. 35 % de la population est en surpoids et 15 % d'entre elle présente une obésité. Et celle-ci est un facteur de risque de diabète de type 2. Une femme chez qui est diagnostiqué un diabète gestationnel présente des risques de développer plus tard un diabète de type 2¹. Nous avons déposé en 2012 un dossier de financement à l'agence régionale de santé (ARS) pour un programme d'éducation thérapeutique. La prise en charge est tournée vers la patiente, sa culture, ses croyances ; nous adaptons nos connaissances à ses habitudes, ce qui est favorable à la bonne observance du traitement. Nous nous sommes donc formés à cette pratique, que connaissaient déjà la diététicienne et la psychologue. Et le programme a été lancé en novembre 2013.

S. A. : Comment se déroule ce programme d'éducation thérapeutique du diabète gestationnel ?

A. G. : Nous pratiquons un premier test de dépistage du diabète gestationnel durant les premiers mois de la grossesse ou au sixième

mois (entre 24-28 semaines d'aménorrhée) ; si le diagnostic est confirmé, nous proposons à la personne de bénéficier du programme d'éducation thérapeutique. Si elle accepte, on lui explique, lors d'une première consultation réalisée par le gynécologue, les enjeux et les bénéfices de celui-ci. Le programme se décline en sept séances : Lors d'un bilan éducatif partagé réalisé avec la diététicienne, on apprend à connaître la patiente, ses difficultés, ses atouts afin de fixer des objectifs en fonction de sa situation familiale, professionnelle, etc. Ensuite, une séance assurée par une sage-femme est consacrée à l'apprentissage du contrôle de la glycémie. Une nouvelle séance avec la diététicienne permet de mettre au point un équilibre alimentaire adapté. Puis la sage-femme rencontre à nouveau la patiente et discute avec elle des bienfaits de l'activité physique régulière. Au cours d'un autre rendez-vous, la psychologue l'aide à surmonter les angoisses liées au vécu avec un diabète gestationnel. Une nouvelle séance avec la diététicienne permet de réévaluer l'équilibre alimentaire. Un dernier rendez-vous est organisé pour le bilan final, avec une sage-femme qui évalue si la patiente est autonome pour mesurer son taux de sucre et changer ses habitudes alimentaires. Jusqu'à l'exercice 2019-2020, nous avons une file active de six patientes par mois, principalement centrée sur la prévention du diabète gestationnel. Depuis, nous intégrons de plus en plus la question de l'obésité. Ce programme suit le même déroulement hormis une consultation supplémentaire avec la psychologue.

S. A. : Pourquoi avoir intégré cette consultation avec la psychologue ?

A. G. : Pour le programme d'éducation thérapeutique de la patiente (ETP) atteinte de diabète gestationnel, l'accompagnement psychologique est indispensable, tant l'annonce du diagnostic provoque de l'angoisse. Il faut être à son écoute et la rassurer : le diabète gestationnel peut être bien traité et l'adoption de nouvelles habitudes de vie sur le plan de l'alimentation comme de l'activité physique permet de prévenir l'apparition d'un diabète de type 2 plus tard. Le signal d'alerte

est ainsi une « chance », si les femmes sont bien accompagnées. Cependant, nous ne sommes pas encore suffisamment reconnus au niveau local : alors qu'environ 13 % des grossesses sont estimées problématiques en termes de diabète gestationnel, nous avons au départ rencontré des difficultés pour recruter des patientes. Le dispositif est financé par l'ARS qui alloue 350 euros par patiente pour les sept séances, ce qui finance les consultations psychologiques et diététiques qui ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale. L'ARS a décidé de soutenir le programme, nous sommes la seule structure de La Réunion qui propose de faire de l'éducation thérapeutique pour le diabète gestationnel sous cette forme pluridisciplinaire intégrée en ambulatoire.

S. A. : Comment ce programme est-il perçu par les femmes qui en bénéficient ?

A. G. : La thèse de médecine d'une interne a montré que les bénéficiaires sont satisfaites du programme. Elles ont bien intégré les principes de l'éducation thérapeutique dont elles voient les avantages par rapport à un accompagnement conventionnel. Elles disent avoir acquis des compétences pour gérer de façon autonome leur diabète gestationnel, grâce à l'autocontrôle glycémique et à l'équilibre de leur alimentation. Les séances leur apportent une connaissance sur leur fonctionnement et une certaine confiance en elles. Une élève sage-femme réalise son mémoire sur le devenir des femmes qui ont suivi le programme. Il sera intéressant de voir si les nouvelles habitudes alimentaires perdurent, un élément capital pour la prévention du diabète de type 2. Enfin, nous souhaitons qu'une évaluation scientifique soit effectuée. ■

Propos recueillis par **Nathalie Quéruel,**
journaliste.

1. Risque multiplié par 7 : recommandations du CNGOF : Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2010) 39, S338-S342.

La Réunion : programme expérimental de prévention des grossesses non désirées

Dr Catherine Gaud, présidente de la coordination régionale de la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (Corevih) de l'océan Indien, **Fanny Périanin,** coordinatrice des actions de prévention Saint-Denis, association Rive, **Maryse Picard,** directrice de l'Association d'éducation thérapeutique et d'intervention sociale (Asétis), Saint-Pierre.

Les départements d'outre-mer – et singulièrement La Réunion – se distinguent des autres régions françaises par un pourcentage important de jeunes au sein de leur population (32 % ont moins de 20 ans en 2013). Ces jeunes connaissent une grande précarité (65 % de chômeurs) par rapport à la métropole.

À La Réunion, et depuis des années, 500 enfants naissent de mères mineures, représentant environ 3,5 % de l'ensemble des naissances (contre 0,5 % en métropole). Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) à La Réunion reste élevé – 4 349 en 2010, 4 227 en 2016. À La Réunion en 2016, 19,9 % femmes de 15 à 49 ans ont eu recours à l'IVG contre 3,9 % en métropole [1]. Parmi elles, 16 % sont des adolescentes de 15-17 ans, soit près de trois fois plus qu'en métropole (6,6 %) [1]. Si le nombre d'interruptions volontaires de grossesse des mineures reste stable depuis plusieurs années – 375 par an en moyenne –, il représentait en 2012, selon un bulletin de l'observatoire régional de la santé de l'océan Indien (ORS OI), 8,4 % de l'ensemble des avortements effectués sur l'île [2].

Les grands déterminants de ce niveau élevé de grossesses non désirées sont :

- la carence d'information de la jeune femme, surtout en cas de niveau social et/ou d'instruction bas ;
- l'existence de violences intrafamiliales – sexuelles en particulier –, dont l'inceste, plus fréquent à La Réunion ;
- l'absence d'échange à l'initiative des parents sur la sexualité et sur la vie affective ;
- l'accès difficile à la contraception qui dépend, entre autres :
 - de l'attention des soignants de premier recours,
 - des modalités pratiques d'accès aux prescripteurs,
 - du coût de la contraception,
 - de la confidentialité vis-à-vis des parents.

Il était donc essentiel d'organiser un parcours de prise en charge de la jeune fille souhaitant avoir un accès, souvent rapide, à la contraception.

Agir sur les déterminants

Ce programme expérimental associe les acteurs concernés :

- les municipalités ;
- les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) ;
- les associations effectuant déjà de la prévention en santé sexuelle et affective ;
- les centres de planification familiale et les centres de protection maternelle et infantile (PMI) ;
- l'union régionale des médecins libéraux (URML) ;
- l'union régionale des professionnels de santé (URPS) des sages-femmes et des pharmaciens ;
- l'unité fonctionnelle de psychotrauma de l'établissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR).

Le programme entend agir sur les déterminants pouvant permettre de réduire les violences intrafamiliales et le nombre de grossesses non désirées des femmes de moins de 25 ans et particulièrement des mineures. Il s'est déroulé sur dix-huit mois (de mi-2018 à fin 2019) de la manière suivante :

- quatre mois de concertation, construction, élaboration et réalisation d'outils ;
- un an de déploiement des actions ;
- deux mois d'évaluation.

La partie information des soignants de premier recours n'est pas achevée et sera effectuée en 2020.

Objectifs et élaboration du programme

Le programme poursuit trois objectifs :

- permettre aux jeunes collégiens des villes de Saint-Denis et de Saint-Pierre d'avoir accès à un module de séances d'information et de prévention à la santé sexuelle, affective et reproductive. Les jeunes des missions locales de la ville bénéficient également de ce module, adapté à leur situation. Des supports comportant des adresses utiles seront laissés aux jeunes à l'issue de l'intervention ;
- proposer des séances d'information et de prévention à la santé sexuelle, affective et reproductive, destinées aux parents des mineures et des moins de 25 ans (voir encadré ci-après intitulé : « Des séances d'information aussi pour les parents ») ;
- développer un meilleur accès aux préservatifs, à une contraception d'urgence, à une contraception régulière.

Le programme inclut la sensibilisation des soignants de premier recours à la prévention des grossesses non



© Edgar Mamy

L'ESSENTIEL

► **À La Réunion, un programme expérimental d'information sur la vie affective et sexuelle est mis en œuvre dans des collèges, des missions locales, une école de la deuxième chance, afin de prévenir les grossesses non désirées. Des séances d'information sont également organisées pour les parents. Une première évaluation montre la pertinence de cette démarche. La carence d'information, l'absence d'échange avec les parents, l'accès difficile à la contraception figurent parmi les principaux facteurs expliquant le nombre important de grossesses non désirées à La Réunion, y compris chez les mineures.**

désirées et au dépistage des violences intrafamiliales, dont l'inceste, par le biais de formations et de visites personnalisées auprès des professionnels. Un autre objectif prioritaire de ce programme est de permettre à l'ensemble des acteurs concernés sur l'île de mieux se connaître et d'harmoniser les pratiques. Quel que soit le mode d'entrée dans ce qui pourra devenir un réseau d'acteurs de la santé affective,

sexuelle et reproductive, le parcours de prise en charge et de soins devra faciliter l'adhésion de la jeune fille dès la première rencontre et limiter au maximum les nombreux obstacles matériels actuels (coût, horaire d'ouverture, longs trajets, professionnels non formés...) auxquels sont confrontées les jeunes filles demandeuses.

Information santé sexuelle en milieu scolaire...

Le choix a été fait d'intervenir auprès des classes de quatrième ; les contenus ont été élaborés en commun. Pour les parents, il a été décidé de travailler avec les animateurs de quartier et les bailleurs sociaux.

Les séances d'information et de prévention à la santé sexuelle, affective et reproductive en milieu scolaire se déroulent en trois temps :

- un cours sur la reproduction est dispensé par des professeurs des sciences de la vie et de la Terre (SVT) pour échanger autour de la dimension biologique ;
- deux heures sont consacrées à l'éducation à la sexualité pour aborder la dimension psycho-affective, effectuée par des agents de prévention des deux associations de prévention. À partir des compétences de chacun, l'objectif est de favoriser la connaissance de soi pour limiter

les grossesses non désirées. Un travail sur les stéréotypes de genre est proposé ;

- un cours d'éducation civique et de morale, pendant lequel la conseillère conjugale et familiale du centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) propose des échanges autour de la dimension sociale de la sexualité. Les objectifs sont de continuer à développer la connaissance de soi dans son rapport à l'autre et de renforcer la capacité à réagir dans la relation à l'autre.

Au total, dans 10 collèges sur 12, l'ensemble des classes de quatrième a bénéficié de cette formation.

...et en missions locales

Les séances d'information et de prévention à la santé sexuelle, affective et reproductive pour les jeunes des missions locales se découpent en quatre temps :

- identifier les stéréotypes de genre qui influencent le comportement du jeune dans la relation à l'autre ;
- définir les valeurs nécessaires à une relation respectueuse de soi et de l'autre ;
- consolider les connaissances sur les lieux et les gestes ressources en matière de sexualité (dépistage, contraception, contraception d'urgence, IVG) ;



© Edgar Mersy

- renforcer la capacité du jeune à réagir face à une situation à risques.

Des préservatifs sont mis à disposition des jeunes au terme de la séance.

Un entretien individuel incluant la possibilité de réaliser un test rapide d'orientation diagnostique (TroD) du virus de l'immunodéficience humaine (VIH/sida) est proposé parallèlement à la séance collective. Ce temps permet de répondre aux questions individuelles et d'identifier les principaux risques. Cet entretien, anonyme et gratuit, repose sur la base du volontariat. Au total, ce sont 33 cohortes de 4 à 24 jeunes qui ont pu bénéficier du projet.

Évaluation des séances en milieu scolaire

Au total, 1 287 jeunes ont bénéficié de l'action. L'évaluation des résultats dans les collèges porte uniquement sur la qualité de la seconde séance, coconstruite par les acteurs de l'Éducation nationale, des associations, du CPEF et du CeGIDD, sous la coordination de l'unité psychotrauma. L'évaluation du programme

d'intervention dans son intégralité n'a pu être entreprise, faute de temps. L'évaluation repose aussi sur les retours qualitatifs concernant la satisfaction des élèves, colligés par les deux associations intervenantes.

Si 97 % des élèves ont rempli le questionnaire d'évaluation à l'issue de la séance, seulement 63,5 % des élèves estimaient avoir été prévenus de la tenue de la séance ; le sujet de la sexualité étant tabou et très gênant pour certains, ne pas savoir qu'ils allaient bénéficier d'une séance de ce type n'a pas favorisé leur participation. 59,4 % des élèves estiment que la séance les a fait réfléchir, 42,2 % se sont déclarés intéressés. Au lieu de se concentrer sur la sexualité et particulièrement sur les conséquences des comportements à risques, il s'agissait surtout de faire émerger une réflexion autour des stéréotypes de genre et sur les valeurs qui influencent leurs relations. Les interventions ont répondu aux attentes de 80 % des collégiens. L'effectif moyen par classe était trop élevé : 22 élèves. En effet, un groupe de 15 élèves aurait

facilité l'appropriation des messages, la qualité du débat et les réponses aux questionnements.

Les collégiens suggèrent des thèmes qu'ils souhaitent voir abordés : le harcèlement ; la violence intrafamiliale ; les addictions. Les questions du consentement et de l'utilisation du préservatif reviennent fréquemment. Ce que les collégiens ont retenu de plus important dans ces séances, c'est : se respecter, aimer qui l'on veut, avoir le consentement de l'autre (*voir l'encadré ci-après intitulé « Accepter ce que les autres sont »*).

Les professionnels intervenants extérieurs et les équipes pédagogiques retiennent les remerciements des élèves pour le bienfait que leur a apporté cette séance, opportunité de pouvoir s'exprimer librement dans un cadre sécurisant. Ces jeunes n'ont pas accès à ce type d'information habituellement. Les infirmières soulignent un passage plus important et plus aisé à l'infirmerie depuis cette séance et des demandes – pour une contraception d'urgence, des préservatifs ou pour compléter les informations – émanant parfois des élèves les plus timides. L'établissement a reconduit l'action pour l'année scolaire 2019-2020.

Un important déficit d'information

Selon l'évaluation réalisée dans les missions locales, au régiment du service militaire adapté (RSMA) et à l'école de la deuxième chance, les jeunes ont retenu à l'issue de la séance les points suivants :

« le respect des autres dans leur orientation sexuelle est important. »

« il faut se protéger, avoir le respect et le consentement de tous. »

« il faut toujours faire attention, se protéger et prendre en compte l'autre. »

Point majeur : les intervenantes soulignent le déficit d'informations et de connaissances : « Leur représentation de la sexualité se réduit bien souvent à la partie génitale. Il est ambitieux, en deux-trois heures, de déconstruire cette vision, d'aller au-delà. » Si la séance provoque « une prise de conscience sur les valeurs fondamentales d'une sexualité épanouissante et sûre », les préoccupations des jeunes majeurs restent prosaïques : « pouvoir avoir

des rapports sexuels sans risques de grossesse ou de contamination à une infection sexuellement transmissible (IST) ».

Changer les mentalités

L'évaluation est à considérer avec prudence, le programme étant en cours de mise en œuvre. Parmi les faits saillants, il est à noter que le travail en collaboration avec les municipalités permet d'approcher au plus près des

populations qui échappent habituellement aux actions de prévention. Entre autres avancées majeures, nous retiendrons l'accord du recteur sur le type d'intervention, l'appropriation du projet par l'inspecteur d'académie de SVT, la sensibilisation des acteurs de terrain de la municipalité. Ce projet a fait une place aux parents, premiers éducateurs des enfants, souvent muets à La Réunion sur la sexualité et

sur la vie affective. Il faut cependant du temps pour changer les mentalités et vaincre les résistances, c'est un des obstacles les plus persistants.

Une réunion de bilan avec les acteurs concernés et avec l'ARS a permis de reconnaître les atouts de ce programme qui va probablement, après un travail concerté au niveau du Corevih, être étendu sur d'autres communes et d'autres établissements. ■

DES SÉANCES D'INFORMATION AUSSI POUR LES PARENTS

L'axe 2 de ce programme expérimental inclut des séances d'information et de prévention à la santé sexuelle, affective et reproductive, destinées aux parents des mineurs et des moins de 25 ans. L'objectif premier est d'éveiller une réflexion sur l'éducation à la sexualité en exposant les avantages à dialoguer autour de la sexualité et surtout sur les freins existant encore ; il s'agit de renforcer les connaissances des parents en matière de santé sexuelle pour améliorer leur capacité à communiquer avec leurs enfants. Deux séances de trois heures chacune ont été proposées aux parents :

- la première pour se questionner sur la socialisation ainsi que sur les différentes sources de transmission qui influencent nos modes de communication, de pensée et d'agir dans nos relations avec les autres ;
 - la seconde pour fournir des informations sur la sexualité, sur le développement psycho-sexuel de l'enfant afin que les parents puissent identifier à la fois leurs compétences, leurs limites et aussi les moments, les outils, les supports qu'ils peuvent utiliser pour ouvrir le dialogue.
- En partant d'une réflexion personnelle des parents sur la construction de leur propre identité sexuée, l'objectif est de progresser vers une réflexion sur ce qu'ils souhaitent transmettre à leur enfant en tant que parent. Au total, 110 parents ont pu bénéficier des deux séances. Cette action est toujours en cours.

Évaluation

Parmi les parents qui ont suivi régulièrement les séances. 89 % d'entre eux les ont trouvées compréhensibles. 83 % étaient intéressés. Parents et intervenants professionnels expriment que la sexualité appartient à la

sphère intime de chaque individu. Le tabou entourant ce sujet freine nombre d'entre eux à verbaliser leurs questionnements auprès de leur entourage familial et auprès des professionnels de santé. À la suite de la première séance, de nombreux parents se sont interrogés sur l'homosexualité et sur les stéréotypes qui en découlent : le regard des autres, la frustration et le mal-être notamment.

Beaucoup de parents évoquent leurs difficultés à discuter de sexualité avec leurs enfants, entre autres par crainte que ces derniers ne reproduisent le schéma de leurs propres vécus. L'ensemble des parents estiment ces séances très bénéfiques, car la parole leur a été donnée, libre et sans jugement. L'aide par les pairs fonctionne : les retours d'expériences des uns aident les autres à aller de l'avant, à ne pas se sentir isolés face à des situations conflictuelles. Quelques ressentis de parents :

- « *Le respect, la communication.* »
- « *Comment être ouverte avec son enfant pour qu'il puisse apprendre la sexualité.* »
- « *C'est nous qui conduisons nos enfants par le dialogue, notre conscience et notre inconscient.* »
- « *Les deux séances ont été très intéressantes, amènent à la réflexion.* »
- « *Très enrichissant. Les informations sont concises et accessibles et font surtout réfléchir.* »
- « *J'ai trouvé que c'est très important.* »
- « *C'est difficile d'en parler, mais c'est de l'éducation parentale.* »

Toutefois, ces deux séances n'apparaissent pas suffisantes pour donner aux parents des compétences de communication positive sur le thème de la sexualité.

« ACCEPTER CE QUE LES AUTRES SONT »

À la question, « Qu'est-ce qu'il vous semble le plus important de retenir ? » Voici quelques-unes des réponses des collégiens à l'issue des séances d'information sur la santé sexuelle :

- « *Chacun est égal et on doit toujours avoir le consentement d'une personne.* »
- « *Il faut être d'accord avec son partenaire. Toujours être à l'écoute et ne pas forcer.* »
- « *On a le droit d'être homosexuel.* »
- « *On parle de choses dont on ne peut pas parler.* »
- « *Accepter ce que nous sommes et ce que les autres sont.* »

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Vilain A. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Études & Résultats*. Juin 2017, n° 1013. En ligne : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1013.pdf
- [2] Bernard C., Dassa B. *Analyse des bulletins d'interruption de grossesse de La Réunion, année 2012*. [Rapport] Saint-Denis : Observatoire régional de la Santé de La Réunion. 16 p. En ligne : https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/rapport_big_2012.pdf

Santé de la mère et de l'enfant : à Mayotte, un contexte sanitaire difficile

Dr Soumeth Abasse, président du réseau de périnatalité de Mayotte (Répéma), pédiatre, chef de service, centre hospitalier de Mayotte (CHM),

Dr Salimata Diarra Diall,

coordinatrice du réseau de périnatalité de Mayotte (Répéma),

Chiara Quagliariello, anthropologue.

Mayotte est devenu officiellement département français en 2011. Le territoire connaît une natalité dynamique avec 9 304 naissances en 2018. Le taux de fécondité (4,7 enfants par femme en 2018) est le plus élevé des départements et régions françaises d'outre-mer [1].

Les textes réglementaires en matière de santé ont évolué progressivement avec le processus de départementalisation. L'île possède désormais sa propre agence régionale de santé (ARS) depuis janvier 2020. Cette création a été rendue nécessaire pour répondre en partie à l'urgence de la situation sanitaire sur l'île. La création de cette agence pourra contribuer de façon majeure à faire avancer positivement la santé des habitants en tenant compte des déterminants de la santé (précarité, environnement) dans cette île soumise à une forte immigration.

Amélioration des infrastructures de périnatalité

Tout comme les textes réglementaires ont évolué en matière de santé, le système de santé a également progressé. En effet, dans les années 1990, Mayotte comptait 13 maternités, appelées maternités rurales, ainsi qu'un hôpital à Mamoudzou, chef-lieu de Mayotte. Ces maternités rurales étaient gérées par des infirmières

accoucheuses et 18 femmes accoucheuses, dont quatre étaient sages-femmes diplômées d'État. En moyenne, 2 500 accouchements étaient réalisés par an, alors que les moyens logistiques et les infrastructures adéquates faisaient défaut.

Dans les années 2000, le système de santé commence à se structurer à Mayotte, avec la création du centre hospitalier de Mayotte (CHM) à Mamoudzou et, successivement, la création de quatre dispensaires, comprenant quatre maternités : à Mramadoudou, Kahani, Dzoumogné et Petite-Terre. En 2004, le service de la protection maternelle et infantile (PMI) est créé au sein du conseil général ; à ce jour, 17 structures de PMI sont fonctionnelles.

En 2009, l'agence régionale de santé de l'océan Indien (ARS OI) est créée et dispose d'une délégation à Mayotte. Son siège social se situe dans l'île de La Réunion. La même année, une structure de coordination en santé périnatale voit le jour : le réseau de périnatalité de Mayotte (Répéma). Ce réseau coordonne les actions et les acteurs qui œuvrent en périnatalité.

Aujourd'hui, une maternité de référence, bien équipée, existe au sein du centre hospitalier de Mayotte (CHM), et quatre autres maternités périphériques sont rattachées aux dispensaires avec des professionnels qualifiés.

Des structures sanitaires sous-dimensionnées face à une démographie galopante

Malgré ces progrès en matière de santé, il reste certains défis :

- la maternité de référence est sous-calibrée par rapport aux nombres de naissances ;
- le service de néonatalogie est largement sous-dimensionné par rapport au nombre d'enfants hospitalisés ;
- il est très difficile de fidéliser les professionnels ;
- Mayotte demeure un désert médical, puisqu'elle compte 61 généralistes pour 100 000 habitants en 2016, encore très loin de la métropole (143 généralistes pour 100 000 habitants) et de La Réunion (141, pour 100 000 habitants).

Ainsi, si le *turn-over* des professionnels a un impact sur le fonctionnement des structures qui s'occupent du couple mère-enfant, le désert médical accroît les charges de travail, ce qui rend le contexte sanitaire plus complexe dans ce cadre de démographie galopante. Le fonctionnement de la PMI à Mayotte subit de plein fouet cette désaffection, car elle est en charge de 80 % de la consultation prénatale¹. Actuellement, 15 centres de protection maternelle et infantile sont fonctionnels sur les 21 prévus à Mayotte. La situation s'améliore peu à peu depuis 2019.

Un accès à la santé difficile

Avec plus de 256 000 habitants, Mayotte est un jeune département en plein développement démographique, politique, sociétal et industriel. Or, 84 % des habitants de Mayotte vivent en dessous du seuil de pauvreté. L'accès à la santé est difficile pour une forte population migrante, qui ne bénéficie ni de la couverture maladie universelle (CMU) ni d'aide médicale d'État.

Encore aujourd'hui, il existe peu de structures qui s'occupent des femmes et des enfants vulnérables. En effet, le *turn-over*, le manque de structures spécialisées et de spécialistes dans certains domaines compliquent davantage la prévention, le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des enfants vulnérables.

Pour ce qui concerne le *post-partum*, l'enquête nationale périnatale (ENP) conduite en 2016 [2] montre un taux d'allaitement maternel assez satisfaisant (allaitement maternel exclusif : 85,8 % et 10,3 % d'allaitement mixte à la sortie de la maternité). Malgré ce taux encourageant, les professionnels constatent que l'accompagnement de l'allaitement maternel est fait de façon hétérogène par plusieurs professionnels sur l'île. De plus, aucune donnée n'existe sur le taux d'allaitement maternel à six mois de vie de l'enfant.

Difficultés de la prise en charge du couple mère-enfant

Les enquêtes périnatales de 2016, ainsi que les indicateurs de santé périnatale pour 2017 mettent en lumière les difficultés de la prise en charge du couple mère-enfant.

Chez l'enfant

L'enquête nationale périnatale de 2016 montre un taux de prématurité élevé dans les départements d'outre-mer : 11,9 % à Mayotte contre 7,7 % en métropole². En 2018, l'indicateur « petit poids de naissance³ » s'élève à 13,7 % à Mayotte contre 8 % en métropole. Par ailleurs, La surveillance des grands prématurés après leur sortie d'hospitalisation mériterait d'être cordonnée et structurée. En outre, il existe un seul centre d'action médico-sociale précoce (Camps) à Mayotte et il ne dispose pas suffisamment de places pour le suivi des enfants présentant un déficit neuro-sensoriel.

Chez la femme

Les données issues de l'enquête *NutriMay* [3] de 2006 sur l'alimentation, l'état nutritionnel et l'état de santé de femmes qui résident sur l'île indiquent que :

- dans la tranche d'âge des femmes de 15 à 49 ans, l'indice de masse



© Laurent Grzybowski

corporelle (IMC) moyen s'élevait à 26,5 kg/m² (25,7-27,3). Il augmente significativement avec la classe d'âge, passant de 24,2 kg/m² entre 15 et 29 ans à 29,5 kg/m² entre 30 et 49 ans ;

- 26,7 % des femmes étaient en surpoids ;
- 27,3 % des femmes de 15 à 49 ans présentaient une obésité et la prévalence d'obésité augmentait en fonction de l'âge.

Le couple mère-enfant souffre de la situation précaire de la mère

À Mayotte, plus de 13 % des parturientes ont moins de 20 ans, contre 1,9 % en métropole. La plupart de ces jeunes ont difficilement accès aux recommandations de santé pour bien conduire leur grossesse.

La précarité des femmes détériore la qualité de vie du couple mère-enfant [2]. Actuellement, le revenu du foyer de 57,1 % des mères est inférieur à 500 euros (contre 45 % en 2010). Si 53 % des parturientes ne disposaient d'aucune couverture de santé en 2010, aujourd'hui, 61,9 % sont concernées. Le suivi des femmes enceintes reste insuffisant, le nombre déclaré de consultations prénatales et d'échographies n'a pas augmenté depuis 2010 et reste bien en deçà des recommandations : 51,2 % déclarent avoir eu moins de sept consultations prénatales et 46,1 %, moins de trois échographies.

Par ailleurs, toujours selon l'ENP 2016, les dossiers médicaux de 5,9 % des mères faisaient mention d'une hypertension artérielle (HTA)

pendant la grossesse, et pour 9,8 % des parturientes, d'un diabète gestationnel. Les habitudes alimentaires et la sédentarité des habitants de l'île expliquent au moins en partie la prévalence du diabète chez les personnes de 30 à 69 ans, qui concerne chaque année 10,5 % de la population [4], ce qui est le double de la métropole où le diabète traité est évalué à 5 % [5]. Malgré cette situation, un seul diabétologue travaillant dans le secteur public est présent sur le territoire. De même à Mayotte, les femmes âgées de 60 à 74 ans présentent un risque de décès trois fois plus élevé que celles vivant en métropole [6]. Les maladies endocriniennes et métaboliques ont été identifiées comme la troisième cause de mortalité des femmes à Mayotte où une femme sur quatre est en surpoids et une femme sur trois est obèse [3].

Un autre indicateur alarmant concerne le taux d'IVG chez les mineures qui s'élève à 20,3 % en 2018 [7]. Ce taux s'élève à 5,9 % en métropole et à 12,4 % à l'île de La Réunion.

Enfin, sur le plan épidémiologique, un retour des cas de rougeole depuis 2018 incite à une forte mobilisation des institutions autour de la vaccination avec l'implication de Santé publique France (SPF). Plusieurs cas de dengue et quelques cas de paludisme importés ont été enregistrés en 2019. Par ailleurs, la lèpre est toujours présente à Mayotte avec une prévalence estimée à 4,75 habitants pour 10 000 [8].

L'ESSENTIEL

▣ **Terre d'accueil des femmes venant de territoires voisins comme Les Comores, Mayotte doit concilier des infrastructures sanitaires sous-dimensionnées avec la prise en charge de femmes enceintes, en augmentation importante. À Mayotte plus de 13 % des parturientes ont moins de 20 ans, contre 1,9 % en métropole. La plupart de ces jeunes ont difficilement accès aux recommandations de santé pour bien conduire leur grossesse. Plusieurs programmes de sensibilisation, prévention et promotion de la santé maternelle et infantile ont été mis en place ces dernières années, qui visent à améliorer l'accès aux soins et à lutter contre les inégalités entre les populations de patientes. Cependant, il reste beaucoup à faire pour assurer la présence d'une véritable démocratie sanitaire à Mayotte.**

Une périnatalité multiculturelle et socialement diversifiée

Les enjeux de santé périnatale et reproductive du département de Mayotte s'inscrivent dans un contexte sociétal spécifique que l'on ne retrouve dans aucun autre territoire français [2]. Il existe une forte hétérogénéité des patientes assistées dans les services de maternité de l'île. S'il est possible de retrouver une composition multiculturelle, inter-ethnique et socialement stratifiée de patientes dans d'autres départements en France – un exemple étant donné par la Seine-Saint-Denis en Île-de-France –, la particularité de Mayotte réside dans la confrontation rapprochée de plusieurs populations de patientes dans ce territoire-frontière d'Europe situé au sein de l'Océan Indien [9]. Schématiquement, l'on peut distinguer quatre populations de patientes :

- la première population, minoritaire, est celle des femmes de Mayotte (environ 25 % des accouchements par an). Citoyennes françaises, elles sont affiliées au système de sécurité sociale, et nombre d'entre elles suivent les programmes de planification familiale mis en place sur l'île depuis les années 1980 ;

- La deuxième population, majoritaire, correspond aux femmes originaires de l'archipel des Comores (plus de 70 % des accouchements par an). Certaines d'entre elles vivent à Mayotte depuis plusieurs années ; d'autres sont arrivées plus récemment en embarcations par le canal du Mozambique⁴. Pour une partie de ces femmes, le mythe de la maternité comme voie privilégiée d'accès à la nationalité française est une caractéristique forte. Cependant, contrairement aux imaginaires des immigrées, accoucher à Mayotte ne donne pas accès à la citoyenneté française. Dans nombre de cas, les conditions sociales et juridiques de ces femmes sont plutôt celles d'étrangères sans papiers, ceci au-delà de la durée de leur séjour sur l'île. Cette population n'est pas affiliée au système de sécurité sociale, et elle se caractérise par une moindre utilisation des méthodes contraceptives. Par conséquent, leur taux de fécondité et le pourcentage de grossesses précoces sont plus élevés que dans le premier groupe ;
- la troisième population est originaire de Madagascar, et elle constitue une minorité parmi les immigrées (moins du 10 % des accouchements par an). Comme les femmes comoriennes, ces femmes sont souvent sans papiers, et elles n'ont pas toujours accès à la sécurité sociale. Le phénomène des grossesses précoces les concerne aussi ;
- la quatrième population, ultra-minoritaire (environ 2 % des accouchements par an) est composée de femmes issues de plusieurs pays du continent africain : Congo, Rwanda, Burundi, Tanzanie. Contrairement aux immigrées comoriennes et malgaches, ces femmes, issues d'un flux migratoire en progression ces dernières années, sont affiliées à la sécurité sociale en tant que demandeuses d'asile.

Inégalités de vie, inégalités de santé maternelle et infantile

Ces populations vivent dans des conditions sociales, économiques et d'accès aux droits très inégales. Le travail précaire, la mauvaise alimentation ainsi que la mauvaise qualité des logements ne sont pas sans conséquences sur l'état de santé des femmes et de leurs enfants. Les problèmes de santé

soulignés dans la première partie de cet article – pathologies lors de la grossesse (hypertension, diabète, obésité) ; accouchements prématurés ; risque de mortalité maternelle ou encore malnutrition infantile – sont des phénomènes inégalement répartis. Le rapport négatif entre déterminants sociaux et indicateurs de santé concerne principalement les populations qui vivent dans des situations d'illégalité ou de semi-illégalité, c'est-à-dire la majorité de patientes assistées à Mayotte.

La concurrence sanitaire : un enjeu de santé publique à Mayotte

Au-delà des risques de santé pour la mère et pour l'enfant, la hiérarchisation sociale due à l'identité de classe et aux différents statuts juridiques des femmes a créé une concurrence entre différentes catégories de patientes. Un premier conflit émerge avec l'idée – partagée par la plupart des femmes de Mayotte – selon laquelle le système de santé de l'île subirait une invasion sanitaire des étrangères, principalement les Comoriennes. Ces dernières représentent environ 75 % des femmes assistées dans les maternités de l'île et environ 90 % des patientes accueillies dans les services de PMI. Cette situation a plusieurs conséquences :

- l'offre sanitaire publique – services de maternité du centre hospitalier de Mayotte et ceux de la PMI – subit une dévalorisation sociale et symbolique ; elle serait désormais destinée aux femmes immigrées ;
- les Mahoraises choisissent de se tourner vers l'offre sanitaire du secteur libéral, où les professionnels auraient, selon elles, davantage de temps à leur consacrer ;
- des parturientes prennent la décision d'aller accoucher hors du territoire de l'île. L'île de La Réunion et la France métropolitaine comptent parmi les principales destinations de ces voyages.

Ces tendances montrent l'existence à Mayotte d'un système de soins différentiels ou à double vitesse pour les diverses populations de patientes. Par ailleurs, le choix d'aller accoucher hors de l'île, qui est devenu de plus en plus fréquent

parmi les femmes de Mayotte, remet en question la possibilité d'un accès gratuit aux soins liés à la grossesse et à l'accouchement pour ces femmes de nationalité française. Bien que l'assistance médicale reçue dans d'autres départements soit remboursée par le système de la sécurité sociale, les déplacements et le séjour outre-mer présentent un coût supplémentaire pour elles. Ainsi, ce qui est imaginé comme une solution contre une présence excessive de patientes étrangères dans les services de maternité de Mayotte devient une source d'inégalité pour la population de l'île, où seulement certaines femmes ont les moyens de se déplacer pour aller accoucher ailleurs.

Une deuxième situation de concurrence sanitaire émerge entre les Mahoraises, les immigrées comoriennes et les femmes demandeuses d'asile provenant du continent africain. Ces dernières sont considérées par les femmes de Mayotte comme une population qui profite du système de santé de l'île, et par les immigrées comoriennes, comme une population privilégiée pour ce qui concerne l'accès à la sécurité sociale. Il en résulte une double discrimination à leur égard.

Accès inégal au système de soins

Bien que les professionnels de santé cherchent à assurer un traitement égalitaire à toutes les femmes

enceintes, l'accès aux soins reste incertain pour certains groupes de patientes. Un premier problème est celui des coûts liés aux soins anténataux et postnataux pour les femmes non affiliées à la sécurité sociale. Le recours à la PMI pour accéder gratuitement aux professionnels de santé est l'une des principales solutions trouvées par ces femmes. Ainsi, contrairement à ce qui se passe dans d'autres départements français, le rôle principal du service de PMI à Mayotte est de fournir des traitements médicaux aux femmes sans papiers. Malgré cela, une partie d'entre elles arrivent au moment de l'accouchement sans avoir effectué une seule consultation médicale ni aucune échographie. Leur crainte d'être interpellées par la police des frontières lors du trajet entre leur domicile et la PMI joue un rôle décisif dans le choix de ne pas s'adresser aux services de soins. Comme le soulignent certaines immigrées, face au risque d'être expulsées de Mayotte, elles n'ont d'autre choix que de se protéger plutôt que de s'assurer de la bonne santé de l'enfant à venir. Dans d'autres cas, malgré les coûts élevés, la solution choisie par ces femmes est de se tourner vers le secteur libéral. Les cabinets libéraux sont décrits comme les endroits les plus sécurisés pour les femmes sans papiers, car les risques sont moindres de rencontrer la police des frontières à proximité.

Cette stratégie de survie montre la nécessité de réfléchir au lien entre contrôle policier et impossibilité d'accès aux lieux de soins.

Le problème de l'accès aux lieux de soins concerne également le moment de l'accouchement. Le phénomène des naissances extrahospitalières – environ 15 % des accouchements par an à Mayotte [7] – s'explique par plusieurs facteurs économiques, sociaux et culturels :

- la peur des femmes de rencontrer la police des frontières dans le chemin vers l'hôpital ;
- le manque de moyens de transport parmi les populations les plus précaires ;
- le manque d'ambulances disponibles pour amener ces femmes aux hôpitaux ;
- la crainte d'accoucher par césarienne si l'accouchement est programmé à la maternité de Mamoudzou.

Des interventions néonatales fragmentées sur plusieurs sites

Les malentendus et la distance culturelle caractérisent également la relation entre professionnels de santé : médecins, sages-femmes et infirmières, notamment ceux qui viennent de la métropole, et aides-soignantes, auxiliaires de puériculture, agentes de service mahoraises. La hiérarchie hospitalière n'explique que partiellement les difficultés de créer une bonne relation d'équipe ;

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : UNE POPULATION ÉTRANGÈRE PARMIS LES ÉTRANGÈRES ?

La composition du corps médical travaillant à Mayotte fait également de ce département un lieu spécifique. Les professionnels de santé originaires de Mayotte représentent une minorité sur l'île. Dans la plupart des cas, ils/elles se sont formé.e.s dans d'autres départements pour ensuite retourner travailler à Mayotte qui ne dispose pas d'école de sages-femmes ni de faculté de médecine. La majorité des professionnels qui travaillent à Mayotte viennent d'ailleurs, principalement de métropole. La présence de ces professionnels est généralement temporaire, d'où l'absence d'une continuité des soins liée à la forte mobilité du personnel médical.

Cette organisation du personnel de santé pose aussi d'autres problèmes dans la relation médecin-patient. Le parcours d'information des femmes ainsi que la collecte du consentement éclairé se heurtent à la barrière de la langue, notamment lorsque les patientes ne parlent pas français. L'absence d'un système d'interprétariat au sein des services hospitaliers conduit souvent le personnel médical à chercher des solutions improvisées – en demandant en premier lieu de l'aide au personnel soignant originaire de Mayotte. Les malentendus liés à la distance culturelle qui sépare les professionnels venus de métropole et les

patientes à Mayotte est une autre limite dans la relation de soin. Bien que ces patientes s'adressent au système hospitalier pour les soins de la grossesse, de l'accouchement et les soins du nouveau-né, nombre d'entre elles font également référence à un système de croyances partagé localement :

- interdits et tabous alimentaires pendant la grossesse ;
- remèdes à base de plantes ;
- rituels animistes pour faciliter l'accouchement ;
- alimentation spéciale pour faciliter l'allaitement...

dans de nombreux cas, les imaginaires réciproques jouent un rôle dans la production de divisions au sein du corps médical. Ainsi, l'idée est répandue parmi les professionnels de Mayotte selon laquelle le personnel de métropole viendrait au centre hospitalier de Mayotte uniquement pour apprendre, ou encore qu'il se servirait de manière inappropriée des compétences du personnel originaire de l'île, par exemple pour de l'interprétariat.

ACCOUCHEMENT : UN RÔLE MAJEUR POUR LES SAGES-FEMMES

Contrairement à ce qui se passe ailleurs en France, les sages-femmes sont les principaux professionnels qui s'occupent de la grossesse et de l'accouchement à Mayotte. La figure du gynécologue n'est pas présente dans les quatre maternités périphériques. Pour les sages-femmes qui travaillent dans ces services – où les naissances correspondent à environ 30 % des accouchements sur Mayotte par an –, la seule possibilité en cas d'urgence est la consultation téléphonique des gynécologues présents à la maternité centrale de Mamoudzou. Cette situation confère aux sages-femmes un rôle décisionnel plus important et des responsabilités médicales majeures, notamment la décision de transférer les patientes vers la seule maternité de l'île équipée pour la gestion de toute pathologie et l'accouchement par césarienne. Un rôle émergent pour les sages-femmes est celui d'assurer l'évalua-

tion de la situation des femmes enceintes arrêtées par la police des frontières sur le territoire de l'île [1]. Ces professionnels sont consultés afin de savoir si ces femmes doivent rester à Mayotte pour recevoir des soins médicaux. La dimension politique associée à ces évaluations montre à quel point le rôle des sages-femmes à Mayotte va souvent au-delà de leurs compétences cliniques.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Saharaoui N. Mayotte, L'éloignement des femmes enceintes. *Plein Droit*, 2020, n° 124 : p. 39-42. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-plein-droit-2020-1-page-39.htm>

Un autre élément rend le fonctionnement du système de soins à Mayotte spécifique : la fragmentation des lieux destinés à l'assistance lors de l'accouchement et après la naissance du bébé. D'une part, en cas d'urgence, les femmes en cours d'accouchement sont transférées des maternités périphériques à celle de Mamoudzou. D'autre part, à cause d'un état de saturation permanente de la maternité centrale, les femmes ayant accouché à Mamoudzou sont transférées dans les services de suite de couches des maternités périphériques. Le critère utilisé pour ces transferts est tout d'abord celui de la disponibilité des lits, avant le lieu de résidence des patientes. Ainsi, des femmes résidant dans le nord de l'île peuvent être transférées dans une maternité située dans le sud et *vice versa*. Ce système de transfert fait l'objet de critiques parmi la population de Mayotte, qui estime que le passage d'un modèle fondé sur de petites maternités proches des villages à un modèle centré sur quatre grandes maternités a rendu l'accès aux services plus difficile pour les patientes et pour leurs familles.

Il arrive même que le couple mère-enfant soit séparé après l'accouchement, par exemple lorsque l'enfant est hospitalisé à Mamoudzou et que sa mère est transférée dans une maternité périphérique. Cette situation s'explique par l'absence de pédiatres dans les maternités périphériques, où ces professionnels n'interviennent qu'une ou deux fois par semaine. De même, à cause du nombre réduit de places disponibles dans le service de néonatalogie, et face au manque de certaines spécialités médicales – comme la chirurgie néonatale –, les cas médicaux les plus graves sont transférés en dehors de l'île, notamment au service de néonatalogie de l'île de La Réunion. Le manque d'autonomie sanitaire du département de Mayotte reste donc un sujet controversé.

Des programmes en cours pour une démocratie sanitaire

Plusieurs programmes ont été mis en place à Mayotte ces dernières années, qui visent à améliorer l'accès aux soins et à lutter contre les inégalités

NI PÉRIDURALE NI PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE

Le recours limité à l'anesthésie péridurale pendant l'accouchement, ainsi que l'absence d'un service destiné à la procréation médicalement assistée (PMA) sont d'autres domaines, considérés ordinaires ailleurs en France, où le manque de soins émerge à Mayotte.

L'absence d'anesthésistes dans les maternités périphériques ainsi que leur nombre limité dans la maternité de Mamoudzou limitent les possibilités d'accès aux techniques antalgiques. De ce fait, ce qui apparaît ailleurs en France comme une pratique normalisée, voire un droit pour les patientes devient à Mayotte l'une des raisons du choix d'aller accoucher ailleurs.

L'absence d'un service dédié à la PMA reste un thème invisible à Mayotte. Alors que cette île est connue pour être le département

français présentant le plus grand nombre de naissances par an, les difficultés rencontrées par certaines femmes pour accéder à la grossesse ne sont pas abordées dans les programmes de santé publique. Le partage d'un système de valeurs local selon lequel l'infertilité féminine et masculine reste un tabou culturel joue sans aucun doute un rôle dans ce processus d'« invisibilisation ». Dans ce contexte, face au manque de soins médicaux, les femmes (et les couples) s'organisent pour rechercher des solutions. Parmi celles-ci, le recours aux traitements proposés par les médecines traditionnelles est une réalité – tisanes à base de plantes, prières et autres remèdes suggérés par la médecine coranique – il en est de même pour le choix de s'adresser aux services de PMA situés sur l'île de La Réunion ou en métropole.

entre les populations de patientes. Parmi ceux-ci, les programmes de sensibilisation, prévention et promotion de la santé maternelle et infantile mis en œuvre par le réseau de périnatalité Répéma (voir articles « Mayotte : un réseau pour un plan d'action en périnatalité » ; « Mayotte : un camion itinérant de consultation médico-sociale et de prévention en santé sexuelle » dans ce dossier central). Cependant, il reste encore beaucoup à faire pour assurer la présence d'une véritable démocratie sanitaire à Mayotte, et développer la santé périnatale et reproductive en tant qu'axe fondamental de la santé publique. ■



© Isabelle Bonillo / AFD

1. chiffre identique pour 2016, 2017 et 2018.
2. Niveau identique en 2018.
3. Nouveau-nés de moins de 2 500 grammes.
4. Phénomène des *kwassa-kwassa*, embarcation de fortune des passeurs pour transporter des migrants.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Touzet C. Les naissances baissent légèrement. Bilan démographique 2018 à Mayotte. *Insee Flash Mayotte*, septembre 2019, n° 91. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4211303>
- [2] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). *Enquête nationale périnatale, rapport 2016. Les naissances et les établissements : situation et évolution depuis 2010*. Octobre 2017 : 316 p. En ligne : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
- [3] Ntab B., Gandin P., Castetbon K., Sissoko D., Vernay M. État nutritionnel et activité physique à Mayotte, France : premiers résultats de l'étude NutriMay 2006, Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2007, n°s 48-49 : p. 402-404. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/article/2007/etat-nutritionnel-et-activite-physique-a-mayotte-france-premiers-resultats-de-l-etude-nutrimay-2006>
- [4] Étude Maydia 2008. *Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, décembre 2009 : 83 p.
- [5] Mandereau-Bruno L., Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement (tous types) en France en 2015. Disparités territoriales et socio-économiques. Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 14 novembre 2017, n°s 27-28 : p. 587. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/27-28/pdf/2017_27-28_3.pdf
- [6] Chaussy C., Merceron S. Surmortalité des enfants et des femmes de 60 ans ou plus. *Insee Flash Mayotte*, 29 mai 2018, n° 68. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3550205>
- [7] *Panel 2018 des indicateurs de santé périnatale à Mayotte. 3^e édition*. Mamoudzou : Répéma. 12 p. En ligne : www.mayotte.ars.sante.fr/system/files/2020-01/PANEL%202018%20-%20Indicateurs%20de%20santé%20périnatale%20à%20Mayotte%20-%2020201219.pdf.
- [8] Tabard C., Maillard O., Mohand-Oussaid D., Saïdi H., Bourre P., Cazal Y. et al. La lèpre à Mayotte : étude de nouveaux cas entre 2006 et 2015. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, décembre 2018, vol. 145, n° 12S : p. S111. En ligne : <https://www.em-consulte.com/article/1269117/article/la-lepre-a-mayotte%C2%A0-etude-des-nouveaux-cas-entre-2>
- [9] À Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère. *Insee Première*, 7 février 2019, n° 1737. En ligne : www.insee.fr/fr/statistiques/3713016

Mayotte : un réseau pour un plan d'actions en périnatalité

Dr Salimata Diarra Diall,
coordinatrice du réseau
de périnatalité de Mayotte
(Répéma),

Dr Soumeth Abasse,
président du réseau
de périnatalité de Mayotte,
pédiatre, chef de service,
centre hospitalier de
Mayotte (CHM).

A Mayotte, le récent plan d'actions en périnatalité mis en place par l'agence régionale de santé (ARS) prend en compte différentes évaluations publiques – rapport de la

chambre régionale des comptes, mission d'inspection menée par l'ARS – qui ont mis en évidence les difficultés de fonctionnement de la maternité du centre hospitalier de Mayotte. Ces organismes ont préconisé de mettre en place des mesures permettant de sécuriser la prise en charge des naissances. L'objectif est de répondre aux besoins de sécurité et de qualité de soins pour les futures mères et pour les enfants à naître sur Mayotte en proposant ainsi un parcours de soins gradué, coordonné et efficient.

Pour ce faire, l'ARS a mis en place un groupe de travail réunissant les acteurs impliqués en périnatalité, lequel a pointé quatre problématiques qui méritent une attention particulière :

- outre son isolement géographique, Mayotte est le plus grand désert médical de France, avec en particulier une carence chronique du nombre de médecins spécialistes en santé périnatale. De plus, le *turn-over* important des professionnels de la santé fragilise le système de santé ;
- Mayotte enregistre une évolution non maîtrisée de naissances ces dernières années (plus de 1 500 naissances supplémentaires entre 2014 et 2015) ;

- la maternité de référence (Mamoudzou) est constamment en suroccupation en termes de lits. Les quatre autres maternités dites « périphériques » servent de soupape pour soulager la maternité de Mamoudzou. Le manque criant et permanent de places dans l'unique service de néonatalogie de l'île complexifie la prise en charge des nouveau-nés malades ou avec une santé très fragile ;
- la situation sociale difficile des parturientes a des répercussions sur la qualité des soins :

- 40 % de femmes non affiliées à la sécurité sociale,
- conditions de vie précaires,
- difficultés de transports et d'accès aux structures de soins,
- datation tardive des grossesses,
- difficultés dues à la barrière de la langue.

Plan périnatalité : objectifs et actions

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, des objectifs stratégiques déclinés par le groupe de travail ont visé à consolider un parcours de soins gradué et fondé sur les niveaux de risques, tout en renforçant la sécurisation des organisations dans les maternités périphériques. Parmi les actions proposées, l'on peut citer :

- le renforcement de l'information auprès des femmes sur l'intérêt du suivi précoce de la grossesse (campagnes de prévention...);
- une meilleure organisation du suivi prénatal au niveau des structures de la protection maternelle et infantile (PMI), qui suit 70 % des parturientes ;
- la consolidation des maternités périphériques dans la prise en charge des grossesses physiologiques¹ ;

- la structuration de la prise en charge des grossesses à haut risque sur le site de Mamoudzou ;
- le renforcement et la sécurisation des prises en charge en néonatalogie.

Enfin, deux autres actions ont une dimension plus globale :

- la fidélisation et le renforcement des compétences des équipes périnatales ;
- le développement de la santé publique périnatale (indicateurs, registre des malformations, observatoire de la prématurité...).

Ce plan d'actions en périnatalité – plus de la moitié de la population a moins de 18 ans en 2017 [1] – prend en compte la jeunesse de la population de Mayotte. Les grossesses chez les mineures sont très répandues et constituent un enjeu majeur en matière de santé sexuelle. Les difficultés à aborder la sexualité des jeunes demeurent une réalité dans une société à la fois ancrée dans ses traditions et ouverte sur le monde moderne, avec des capacités d'adaptation. Ainsi en 1998, une grande campagne de sensibilisation a permis d'élargir le recours à la contraception, avec un effet favorable retentissant sur la population, à savoir l'espacement et la réduction des naissances.

La place du réseau de périnatalité

Le réseau de périnatalité de Mayotte a pris part à l'élaboration du plan périnatalité. Concrètement, le réseau a développé une série d'actions de prévention et de promotion de la santé, dirigées vers les professionnels et vers le grand public.

Former les professionnels

Le réseau participe à la formation continue des professionnels impliqués en périnatalité, en proposant des enseignements postuniversitaires (EPU). Environ huit EPU sont organisés annuellement. Les thématiques abordées sont choisies en tenant compte de la demande. À titre d'exemples, la vaccination des prématurés a été abordée en 2018 ; en outre, une formation à l'interprétariat a été mise en place dans le domaine de la périnatalité en 2017 et en 2018 et elle est reconduite en 2020. L'objectif est de renforcer les liens entre soignants et usagers, en favorisant la qualité du soin, en valorisant l'interprétariat et le secret professionnel. Le réseau organise aussi depuis 2013 un séminaire scientifique : Les Journées périnatales de Mayotte², qui réunit les professionnels et favorise les échanges de compétences et d'expériences (voir encadré « Journées périnatales » en fin d'article). Par ailleurs, le réseau s'implique dans la formation continue des professionnels de santé diplômés en échographie obstétricale.

Une permanence téléphonique

Depuis 2016, le réseau élabore un répertoire des professionnels exerçant sur l'île, régulièrement mis à jour et qui facilite les parcours des soins. Un numéro de permanence téléphonique mis en place par le réseau aide et oriente les usagers dans leur parcours de soins³.

Aller vers les populations et les informer

La Répémobile⁴ : un camion itinérant de consultation médico-sociale et de prévention en santé sexuelle et reproductive a été mis en service en 2011 pour sensibiliser les femmes sur l'importance d'un suivi précoce de la grossesse. Il sillonne toutes les communes de l'île dans le cadre de la prévention, de la promotion à la santé, en aidant les femmes dans leur parcours de soins. Ce camion est équipé d'un appareil d'échographie permettant de réaliser une datation de la grossesse. La sensibilisation est axée sur le suivi précoce de la grossesse afin de réduire les déclarations tardives de grossesse. Dans cette

L'ESSENTIEL

■ **Le réseau de périnatalité de Mayotte (Répéma) coordonne les professionnels qui prennent en charge la santé de la mère et celle de l'enfant. Dans le cadre du plan périnatalité de ce territoire, des actions d'information, d'accompagnement, d'accès aux soins et à la prévention sont mises en œuvre par ce réseau, en lien avec l'agence régionale de santé (ARS) et avec les autres partenaires.**

Répémobile, une sage-femme et une intervenante sociale interprète travaillent en binôme pour répondre aux demandes des usagers (voir dans ce dossier central l'article « Mayotte : un camion itinérant de consultation médico-sociale et de prévention en santé sexuelle »).

Dans un tout autre domaine, un protocole a été élaboré par le réseau avec des partenaires afin de dépister le diabète, y compris gestationnel, chez les femmes en âge de procréer.

SANTÉ SEXUELLE, CONTRACEPTION, ACCÈS À L'IVG ET CAMPAGNES D'INFORMATION

En matière de santé sexuelle, Mayotte étant un département jeune, un plan d'actions approprié a été élaboré sur la prévention en matière de vie affective et sexuelle, piloté par l'agence régionale de santé (ARS) et avec un collectif de partenaires, dont Répéma, en respectant les recommandations de la Haute Autorité de la santé (HAS). À partir de 2016, un état des lieux a été réalisé, suivi de recommandations sur la contraception ; puis le réseau a été mandaté par l'ARS pour piloter une campagne de communication sur la contraception, qui est en cours d'élaboration.

La santé sexuelle est aussi au cœur du dispositif Répémobile : un camion itinérant sert de base à un projet de santé communautaire sur la commune de La Vigie, dans le quartier de Dzaoudzi Labattoir.

Plus largement, dans le cadre de l'éducation à la vie sexuelle et affective, le réseau mobilise fréquemment les sages-femmes bénévoles pour sensibiliser les élèves dans le milieu scolaire.

Le réseau sert également de point d'appui à un travail partenarial pour permettre aux femmes qui le souhaitent d'accéder à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). En effet, elles ont de nombreuses difficultés à surmonter :

- éloignement du site d'IVG pour les usagères et insuffisance de moyens de déplacement ;
- manque de personnel pour l'accompagnement des jeunes filles mineures ;
- manque de personnel pour l'entretien psychosocial.

Pour remédier à cette situation, une accompagnatrice sociale du réseau Répéma est chargée d'accompagner les jeunes filles mineures et les femmes adultes en difficulté, pour faciliter leur prise en charge rapide. Par ailleurs, afin d'améliorer l'information à destination des femmes, un guide d'interruption volontaire de grossesse simplifié et adapté au département de Mayotte a été élaboré et est diffusé aux professionnels qui le distribuent aux usagères.

En outre, le réseau est pilote pour le lancement de trois études en santé périnatale :

Concept de 1 000 jours (suivi du couple mère-enfant dès la conception jusqu'aux 2 ans de l'enfant), études de cohorte sur le suivi des enfants prématurés et sur l'allaitement. Enfin, le réseau Répéma a mis en place depuis 2019 des réunions régulières de coordination entre les partenaires impliqués en périnatalité (centres de protection maternelle et infantile – PMI, centre hospitalier de Mayotte – CHM et praticiens libéraux) pour partager et résoudre les problèmes de prise en charge de la dyade mère-enfant, et plus largement afin de mieux coordonner les actions de santé périnatale. Répéma a aussi constitué depuis 2017 un comité pour la production des indicateurs de santé périnatale, publiés depuis trois ans en lien avec l'agence régionale de santé de l'océan Indien (ARS OI). Par ailleurs, le réseau travaille avec l'association La Chaîne de l'espoir, sise à La Réunion, et avec l'hôpital Necker en métropole dans le but de maintenir les liens entre les enfants évacués hors de Mayotte pour des raisons de santé et leur famille.

Des émissions radio, des flashes infos et des articles dans des magazines ont été diffusés pour sensibiliser l'ensemble de la population mahoraise à des problématiques de santé en périnatalité. Parmi les thématiques traitées : « la contraception », « l'alimentation de la femme enceinte », « signe d'alerte pour aller à la maternité », « l'allaitement maternel », « IVG », « Ramadan et grossesse », « cardiopathie congénitale », « trisomie 21 », etc.

En 2017, le réseau a élaboré deux projets – fondés sur la santé sexuelle et sur le suivi précoce de la grossesse. Une pièce de théâtre a été montée avec des jeunes talents comédiens de Mayotte ; les représentations ont eu lieu au cœur des villages pendant les vacances scolaires afin d'atteindre le

plus grand nombre et de sensibiliser à la fois les jeunes et les familles sur les enjeux de la contraception et de l'IVG. Dans la même optique, une mini-série télévisée : *Askip*, est née d'un travail collaboratif avec l'ensemble des partenaires du réseau Répéma. Adaptée au contexte local, elle traite 10 thématiques en santé périnatale. Cet outil de prévention a été diffusé aux heures de grande écoute sur la chaîne de télévision Mayotte Première et également largement retransmise sur les réseaux sociaux (voir l'article intitulé « Santé sexuelle : une série télévisée pour atteindre toute la population à Mayotte », dans ce même dossier central). Ces deux projets ont été financés par la caisse de sécurité sociale de Mayotte. ■

1. Grossesses qui se déroulent sans complication.
2. <https://www.reseaux-sante-mayotte.fr/repema/actualite/7emes-journees-perinatales-de-mayotte-6-et-7-novembre-2019>
3. 06 39 69 81 11.
4. <https://www.reseaux-sante-mayotte.fr/repema/page/tournee-repemobile>

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Chaussy C., Merceron S., Genay V. La population de Mayotte reste particulièrement jeune. In : À Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère, *Insee Première*, n° 1737, 7 février 2019.

JOURNÉES PÉRINATALES DE MAYOTTE : PARTAGER LES EXPÉRIENCES POUR FORMER LES PROFESSIONNELS

Les Journées périnatales de Mayotte (JPM) ont été créées en 2013. Ces rencontres scientifiques sont destinées à la formation des professionnels et au partage d'expériences. L'un des objectifs de ces deux jours de colloque est de résoudre certaines difficultés rencontrées lors de la prise en charge des usagers en périnatalité et au cours de leur parcours de soins, dans un but d'harmonisation et afin d'encourager les bonnes pratiques en santé périnatale et de mettre à jour les connaissances des professionnels en vulgarisant les nouvelles recommandations des sociétés savantes.

Le choix des thématiques répond aux besoins que font remonter les acteurs de terrain tels que le centre hospitalier de Mayotte (CHM) et la protection maternelle et infantile (PMI). Il prend aussi en compte les demandes exprimées par les professionnels lors de ces journées et au cours de leur formation. Les intervenants sont des professionnels locaux de la PMI, du CHM et d'autres structures médico-sociales, et également des professionnels venant de l'extérieur (de métropole ou de l'île de La Réunion), ce qui permet de partager expériences et pratiques professionnelles. Les Journées accueillent en grande majorité des professionnels de La Réunion du fait de sa proximité géographique et aussi de l'importance de la coopération en matière de prise en charge sanitaire.

Voici une liste non exhaustive des thèmes traités ces dernières années :

- trisomie 21 ;
- petit poids d'âge gestationnel ;
- prise en charge de la menace d'accouchement prématuré, des cardiopathies congénitales ;
- rappel des gestes de premiers secours ;
- asphyxies périnatales ;
- missions du centre d'action médico-sociale précoce (Camsp) ;
- vaccinations ;
- uropathies et néphropathies en périnatalité ;
- prématurité à Mayotte ;
- réanimation en néonatalogie ;
- développement psychomoteur de l'enfant ;
- diagnostic anténatal ;
- accouchement physiologique ;
- allaitement maternel ; diabète et grossesse ;
- hémorragie de délivrance ;
- vaccination et prématurité ;
- santé publique et périnatalité.

En clôture de ces Journées, des recommandations consensuelles sont formulées, puis une feuille de route est rédigée et des actions concrètes sont proposées afin de répondre aux préoccupations identifiées et d'améliorer l'organisation des soins et des prises en charge. À titre d'exemple, les recommandations des Journées de 2014 ont abouti à la création d'un centre d'action

médico-sociale précoce (Camsp) à Mayotte. Quant aux Journées de 2018, elles ont permis au réseau de périnatalité de mettre en place des formations sur l'allaitement maternel, de proposer une étude scientifique de cohorte sur l'allaitement et la prématurité, de créer un diplôme interuniversitaire (DIU) en lactation.

Dr Salimata Diarra Diall

Mayotte : un camion itinérant de consultation médico-sociale et de prévention en santé sexuelle

Anne-Sophie Bonnin,
sage-femme,
Houssounaïni Halosson,
accompagnatrice sociale, réseau
de périnatalité de Mayotte (Répéma)

À Mayotte, l'indice de fécondité est de 4,79 enfants par femme (1,87 en France métropolitaine [1]). Une large partie de la population en grande précarité – situation socio-administrative, financière, habitat précaire, scolarisation... – s'efforce de satisfaire en premier lieu ses besoins physiologiques, ce qui relègue la santé au second plan¹. En d'autres termes, en 2019, la santé génésique et la planification familiale ne sont pas des préoccupations prioritaires pour les habitants de l'île.

La prévention primaire à Mayotte est compliquée en raison du changement régulier des professionnels de santé et de leur pénurie, et également de l'isolement géographique des patients vis-à-vis des structures de soins. De surcroît, ces structures sont débordées par les soins curatifs.

La publication de l'enquête *Unono wa Maore*² (à paraître en 2020) réalisée par Santé publique France devrait apporter un éclairage sur l'état de santé de la population mahoraise – notamment en termes de santé sexuelle – et permettre de mieux comprendre les comportements, les attitudes et la perception de leur santé par les Mahorais, ainsi que leurs déterminants de santé.



© Laurent Grubowski

Sage-femme et interprète

C'est dans l'optique d'aller vers la population et d'encourager les usagers à être acteurs de leur propre santé que l'antenne mobile est née en 2011 : ce camion aménagé en salle de consultation et financé par l'agence régionale de santé (ARS) a pour mission principale d'encourager le suivi précoce de la grossesse. En effet, pour des raisons culturelles, la grossesse est généralement cachée pendant les trois premiers mois, ce qui allonge considérablement le délai de prise en charge.

L'antenne mobile parcourt une à deux fois par semaine toutes les communes de l'île et accueille les

femmes et les jeunes filles tout au long de leur vie affective et sexuelle. Une sage-femme et une intervenante sociale-interprète assurent l'accueil des femmes et aussi parfois des hommes qui souhaitent avoir des conseils en rapport avec la santé sexuelle. Les messages délivrés dans le camion concernent divers domaines de la santé :

- la gynécologie : sexualité, contraception, information sur les infections sexuellement transmissibles (IST)...
- l'obstétrique : dépistage des grossesses à risque, interruption volontaire de grossesse (IVG) ;
- la pédiatrie : vaccination, alimentation, conseils divers ;



- la médecine générale : informations sur la santé en général, dépistage de l'obésité et de l'hypertension artérielle.

Une échographie de datation et un test de grossesse peuvent être réalisés afin de mieux orienter les femmes. Des outils pédagogiques créés par le réseau de périnatalité et adaptés au contexte mahorais servent de supports explicatifs : mallette contraceptive, jeux, planches anatomiques... L'intervenante sociale parle les trois langues les plus répandues sur le territoire : français, shimahorais, shibushi, ce qui facilite les échanges.

L'antenne itinérante fait le lien avec les structures de soins

Les consultations sociales concernent le plus souvent les femmes seules avec de jeunes enfants (nombreuses à Mayotte), et les femmes enceintes. Une première évaluation sociale est faite, qui peut donner lieu à une prise en charge vers les structures sociales et les associations (centres communaux d'action sociale – CCAS ; unités territoriales d'action sociale – Utas ; centres de protection maternelle et infantile – PMI ; Croix-rouge...) ; et parfois vers l'Association pour

la condition féminine et l'aide aux victimes – Acfav, lorsqu'il y a des violences conjugales. Une des difficultés rencontrées par les usagers est l'ouverture des droits auprès de la sécurité sociale, nécessitant des pièces administratives (justificatif d'hébergement...) qu'ils n'ont pas toujours en leur possession.

Lors des consultations, les intervenantes essaient, quand cela est possible, de rendre les patientes autonomes afin qu'elles puissent s'orienter dans le parcours de soins. Ces dernières ont toujours la possibilité de recontacter les professionnelles en cas de difficultés. Le travail en lien avec les associations de secteur et avec les institutions (PMI, centre hospitalier de Mayotte –CHM, secteur libéral) est privilégié.

En 2019, 300 consultations individuelles ont été réalisées – majoritairement de femmes –, avec des demandes très variées. 176 femmes ont bénéficié d'une consultation avec un examen gynécologique et 51 formulaient des demandes concernant la prise en charge de l'infertilité. Peu d'entre elles demandent spontanément une contraception. Les rapports à risque de grossesse et d'IST sont très fréquents. Parfois,

ces femmes souffrent de pathologies chroniques depuis plusieurs années, sans avoir eu de suivi médical. Cela s'explique par le manque d'informations reçues ou par le fait qu'elles ne les ont pas comprises ni intégrées. Dans l'antenne mobile, les professionnelles disposent de temps pour cela.

Des femmes-relais d'information en santé sexuelle dans leur communauté

Afin d'être plus efficaces dans les messages de prévention auprès des communautés, les intervenantes tentent d'intégrer la démarche communautaire en impliquant les habitants dans leur action. À Mayotte, le bouche à oreille est un vecteur important et reconnu d'information au sein des villages. Ainsi, de nombreux *aris-aris* (idées reçues) circulent autour de la santé et notamment sur la contraception. Un groupe de parole a été créé avec des femmes usagères du camion. Cette démarche de santé communautaire a abouti à la constitution d'un groupe d'habitantes usagères citoyennes, relais d'informations en santé sexuelle dans leur communauté.

L'ESSENTIEL

► **C'est dans l'optique d'aller vers la population et d'encourager les usagers à être acteurs de leur propre santé qu'une antenne mobile – sous forme de camion itinérant – a été mise en service à partir de 2011. Ce dispositif permet à des populations excentrées de bénéficier de consultations en santé sexuelle, dans un contexte spécifique : en effet, pour des raisons culturelles, la grossesse est généralement cachée pendant les trois premiers mois, ce qui allonge considérablement le délai de prise en charge. Le camion a donc pour mission principale d'encourager le suivi précoce de la grossesse. La proximité des professionnels de santé au plus près des quartiers est largement plébiscitée par les habitants.**

Depuis septembre 2019, le réseau de périnatalité s'est doté d'une nouvelle antenne mobile offrant plus de confort et plus de possibilités en matière de prévention. Il s'agit d'un véhicule plus grand, répondant à des critères qui semblaient importants aux professionnelles :

- répondre à des normes sanitaires, de confort (eau courante et climatisation, car la température peut avoisiner 40 °C pendant la saison des pluies) ;
- accueillir d'autres partenaires ;
- faire des animations par petits groupes ;
- proposer certains dépistages, comme celui du cancer du col de l'utérus.

Ce nouveau véhicule plus large et moins maniable nécessite un branchement électrique, ce qui contraint à le positionner aux abords des CCAS ou des maisons des jeunes et de la culture (MJC). Le seul inconvénient est que ces structures peuvent être un peu plus éloignées du public visé. Une réflexion est donc en cours pour s'assurer qu'il sera possible de continuer à atteindre l'ensemble des femmes les plus concernées et qui ont le plus besoin de cette antenne mobile. Il est essentiel de travailler avec les structures de proximité, les

services de la mairie, les CCAS ou les associations de chaque territoire pour faciliter les déplacements de l'antenne mobile. La stratégie de communication en amont de la venue du camion est alors primordiale et c'est un des aspects sur lesquels les efforts doivent être accentués.

Le constat est fait que peu de jeunes filles profitent de cette antenne mobile. Principale explication : les tabous sont nombreux à Mayotte et la sage-femme est identifiée comme « celle qui suit des grossesses et qui donne une contraception ». Il peut être mal interprété qu'une jeune fille non mariée consulte une sage-femme. Beaucoup de jeunes filles ne viennent pas consulter dans l'antenne mobile de peur de croiser une connaissance du village ou un proche.

La venue des hommes reste marginale. Ces derniers viennent sans tabou demander des préservatifs, mais ils restent réticents à amorcer une discussion autour de l'éducation à la vie affective et sexuelle.

La venue d'une sage-femme est appréciée par la population. Les femmes découvrent par exemple qu'elles peuvent avoir un suivi de gynécologie préventive auprès des sages-femmes de l'île. Elles apprécient d'avoir ce temps dédié de consultation avec un professionnel de santé. C'est aussi un moment au cours duquel elles vont se confier au-delà de leurs problèmes médicaux. Cela permet de mieux répondre à leurs attentes, voire de suivre dans la durée celles qui le demandent lorsque le camion repasse dans le quartier. Certaines deviennent des habituées. Cependant, l'antenne mobile est avant tout une structure de prévention dont l'un des objectifs est d'inciter les usagers à aller vers les structures de soins déjà existantes.

D'autres acteurs de proximité

L'antenne mobile n'est pas seule à remplir des missions de prévention en santé sexuelle et à suivre les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS). Les institutions (PMI ; centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic – CeGIDD ; centres de planning familial ; CHM ; Réseau de dépistage des cancers – Rédéca...) et de nombreuses associations (Nariké M'sada ;

Fahamou Maesha...) assurent entre autres ces mêmes missions. La consultation de gynécologie préventive, le suivi précoce de la grossesse, le dépistage des IST, la consultation pré-conceptionnelle, la consultation de diagnostic anténatal etc. restent encore méconnus de la population mahoraise. La proximité des professionnels de santé au plus près des quartiers est largement plébiscitée par les habitants.

Au vu des constats, des difficultés et des demandes de la population (difficultés de mobilité, délivrance de contraceptif, *frottis cervico-vaginal*), une coordination forte entre tous ces acteurs est nécessaire. En application du plan périnatalité, depuis 2019, les acteurs de prévention en vie affective et sexuelle doivent être progressivement formés et le nombre de postes augmenté ; en parallèle, la campagne de communication sur la contraception est programmée pour 2020. Ceci devrait rendre la prévention plus efficiente à Mayotte. Les missions de l'antenne mobile pourraient sensiblement évoluer dans l'avenir ; des échanges sont prévus avec les financeurs et les décideurs afin que les intervenantes puissent répondre pleinement aux besoins des habitants de Mayotte. ■

1. Les constructions fragiles (maisons en tôle, bois, végétal ou terre) constituent toujours près de quatre logements sur dix. L'accès à l'eau reste préoccupant : six logements sur dix sont dépourvus du confort sanitaire de base : eau courante (29 % des logements : 81 000 habitants n'y ont toujours pas accès), toilettes ou douche.

2. Dépliant en ligne : <https://www.santepublique-france.fr/etudes-et-enquetes/l-enquete-unonowa-maore>

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Institut national de la statistique et des études économiques. Indicateur conjoncturel de fécondité en 2019. Comparaisons régionales et départementales. *Chiffres-clés*, 11 mars 2020. En ligne : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012734#tabl eau-TCRD_046_tab1_regions2016

Santé sexuelle : une série télévisée pour atteindre toute la population à Mayotte

Entretien avec

Charlotte Collod,

chargée de projets en promotion et prévention de la santé, et en formation,

Olivier Chauveau,

responsable de communication, réseau de périnatalité de Mayotte (Répéma).

La Santé en action : À quel contexte spécifique local entend répondre votre campagne de communication autour de la périnatalité ?

Charlotte Collod et Olivier Chauveau : L'île se caractérise par un taux de natalité élevé. Mayotte compte ainsi la plus importante maternité de France, avec près de 10 000 naissances par an. Cette composante démographique entraîne des conséquences sociales et sanitaires, avec notamment des difficultés d'accès aux soins. La planification familiale est donc un enjeu majeur. Or on constate globalement une méconnaissance de la vie affective et sexuelle, de la contraception et de la grossesse. En 2015, deux femmes enceintes sur trois débutaient tardivement leur suivi de grossesse, au deuxième trimestre, voire au troisième. En 2017, le réseau de périnatalité de Mayotte (Répéma) a mené une enquête de terrain sur ce sujet, auprès d'une cinquantaine de femmes entre 16 et 45 ans, un panel dans lequel ont été inclus huit hommes. L'antenne mobile de Répéma, avec une sage-femme et une accompagnatrice sociale interprète, s'est déplacée dans tout le département à la rencontre des publics les plus précaires (voir dans ce dossier central

l'article « Mayotte : un camion itinérant de consultation médico-sociale et de prévention en santé sexuelle »).

Les données recueillies ont permis de dresser trois constats. Tout d'abord, les « anciens » ne sont pas une source d'information, le dialogue intergénérationnel se heurtant encore à des tabous notamment sur la contraception, qui reste aussi un sujet difficile à aborder en couple. Ensuite, beaucoup d'idées reçues perdurent sur la contraception (« les contraceptifs donnent le cancer et sont cause de stérilité... »). Enfin, les femmes sont demandeuses d'information, mais sans que cela se sache, c'est-à-dire soit en petits groupes, soit via les médias. C'est pourquoi nous avons lancé cette campagne de télévision, presse et radio, afin de leur permettre de récupérer de l'information de manière passive.

S. A. : Pourquoi avoir choisi la télévision et Internet comme premiers vecteurs d'information ?

C. C. et O. C. : Effectivement, au centre de cette campagne de communication, il y a une mini-série télévisée – une fiction en dix épisodes, tournée en langue shimaorée, sous-titrée en français et diffusée sur la chaîne Mayotte La Première et sur les réseaux sociaux. Elle s'intitule *Askip*, un mot utilisé par les jeunes, qui signifie « à ce qu'il paraît (il paraît que...) ». Cette série vise à déconstruire les aris-aris, les idées reçues, en diffusant de bons messages de prévention directement aux familles. Dans sa conception, deux réalités ont été prises en compte : le manque de maîtrise du français notamment écrit par près de 60 % de la population de l'île et

L'ESSENTIEL

■
▶ **À Mayotte, l'accès aux soins et à la prise en charge est difficile du fait de l'isolement de certaines populations. L'on observe chez certaines personnes une relative méconnaissance de la vie affective et sexuelle, de la contraception et de la grossesse. Nombre d'entre elles, et notamment des femmes, sont demandeuses d'informations, mais sans que cela se sache, c'est-à-dire soit en petits groupes, soit via les médias. C'est la raison pour laquelle les autorités ont lancé une campagne d'information sur la contraception et sur la santé sexuelle via la télévision et la presse.**

l'importance de la transmission orale. Deux semaines de promotion ont précédé la diffusion. Cette promotion a été réalisée via les réseaux sociaux (via la page Facebook du réseau de périnatalité de Mayotte), la télévision, la radio et un affichage de panneaux (4 m x 3 m) pour annoncer au grand public la date de diffusion de la série. Tous les lundis, le quotidien le plus lu, *Flash Infos*, annonçait l'épisode du soir et, du mardi au vendredi, il récapitulait les messages de prévention délivrés. À la radio, outre la bande-annonce de la série, deux interventions ont eu lieu à une heure de grande écoute (20 heures – 22 heures) dans une émission interactive qui n'est pas spécialisée dans la santé. Ceci a permis d'élargir l'audience, de répondre à des questions concrètes en réaction aux sujets abordés dans la série et de réaffirmer les principaux messages de prévention.

S. A. : **Quels sont les thèmes prioritaires de la série que vous avez identifiés ?**

C. C. et O. C. : *Askip* compte 10 épisodes de treize minutes. L'idée était de ne pas mélanger les thématiques afin que le message de prévention soit bien compris. Ainsi, chaque épisode aborde un sujet différent, la continuité de l'histoire étant assurée par les personnages : la contraception d'urgence, les infections sexuellement transmissibles, la contraception et le suivi gynécologique, l'interruption volontaire de grossesse (IVG), la grossesse précoce, la parentalité et la maltraitance, le suivi de grossesse, la planification des naissances, l'allaitement et les soins de l'enfant, la vaccination et la diversification alimentaire. Le synopsis ainsi que l'ensemble des scénarios ont été validés par le comité de pilotage réunissant de nombreux acteurs – les financeurs du projet, comme l'agence régionale de santé et la caisse de sécurité sociale de Mayotte ; et les structures de santé du territoire, tels le Répéma, le service de protection maternelle et infantile du conseil départemental, la maternité du centre hospitalier de Mayotte, le planning familial, la maison des adolescents, l'association de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) Nariké M'Sada, etc. Nous nous sommes appuyés sur les résultats de l'enquête et sur les remontées d'information de la sage-femme de l'antenne mobile pour concevoir une campagne de sensibilisation répondant à ce qui est important pour la population. Afin de s'assurer de l'adhésion de la population et de l'écoute des messages de prévention, le programme télévisé a pris la forme d'une série-fiction. Le scénario et les personnages ont été construits pour véhiculer tant les idées reçues inexacts que les messages de santé publique. Il y a les principaux protagonistes et aussi des personnages plus malveillants, comme la commère du quartier qui propage des idées reçues, comme « *il faut jeter le premier lait maternel, parce qu'il est mauvais* ». Les propos de ces derniers sont contrecarrés par les professionnels de santé : le pharmacien, la sage-femme, le médecin, l'interne. Le tournage a volontairement été réalisé dans des lieux réels – maternité,

sécurité sociale, pharmacie – afin que les spectateurs puissent visualiser les endroits ; seules les scènes dans les habitations ont été tournées en studio.

S. A. : **Comment la série a-t-elle été reçue par le public ?**

C. C. et O. C. : L'accueil a été enthousiaste comme l'ont montré les commentaires sur les réseaux sociaux. La série a permis de créer une rencontre entre les parents et les enfants sur ces sujets, alors qu'auparavant les uns et les autres ne trouvaient pas les mots pour en parler. Nous nous attendions à davantage d'expressions de personnes réfractaires, ce qui aurait été logique compte tenu du fait que notre démarche s'attaque aux idées reçues. En effet, pour certains, parler de la sexualité, c'est donner de mauvaises idées aux jeunes, les inciter en quelque sorte ; mais ces réactions ont été rares.

S. A. : **Cette série et a-t-elle eu un impact en termes de santé publique ?**

C. C. et O. C. : Une liste d'indicateurs a été dressée dès la conception de la campagne. Leur suivi sera opéré régulièrement, mais c'est à moyen terme qu'ils seront étudiés de manière probante, notamment pour des indicateurs tels que les grossesses précoces. Cependant, un premier travail d'évaluation va être réalisé avec l'appui d'élèves de terminale en option santé, sanitaire et social afin d'avoir un retour qualitatif. Toutefois, compte tenu des difficultés liées au territoire de Mayotte, l'évaluation n'est pas facile à mener, comme l'a montré l'expérience que nous avons conduite auprès de 300 élèves de troisième. Nous leur avons présenté la série en avant-première, puis nous leur avons demandé de répondre à un questionnaire. L'analyse des résultats a démontré que le niveau scolaire à Mayotte présentait une difficulté non négligeable. En effet, nous avons constaté que beaucoup répondaient complètement au hasard, car ils ne comprenaient pas forcément les questions. Il faudra étudier de nouvelles modalités méthodologiques pour procéder à des évaluations auprès du jeune public, avec un dispositif plus

simple et favorisant davantage les échanges oraux. Notre regret est de ne pas avoir pu mieux utiliser la radio au cours de cette campagne, car elle est très écoutée et surtout accessible par toute la population à Mayotte. Nous aurions pu faire davantage d'émissions interactives. *A contrario*, nous nous sommes appuyés sur la presse écrite pour véhiculer les messages de santé publique.

S. A. : **Quels sont les lendemains prévus pour cette campagne ?**

C. C. et O. C. : L'idée est que la série trouve un prolongement dans le temps. Tous les épisodes sont disponibles gratuitement sur YouTube et sur Facebook. Courant 2020, nous allons l'éditer en DVD, accompagné d'un livret pédagogique qui sera mis à disposition dans les salles d'attente des professionnels de santé et dans les établissements scolaires. La série pourra ainsi servir de support lors d'animations de séances sur la vie affective et sexuelle par des infirmiers scolaires ou par des documentalistes. Nous avons également cédé les droits de rediffusion à notre partenaire TV Mayotte La Première afin de prolonger la durée de diffusion télévisée de la série et l'efficacité de cette campagne de sensibilisation. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruef, journaliste.

Pour en savoir plus

- Facebook : https://www.facebook.com/pg/ReseauPerinatalMayotte/videos/?ref=page_internal
- YouTube : https://www.youtube.com/results?search_query=Askip+répéma+Mayotte

En accompagnement de ce dossier thématique, une bibliographie complémentaire vous est proposée. Ces références (articles, ouvrages, rapports) sont organisées avec une première partie consacrée aux données générales France entière, puis une seconde partie dédiée aux deux territoires concernés : La Réunion et Mayotte.

Edwige Bertrand

documentaliste,
Direction scientifique et international,
Santé publique France.

Les références sont présentées par ordre chronologique en commençant par les plus récentes. Les liens Internet ont été consultés en mai 2020.

DONNÉES GÉNÉRALES

• **Adam C., Faucher V., Micheletti P., Pascal G.** *La santé des populations vulnérables*. Paris : Ellipses, 2017. *Présentation éditeur* : <https://www.editions-ellipses.fr/accueil/492-la-sante-des-populations-vulnerables-9782340017276.html>

• **Martin-Blachais M.** *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. Rapport remis à Laurence Rossignol, ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes*. Paris : Direction générale de la cohésion sociale, ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, 2017 : 129 p. *En ligne* : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/famille-enfance/article/rapport-demarche-de-consensus-sur-les-besoins-fondamentaux-de-l-enfant-en>

• **Azria É.** *Précarité sociale et risque périnatal*. *Enfances & Psy*, 2015, vol. 67, n° 3 : p. 13-31. *En ligne* : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2015-3-page-13.htm>

• **Santé publique France.** *Les 1000 premiers jours [Dossier thématique]*. Saint-Maurice : Santé publique France. *En ligne* : <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/les-1000-premiers-jours>

QUELQUES ORGANISMES ET SITES RESSOURCES AU NIVEAU NATIONAL

Le planning familial

Association militante féministe et d'éducation populaire, le Planning offre des ressources pour s'informer, se former et s'outiller en matière de santé sexuelle et de sexualités. *En ligne* : <https://www.planning-familial.org/fr>

Observatoire national de la protection de l'enfance (Onpe)

Créé en 2004, l'Observatoire œuvre pour :

- améliorer la connaissance sur les questions de mise en danger et de protection des mineurs à travers le recensement et le développement des données chiffrées d'une part, des études et recherches d'autre part ;
- recenser, analyser et diffuser les pratiques de prévention et d'intervention en protection de l'enfance ;
- soutenir les acteurs de la protection de l'enfance.

Son site internet offre de nombreuses ressources.

En ligne : <https://onpe.gouv.fr/>

Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP)

Cette fédération regroupe l'ensemble des réseaux de Santé périnatale de la France. Elle a pour rôle de promouvoir et soutenir les réseaux de Périnatalité dans leurs missions. Elle permet la confrontation des expériences de ses membres, la mise à disposition d'expertises et d'espaces d'échanges, tout en s'efforçant de maintenir une harmonisation sur le territoire. Cette organisation prend place dans le paysage périnatal français aux côtés des sociétés savantes et tutelles pour permettre l'application d'une politique périnatale tenant compte des besoins et des contraintes.

En ligne : <https://ffrsp.fr/>

Site : Agir pour bébé

Ce site internet, conçu par Santé publique France, donne des clés aux futurs parents et parents de nouveau-nés, pour créer un environnement favorable au développement de bébé. Il regroupe de nombreux conseils pratiques qui reposent sur des informations scientifiquement validées.

En ligne : <https://www.agir-pour-bebe.fr/>

DOCUMENTS RELATIFS AUX CONTEXTES ULTRAMARINS

• **Antilles, Guyane : promouvoir la santé de la mère et de l'enfant [Dossier]**. *La Santé en action*, 2020, n° 451, p. 4-43. *En ligne* : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/magazines-revues/2020/la-sante-en-action-mars-2020-n-451-antilles-guyane-promouvoir-la-sante-de-la-mere-et-de-l-enfant>

• **Le planning familial.** *Guide parentalité DROM*. Paris : Le planning familial, 2019 : 27 p. *En ligne* : <https://www.planning-familial.org/sites/default/files/2019-03/Parentalite%CC%81-BAT.pdf>



© Jean-Marc Grenier

• **Défenseur des droits. Les outre-mer face aux défis de l'accès aux droits. Les enjeux de l'égalité devant les services publics et de la non-discrimination. Études et Résultats.** Paris : Défenseur des droits, 2019 : 35 p. En ligne : https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=19235

• **ARS Océan Indien. Schéma de santé (SRS) 2018-2023. Volet 1. La Réunion et Mayotte : principes transversaux structurants.** Saint-Denis : ARS Océan indien, 2018 : 37 p. En ligne : https://www.lareunion.ars.sante.fr/system/files/2018-06/ARS-01_PRS2_SRS%20VOLET%201%20PTS%20REU-MAY_VD_1.pdf

• **Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH). Avis sur le droit à la protection de la santé dans les territoires ultramarins.** Paris : CNCDH, 2017 : 50 p. En ligne : https://www.cncdh.fr/sites/default/files/171017_avis_sur_le_droit_a_la_protection_de_la_sante_dans_les_territoires_ultramarins_0.pdf

• **Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH). Avis sur les violences de genre et les droits sexuels et reproductifs dans les outre-mer.** Paris : CNCDH, 2017 : 48 p. En ligne : <https://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-les-violences-de-genre-et-les-droits-sexuels-et-reproductifs-dans-les-outre>

• **La santé en outre-mer [Numéro thématique]. Actualité et dossier en santé publique, 2015, n° 91 : 64 p.** En ligne : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=148>

LA RÉUNION

• **Réseau périnatal Réunion (Repère). Bilan d'activité 2018 du Réseau périnatal de La Réunion.** Étang-Salé Les Hauts : Repère, 2019 : 51 p. En ligne : https://www.repere.re/fileadmin/user_upload/BILAN_ACTIVITE_REPERE_2018_V_29_MARS_2019.pdf

• **ORS Océan Indien. Indicateurs de santé périnatale à La Réunion. Bulletin statistique.** Saint-Denis : ORS Océan Indien, 2018 : 4 p. En ligne : https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/bulletin_stat_perinat_reunion_septembre2018.pdf

• **Observatoire de la parentalité. Classes passe-relles. Académie de La Réunion. Rapport d'étude.** Sainte-Marie : CAF de La Réunion, 2018 : 63 p. En ligne : http://www.observatoireparentalite.re/wp-content/uploads/2018/06/Classe-Passerelle_Rapport-d%C3%A9tude.pdf

• **ARS Océan Indien. Schéma de santé (SRS) 2018-2023. Volet 5. La Réunion : la permanence des soins en établissement de santé (PDES).**

- Saint-Denis : ARS Océan Indien, 2018 : 17 p. *En ligne* : https://www.lareunion.ars.sante.fr/system/files/2018-06/ARS-OI_PRS2_SRS_VOLET%205%20PDSSES%20REUNION_VD_0_1.pdf
- **Nguyen A.D., de Boisvilliers J., Boukerrou S.** Île de la Réunion : centres de santé sexuelle et intervenants en milieu scolaire. *La Santé en action*, 2016, n° 438 : p. 19-21. *En ligne* : <https://www.sante publiquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/ile-de-la-reunion-centres-de-sante-sexuelle-et-intervenants-en-milieu-scolaire>
 - **Nguyen A.** Le modèle intégré de réseau de soins préventifs et curatifs de l'île de La Réunion [Numéro thématique]. *Santé sexuelle et de la reproduction. Actualité et dossier en santé publique*, 2016, n° 96 : p. 39-41. *En ligne* : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad963941.pdf>
 - **Louacheni C.** La santé périnatale à La Réunion. *Indicateurs en périnatalité et orthogénie. Décembre 2016. Tableau de bord*. Saint-Denis : ORS Océan Indien, 2016 : 19 p. *En ligne* : https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/tb_ors_sante_perinatale_reunion_2016.pdf
 - **Richard J.-B., Balicchi J., Mariotti E., Pradines N., Beck F.** Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 - La Réunion. Saint-Denis : Inpes, 2015 : 12 p. *En ligne* : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/2015/premiers-resultats-du-barometre-sante-dom-2014-la-reunion>
 - **ORS La Réunion.** Enquête KABP Réunion 2012. *Connaissances, attitudes, croyances et comportements des réunionnais en matière de risques liés aux comportements sexuels. Principaux résultats*. Saint-Denis : ORS La Réunion, 2015 : 93 p. *En ligne* : https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/kabp_2012_rapport_final.pdf
 - **Caliez F.** Les grossesses chez les mineures à La Réunion. Saint-Denis : ARS Océan Indien, 2015 : 2 p.
 - **Goulois D.** Les enjeux de la transmission mère-enfant dans les maternités précoces à La Réunion. *Dialogue*, 2014, vol. 205, n° 3 : p. 91-102. *En ligne* : <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2014-3-page-91.htm>
 - **Perche M.** Pratiques et perceptions de la prise en charge de l'IVG à La Réunion. *Étude qualitative*. Saint-Denis : ORS de la Réunion, 2010 : 116 p. *En ligne* : https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/rapport_etude_ivg_quali_2010.pdf
- MAYOTTE**
- **Parenton F., Youssouf H., Mariotti É., Barbail A.** La situation périnatale à Mayotte en 2016 : principaux résultats de l'Enquête nationale périnatale (ENP) et de son extension. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2020, n° 1 : p. 17-27. *En ligne* : http://intradoc.ansp.local/exl-php/vue-consult/spf_recherche/SPF00001545
 - **Touzet C.** Les naissances baissent légèrement. *Bilan démographique 2018 à Mayotte*. *Insee Flash Mayotte*. 2019, n° 91 : 2 p. *En ligne* : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4211303#consulter>
 - **ARS Océan Indien.** Accès à la contraception à Mayotte. *État des lieux et programme d'actions 2019-2021*. Saint-Denis : ARS Océan Indien, 2019 : 83 p. *En ligne* : https://www.mayotte.ars.sante.fr/system/files/2019-11/Programme%20contraception%20%282%29_1.pdf
 - **ARS Océan Indien.** Panel 2017 des indicateurs de santé périnatale à Mayotte. Saint-Denis : ARS Océan Indien, 2019 : 12 p.
 - **ARS Océan Indien.** Schéma de santé (SRS) 2018-2023. *Volet 3. Mayotte*. Mamoudzou : ARS Océan Indien, 2018 : 57 p. *En ligne* : https://www.lareunion.ars.sante.fr/system/files/2018-06/ARS-OI_PRS%202-SRS%20VOLET%203%20MAYOTTE_VD_1.pdf
 - **Louacheni C.** Les interruptions volontaires de grossesse à Mayotte. *Analyse des bulletins statistiques d'interruption de grossesse de 2013-2014*. Saint-Denis : ORS Océan Indien, 2017 : 28 p. *En ligne* : https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/rapp_big_mayotte_2018.pdf
 - **Aballea P., Rabineau Y.** Mission d'appui au Département de Mayotte sur le pilotage de la protection de l'Enfance. *Tome 1 : rapport*. Paris : IGAS, 2016 : 85 p. *En ligne* : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-087R_TOME_1_Mission_d_appui_MAYOTTE_.pdf
 - **Aballea P., Rabineau Y.** Mission d'appui au Département de Mayotte sur le pilotage de la protection de l'Enfance. *Tome 2 : annexes*. Paris : IGAS, 2016 : 175 p. *En ligne* : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-087R_TOME_2_Mission_d_appui_MAYOTTE_.pdf
 - **Maison des Adolescents TAMA.** Les conduites à risques chez les adolescents de Mayotte - *Enquête de terrain*. Mamoudzou : Maison des Adolescents TAMA, 2015 : 15 p. *En ligne* : https://peidd.fr/IMG/pdf/enquete_mda_-_conduites_a_risques_-_14.09.2015.pdf
 - **Louacheni C.** Regards des femmes sur la prise en charge des grossesses à Mayotte. *Résultats*. Saint-Denis : ORS La Réunion, 2014 : 71 p. *En ligne* : https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/etu_regards_mahoraises_perinatalite_2014.pdf

ORGANISMES RÉUNIONNAIS ET MAHORAIS

Agence Régionale de Santé de La Réunion

Créée le 1^{er} janvier 2020, l'Agence Régionale de Santé de La Réunion est chargée du pilotage et de la mise en œuvre de la politique de santé en région. Elle se substitue, pour La Réunion, à l'ARS Océan Indien. L'ARS de La Réunion a deux grandes missions : la protection de la santé des populations en région et l'amélioration du système de soins et de prises en charge des patients.

En ligne : <https://www.lareunion.ars.sante.fr/>

Agence Régionale de Santé Mayotte

Également créée le 1^{er} janvier 2020 en se substituant à l'ARS Océan Indien, l'ARS Mayotte a pour missions de :

- construire un dispositif de santé le plus adapté à court et moyen termes ;
- informer et sensibiliser les habitants en menant des actions de prévention et de promotion de la santé auprès des habitants ;
- améliorer le système de soins et de prises en charge des patients.

En ligne : <https://www.mayotte.ars.sante.fr/>

Observatoire Régional de la Santé Océan Indien

L'Observatoire Régional de la Santé Océan Indien a pour mission d'observer la santé de la population régionale, à La Réunion et à Mayotte. Son objectif est de produire et de mettre à disposition des indicateurs et informations sur l'état de santé de la population et ses déterminants. Cette mission s'inscrit dans un cadre de l'aide à la décision.

En ligne : <https://www.ors-ocean-indien.org/>

Observatoire de la parentalité de La Réunion

L'observatoire a notamment pour mission de fédérer tous les dispositifs mis en place pour soutenir la parentalité à La Réunion. À ce titre, ce site diffuse des outils, des méthodologies et des guides de bonnes pratiques.

En ligne : <https://www.observatoireparentalite.re/>

Protection maternelle et infantile de La Réunion

La PMI de La Réunion assure différentes missions dont :

- des consultations pour les enfants jusqu'à 6 ans ;
- des consultations prénuptiales, planification des naissances, IVG, dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ;
- surveillance de la grossesse ;
- prévention de la maltraitance ;
- prise en charge des enfants, des mineurs et des femmes enceintes en difficulté.

En ligne : <https://www.departement974.fr/administration/service-protection-maternelle-infantile-pmi>

Protection maternelle et infantile Mayotte

La PMI de Mayotte assure différentes missions dont :

- des consultations pour les femmes ;
- des consultations pour les enfants jusqu'à 6 ans ;
- un service d'éducation pour la santé effectuant des actions de prévention ;



©Edgar Marsy

- le contrôle de l'accueil des enfants en périscolaire ou en crèche et l'attribution des agréments à celle-ci ;
- un projet de développement du dépistage des Troubles envahissants du développement (TED) débute et s'effectue avec la collaboration du Centre de ressources inter-régional de l'autisme (Cria) basé à La Réunion.

En ligne : <https://www.reseaux-sante-mayotte.fr/repema/page/le-conseil-departemental>

Réseau périnatal de Mayotte (Répéma)

Le Répéma œuvre dans l'objectif d'optimiser la coordination et la communication entre les acteurs locaux du secteur de la périnatalité. Le réseau veille à l'harmonisation des pratiques professionnelles, de la formation, de la diffusion d'informations auprès des professionnels. En dehors du cercle des professionnels, les femmes et couples reçoivent par ce réseau des informations et une orientation. Le site internet de Repère offre des informations dédiées aussi bien aux parents qu'aux professionnels dans leur parcours de soin.

En ligne : <https://www.reseaux-sante-mayotte.fr/repema>

Réseau périnatal Réunion (Repère)

Créé en 2001, ce réseau est une structure de coordination, d'appui et d'évaluation dans le champ de la santé périnatale, placée sous l'égide de l'ARS. Ses objectifs sont notamment d'harmoniser et optimiser la prise en charge des femmes enceintes, du couple et de leur enfant. Ainsi par ses actions, le réseau participe à l'amélioration des indicateurs réunionnais de la périnatalité. Le site internet de Repère offre des informations dédiées aussi bien aux parents qu'aux professionnels.

En ligne : <https://www.repere.re/>

Les nouveaux repères prennent en compte les risques de cancer imputables à l'alcool, scientifiquement mieux identifiés au cours des dernières années.

De nouveaux repères de consommation d'alcool pour limiter les risques sur sa santé

Chloé Marques,
chargée d'études scientifiques, unité addictions,
Guillemette Quatremère,
chargée d'études scientifiques, unité addictions,
Raphaël Andler,
chargé d'études scientifiques, unité addictions,
Viêt Nguyen-Thanh,
responsable de l'unité addictions,
direction de la prévention et de la promotion
de la santé, Santé publique France.

Ces dernières années, plusieurs pays ont révisé leurs recommandations concernant le nombre maximum de verres d'alcool à ne pas dépasser pour limiter les risques pour sa santé, notamment du fait de l'accumulation des connaissances sur le lien entre l'alcool et le risque de développer certains cancers [1]. En 2017, suite à une saisine de la Direction générale de la santé et de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, un groupe d'experts mandatés par Santé publique France et par l'Institut national du cancer a proposé de nouveaux repères de consommation d'alcool en s'appuyant sur des auditions, une revue de la littérature scientifique et une modélisation des risques pour la santé selon différents scénarii d'exposition à l'alcool. Ce groupe d'experts stipule en particulier que « *le compromis qui avait été trouvé autour de la notion de seuils de consommation sans risque ne peut perdurer au vu de la littérature scientifique. Il faut maintenant parler de repères de consommation à faible risque* ». Ces travaux ont été complétés par une étude qualitative afin d'établir des repères qui prennent en compte les perceptions de la population : la consommation d'alcool étant très répandue et généralement associée au plaisir, il s'agissait d'identifier quel était le niveau de risque acceptable pour les consommateurs d'alcool. Après avoir intégré les principes du marketing social, les experts ont ainsi cherché un compromis entre protection stricte de la santé et prise en compte des représentations et des comportements de la population [2] pour favoriser son appro-



L'ESSENTIEL

Les nouveaux repères de consommation d'alcool préconisés en France depuis 2017 sont les suivants :

- ne pas consommer plus de dix verres standard par semaine ;
- ne pas consommer plus de deux verres standard par jour ;
- avoir des jours sans consommation dans une semaine.

En résumé et pour une bonne compréhension du grand public : « *Pour votre santé, l'alcool, c'est maximum deux verres par jour et pas tous les jours.* »

priation des repères. Enfin, l'étude qualitative a également montré une préférence de la population pour des repères ne faisant pas de distinction de sexe. Cela a été possible puisqu'au seuil de consommation retenu, les risques sanitaires sont peu différents entre les hommes et les femmes.

Les nouveaux repères de consommation s'adressent ainsi aux adultes en bonne santé, sans distinction de sexe (hors femmes enceintes), qui sont consommateurs d'alcool. Ils prennent en compte la fréquence et la quantité d'alcool consommé et comportent trois dimensions : comme l'indique le groupe d'experts, « *si vous consommez*

de l'alcool, il est recommandé pour limiter les risques pour votre santé au cours de votre vie » de :

- ne pas consommer plus de dix verres standard par semaine ;
- ne pas consommer plus de deux verres standard par jour ;
- avoir des jours dans la semaine sans consommation¹ [2].

La formulation de ces repères a été retravaillée et évaluée dans le cadre d'une étude qualitative, puis quantitative afin de la rendre plus compréhensible et mémorisable : « *pour votre santé, l'alcool, c'est maximum deux verres par jour et pas tous les jours* ». La situation des Français par rapport à ces nouveaux repères a été étudiée à partir des données du *Baromètre 2017* de Santé publique France. Interrogés sur leur consommation d'alcool au cours de la semaine précédente, 23,6 % des 18-75 ans ont indiqué dépasser au moins une des trois dimensions de ces repères :

- 9,7 % déclaraient avoir bu plus de dix verres dans la semaine ;
 - 7,9 % déclaraient n'avoir pas respecté au moins deux jours d'abstinence ;
 - 19,2 % déclaraient avoir bu au moins une fois plus de deux verres un même jour.
- Ces données étant issues d'une enquête déclarative, il est possible qu'il y ait un biais de mémoire et de désirabilité sociale, car les personnes répondent en partie en fonction des normes sociales ; par conséquent, ces

niveaux de consommation et leur fréquence sont potentiellement sous-estimés. Les hommes dépassaient plus les repères que les femmes (33,4 % d'hommes contre 14,3 % de femmes). Près de deux tiers des femmes et trois quarts des hommes dépassant les repères avaient plutôt un niveau de diplôme inférieur ou égal au baccalauréat (respectivement 58 % et 70 %). De plus, la dimension de dépassement des repères est très liée à l'âge : les jeunes sont plus enclins à consommer plus de deux verres un même jour, alors que les plus âgés respectent moins la recommandation de plusieurs jours d'abstinence par semaine. La connaissance des profils des personnes dépassant les nouveaux repères de consommation d'alcool à moindre risque permet d'identifier les cibles prioritaires des actions de prévention [3]. ■

1. Les repères de consommation précédents, inscrits dans le Plan national nutrition santé 2011-2015, étaient les suivants : « Ne pas dépasser deux verres d'alcool par jour pour les femmes et trois pour les hommes. »

Pour en savoir plus

- <https://www.alcool-info-service.fr>
- Santé publique France. *Déterminants de santé. Alcool*. Mis à jour le 13 mai 2020. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Bonaldi C., Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019, n° 5-6 : p. 97-108. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_2.html

[2] Santé publique France, Institut national du cancer. *Avis d'experts relatif à l'évolution du discours en matière de consommation d'alcool en France*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti>

[3] Andler R., Richard J.-B., Cogordan C., Deschamps V., Escalon H., Nguyen-Thanh V. *et al.* Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019, n° 10-11 : p. 180-187. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_2.html

Pourquoi les Français consomment-ils de l'alcool ?

Chloé Marques, chargée d'études scientifiques, unité addictions, **Guillemette Quatremère**, chargée d'études scientifiques, unité addictions, **Raphaël Andler**, chargé d'études scientifiques, unité addictions, **Viêt Nguyen-Thanh**, responsable de l'unité addictions, direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

L'ESSENTIEL

■ **Ancré dans les habitudes, festif, convivial : en dépit de ses dangers, l'alcool continue de bénéficier de représentations favorables dans la société française. Et les idées fausses ont la vie dure : 20 % des Français pensent que l'alcool est « bon pour la santé ».**

L'alcool est très ancré dans les habitudes françaises : il est présent lors de nombreux événements de la vie tels que naissance, anniversaire, mariage, succès (scolaire, professionnel, sportif ou artistique), emménagement, départ à la retraite... Certaines questions du *Baromètre de Santé publique France* permettent d'étayer cette affirmation. Ainsi en 2017, près d'un Français sur deux (49 %) pense qu'offrir de l'alcool ou en boire « fait partie des règles du savoir-vivre ». Cette représentation semble même un peu plus présente aujourd'hui qu'en 1992, puisque les Français étaient alors 44 % à l'affirmer.

Lorsque les consommateurs réguliers¹ sont interrogés sur leurs motivations à consommer de l'alcool, ils disent en boire d'abord pour son goût (80 %) ; mais l'alcool est aussi très associé à l'idée de fêtes mieux réussies (56 %) et il est particulièrement apprécié par 52 % des personnes interrogées pour la sensation qu'il procure. L'aspect social est également un important motif de consommation puisqu'une personne sur trois (34 %) déclare consommer pour s'intégrer dans un groupe qu'elle apprécie. Malgré les risques pour la santé, 24 % des personnes interrogées déclarent consommer de l'alcool pour avoir « une alimentation équilibrée » et 20 % car ils le pensent « bon pour la santé ». Une

personne sur cinq déclare consommer dans le but de s'enivrer. De plus, la consommation d'alcool est parfois perçue comme un soutien, puisque 20 % des personnes interrogées citent l'aide qu'il leur apporte lorsqu'elles se sentent déprimées ou nerveuses et 13 % soulignent sa capacité à faire tout oublier. Enfin, 12 % des consommateurs réguliers déclarent boire, car ils n'arrivent pas à s'en passer, traduisant ainsi une dépendance engendrée par l'alcool [1].

Les motivations à consommer diffèrent selon l'âge. En effet, le goût de l'alcool, les fêtes mieux réussies suite à sa consommation, la sensation qu'il procure et l'enivrement sont des motifs très cités par les jeunes, alors qu'ils le sont de moins en moins quand l'âge des consommateurs augmente. Au contraire, les personnes âgées de plus de 55 ans déclarent plus fréquemment consommer de l'alcool, car elles le pensent bon pour la santé et faisant partie d'une alimentation équilibrée. Quel que soit l'âge, le plaisir du goût demeure le premier motif évoqué par les consommateurs [1].

Les quantités d'alcool bues et la fréquence de consommation sont différentes selon les motifs de consommation. Les personnes déclarant boire pour le goût, pour la sensation, pour s'intégrer, pour que les fêtes soient mieux réussies ou pour s'enivrer consomment moins souvent que celles qui consomment de l'alcool en pensant que c'est bénéfique pour leur santé (en moyenne 140 jours contre 190 jours par an), mais les premières en boivent en quantité un peu plus importante – les personnes qui boivent pour s'enivrer peuvent consommer jusqu'à quatre verres en moyenne par jour. Les personnes déclarant consommer pour des raisons de mal-être boivent assez fréquemment (environ 180 jours par an, et jusqu'à presque 240 jours pour les personnes déclarant avoir du mal à s'en passer) et consomment en moyenne 3,5 verres par jour [1]. ■

1. Ces personnes ont déclaré une consommation de plus de deux verres les jours où elles ont bu ou au moins une alcoolisation ponctuelle importante au cours des 12 derniers mois ou une consommation hebdomadaire d'alcool.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Andler R., Richard J.-B., Palle C., Spilka S., Quatremère G., Nguyen-Thanh V. La consommation d'alcool en France métropolitaine en 2017. *La Revue du praticien*, octobre 2019, vol. 69, n° 8 : p. 886-891. En ligne : <https://www.larevuedupraticien.fr/article/consommation-dalcohol-en-france-metropolitaine-en-2017>

Toute consommation d'alcool comporte des risques pour la santé

Chloé Marques,
chargée d'études scientifiques, unité addictions,
Guillemette Quatremère,
chargée d'études scientifiques, unité addictions,
Raphaël Andler,
chargé d'études scientifiques, unité addictions,
Viêt Nguyen-Thanh,
responsable de l'unité addictions,
direction de la prévention et de la promotion
de la santé, Santé publique France.

Malgré une forte diminution de la consommation annuelle moyenne d'alcool pur chez les Français de plus de 15 ans au cours des cinq dernières décennies (passant de 26,0 litres en 1961 à 11,7 litres en 2017), les niveaux de consommation restent importants. En France métropolitaine en 2017, d'après les résultats du *Baromètre de Santé publique France*, 87 % des 18-75 ans déclaraient avoir consommé de l'alcool au moins une fois dans l'année, 10 % d'entre eux déclaraient consommer de l'alcool tous les jours et 5 % déclaraient en consommer six verres ou plus lors d'une même occasion chaque semaine [1]. Pourtant, la consommation d'alcool est le premier facteur de risque de mortalité prématurée et d'incapacité chez les 15-49 ans au niveau mondial en 2016 [2] et elle fait partie des trois premières causes de mortalité évitable en France [3]. On estime que 41 000 décès d'adultes de 15 ans et plus en France sont attribuables à l'alcool en 2015, ce qui représente 11 % de la mortalité chez les hommes de cette tranche d'âge et 4 % de la mortalité chez les femmes [3]. De plus, une étude réalisée en 2012 sur les séjours hospitaliers liés à la consommation d'alcool (dépendance, intoxication alcoolique aiguë ou pour une

maladie liée à l'alcool) rapporte qu'elle est une des premières causes d'hospitalisation en France [4].

À court terme, la consommation d'alcool est la cause de 30 % des accidents de la route mortels [5], de nombreux traumatismes – chutes ou coma éthylique, blessures, suicides et tentatives de suicide, et de risques sociaux tels que des violences envers d'autres personnes ou des rapports sexuels non protégés et/ou non désirés [6]. Ces risques immédiats sont liés à une alcoolisation plutôt aiguë que chronique.

À moyen et à long terme, la consommation d'alcool augmente le risque de survenue de sept cancers : de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, colorectal, du foie et du sein. Elle augmente également le risque de survenue de plusieurs maladies cardio-vasculaires telles que l'arythmie cardiaque, l'accident vasculaire cérébral (AVC) hémorragique et l'hypertension. La consommation d'alcool augmente les risques de développer certaines maladies comme la fibrose et la cirrhose du foie, l'hépatite chronique, et des maladies mentales liées à l'alcool [3]. Enfin, des troubles du système nerveux apparaissent du fait de la dépendance provoquée par l'alcool.

La consommation d'alcool pendant la grossesse a des conséquences néfastes sur la mère et sur le fœtus (notamment le syndrome d'alcoolisation fœtale [7]). Par ailleurs, il ne faut pas oublier ses conséquences sociales (violences, relations avec l'entourage difficiles, précarité [8]).

Une controverse scientifique a concerné l'existence d'un seuil de consommation d'alcool en-dessous duquel il n'y aurait pas de risque pour la santé. En effet, pour une consommation d'alcool inférieure à un certain seuil – qui diffère selon les maladies et selon le sexe –, l'alcool diminue le risque de survenue de certaines pathologies : par exemple, certaines maladies coronariennes ou le diabète de type 2. Cependant, cet effet bénéfique ne tient pas la comparaison face au risque global de décès attribuables à l'alcool toutes pathologies confondues, et ce même pour une faible consommation [2-3]. Les connaissances actuelles indiquent donc que toute consommation d'alcool présente un risque pour la santé. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Richard J.-B., Andler R., Cogordan C., Spilka S., Nguyen-Thanh V. *et al.* La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019, n°s 5-6 : p. 89-97. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html
- [2] Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 22 septembre 2018, vol. 392, n° 10152 : p. 1015-1035. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6148333/pdf/main.pdf>
- [3] Bonaldi C., Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019, n°s 5-6 : p. 97-108. En ligne : Disponible : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_2.html
- [4] Paille F., Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2015, n°s 24-25 : p. 440-449. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2015/24-25/2015_24-25_1.html
- [5] Ministère de l'Intérieur, Sécurité routière. L'alcool et la conduite. En ligne : <https://www.securite-routiere.gouv.fr/dangers-de-la-route/lalcool-et-la-conduite>
- [6] Le Borgès E., Quatremère G., Andler R., Arwidson P., Nguyen-Thanh V., Spilka S. *et al.* Consommation de substances psychoactives chez les jeunes en France et dans certains pays à revenus élevés. *État des lieux des modes et niveaux de consommation, et facteurs associés*. Saint-Maurice : Santé publique France, septembre 2019 : 44 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/rapport-synthese/consommation-de-substances-psychoactives-chez-les-jeunes-en-france-et-dans-certains-pays-a-revenus-eleves-etat-des-lieux-des-modes-et-niveaux-de>
- [7] Alcool. Effets sur la santé. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), *Expertise collective*, 2001 : 374 p. En ligne : http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/168/expcol_2001_alcool.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [8] Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), *Expertise collective*, 2003, 536 p. En ligne : http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/154/expcol_2003_alcool.pdf?sequence=1&isAllowed=y

L'ESSENTIEL

► **Toute consommation d'alcool présente des risques pour la santé. En France, 41 000 décès d'adultes (âgés de 15 ans et plus) sont attribuables à l'alcool chaque année. Par ailleurs, la consommation d'alcool est la cause de 30 % des accidents mortels de la route.**

Une santé dégradée pour les personnes sans emploi

Raphaël Andler,

chargé d'études scientifiques, unité addictions, direction de la prévention et de la promotion de la santé,

Romain Guignard,

chargé d'expertise scientifique, unité addictions, direction de la prévention et de la promotion de la santé,

Jean-Baptiste Richard,

responsable de l'unité appui à la conception, à la mise en place et à l'exploitation des enquêtes, direction appui, traitements et analyses de données,

Viêt Nguyen-Thanh,

responsable de l'unité addictions, direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

En 2017, il y avait environ 2,8 millions de chômeurs au sens du Bureau international du travail (BIT) en France (hors Mayotte), auxquels il faut ajouter le « halo autour du chômage » constitué de 1,6 million de personnes sans emploi, ne réunissant pas les tous les critères du chômage au sens du BIT, mais désirant travailler – par exemple sans emploi, mais non disponibles dans les semaines à venir ni en recherche active [1]. Un grand nombre d'études soulignent que les chômeurs ont une santé dégradée comparativement aux actifs occupés [2] et qu'ils sont davantage exposés à certains facteurs de risque (tabac et alcool par exemple [3]).

Méthode

L'objectif était d'actualiser ce constat avec des données françaises récentes issues de l'enquête *Baromètre de Santé publique France 2017*, représentative de la population adulte de France métropolitaine. Cette enquête a permis de constituer un échantillon aléatoire de 25 319 adultes âgés de 18 à 75 ans interrogés par téléphone entre janvier et juillet 2017 [4]. Cet échantillon incluait 16 213 actifs dont 1 817 étaient demandeurs d'emplois¹. Si cette enquête est centrée sur la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites) et sur la santé mentale, elle aborde également le sommeil et l'activité physique [5].

Figure 1. Usages de substances psychoactives des actifs occupés et des demandeurs d'emploi en 2017 (en pourcentage).

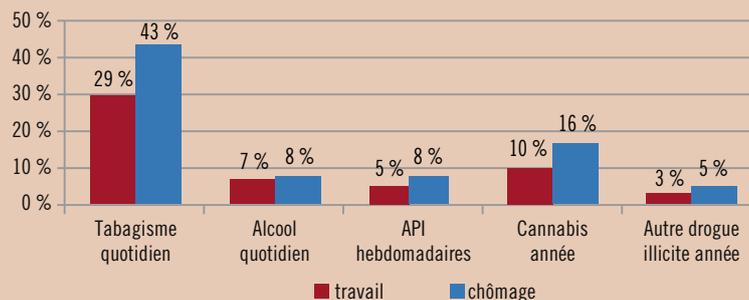


Figure 2. Obésité et absence d'activité physique des actifs occupés et des demandeurs d'emploi en 2017 (en pourcentage).

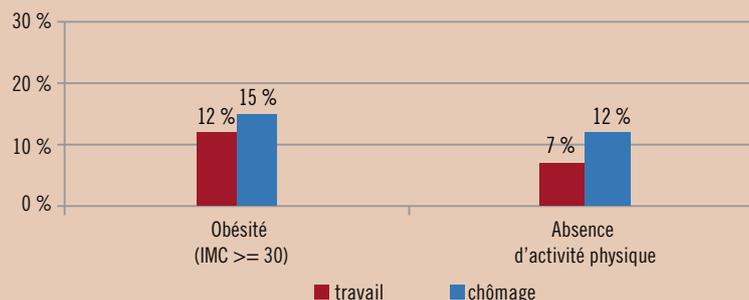


Figure 3. Insomnie et épisodes suicidaires et/ou dépressifs des actifs occupés et des demandeurs d'emploi en 2017 (en pourcentage).

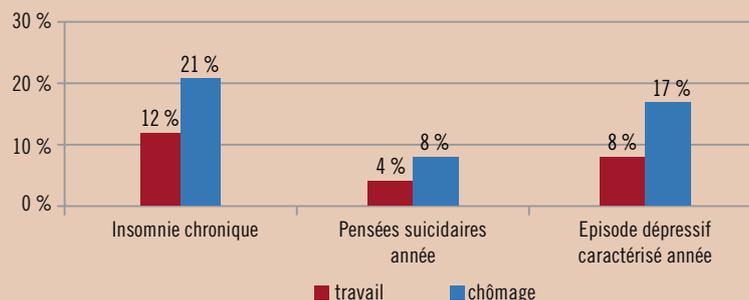
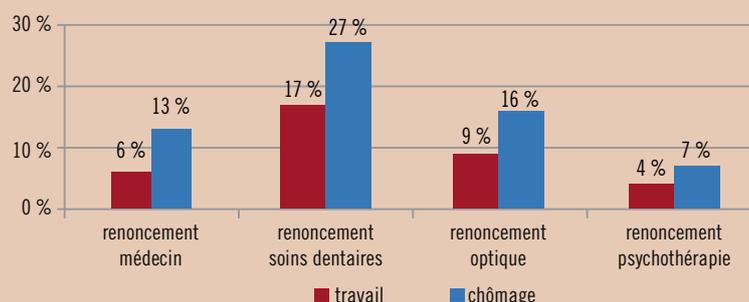


Figure 4. Renoncement aux soins des actifs occupés et des demandeurs d'emploi en 2017 (en pourcentage).



Chômage et comportements de santé
Une santé dégradée pour les personnes sans emploi

L'ESSENTIEL

► **Les demandeurs d'emploi sont plus fréquemment consommateurs de substances psychoactives – tabac, alcool et autres. Ils sont davantage exposés aux insomnies et aux épisodes dépressifs confirme le Baromètre de Santé publique France 2017.**

Résultats

Les demandeurs d'emploi étaient plus fréquemment consommateurs de substances psychoactives que les actifs occupés :

- 43 % fumaient du tabac quotidiennement (contre 29 % des actifs occupés) ;
- 8 % avaient une alcoolisation ponctuelle importante (API) – six verres ou plus en une occasion – chaque semaine (contre 5 % des actifs occupés) ;
- 16 % avaient consommé du cannabis dans l'année (contre 10 % des actifs occupés) ;
- 5 % avaient consommé une autre drogue illicite dans l'année (contre 3 % des actifs occupés).

Aucune différence n'était en revanche observée entre les deux groupes concernant la prévalence de la consommation quotidienne d'alcool (8 % vs 7 %).

Les demandeurs d'emploi étaient 15 % à avoir un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 (obésité) contre 12 % des actifs occupés, et ils étaient 12 % à ne jamais faire 30 minutes d'affilée d'activité physique contre 7 % des actifs occupés.

Parmi les demandeurs d'emploi :

- 21 % souffraient d'insomnie chronique (contre 12 % des actifs occupés) ;
- 8 % avaient eu des pensées suicidaires dans l'année (contre 4 % des actifs occupés) ;
- 17 % avaient vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois (contre 8 % des actifs occupés).

Enfin, les demandeurs d'emploi avaient plus fréquemment renoncé à des soins pour raison financière que les actifs occupés, qu'il s'agisse d'une consultation chez un médecin (13 % vs 6 %), de soins dentaires (27 % vs 17 %), de lunettes (16 % vs 9 %) ou d'une psychothérapie (7 % vs 4 %).

Discussion

La relation entre chômage et santé est souvent schématisée en trois composantes :

- la causalité (la situation de chômage a un impact négatif sur la santé) ;
- la sélection (les personnes en mauvaise santé ont un plus grand risque d'être au chômage) ;
- les facteurs pouvant avoir un impact à la fois sur la santé et la situation d'emploi (environnement social, mode de vie, facteurs psychologiques, génétiques, etc.) [6 ; 7].

Les analyses effectuées mettent en lumière des usages de substances psychoactives fortement différenciés entre chômeurs et actifs occupés qui peuvent expliquer – en partie seulement – la relation entre chômage et état de santé. Elles révèlent également des inégalités importantes en matière de santé mentale, de sommeil et de recours aux soins. Partant de ce constat, une attention particulière doit être portée aux chômeurs, et des interventions de prévention développées spécifiquement pour cette population semblent nécessaires pour réduire ces inégalités. ■

1. Les estimations ont été pondérées pour tenir compte de la probabilité d'inclusion, puis redressées sur la structure de la population française (sexe, âge, région, taille d'unité urbaine, taille du foyer et niveau de diplôme) à partir de l'*Enquête emploi 2016* (Institut national de la statistique et des études économiques - Insee). Dans l'enquête *Baromètre de Santé publique France 2017*, les personnes interrogées déclaraient leur situation professionnelle en précisant si elles étaient en emploi ou au chômage (inscrites ou non à Pôle emploi).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). *Tableaux de l'économie française*. Paris : Insee, coll. Insee références, 2019. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3696937>
- [2] Sermet C., Khlal M. La santé des chômeurs en France : revue de la littérature. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2004, vol. 52, n° 5 : p. 465-474.
- [3] Guignard R., Nguyen Thanh V., Andler R., Richard J.-B., Beck F., Arwidson P. Usage de substances psychoactives des chômeurs et des actifs occupés et facteurs associés : une analyse secondaire du Baromètre santé 2010. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2016, n° 16-17 : p. 304-312. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/>

[barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2010](https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/)

[4] Richard J.-B., Andler R., Guignard R., Cogordan C., Léon C., Robert M. *et al. Baromètre santé 2017. Méthode d'enquête. Objectifs, contexte de mise en place et protocole*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018 : 24 p.

[5] Santé publique France. *Baromètre santé 2017. Questionnaire*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017 : 53 p.

[6] Meneton P., Plessz M., Courtin É., Ribet C., Goldberg M., Zins M. L'impact du chômage sur la santé. La cohorte Constances, un outil d'études prometteur. *Médecine/Sciences*, 2017, vol. 33, n° 8-9 : p. 785-789. En ligne : <https://www.medicinesciences.org/en/articles/medsci/pdf/2017/07/medsci2017338-9p785.pdf>

[7] Schmitz H. Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health. *Labour Economics*, janvier 2011, vol. 18, n° 1 : p. 71-78. En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0927537110000953>

Impact de la privation d'emploi sur la santé : « Le chômage prive l'individu de la reconnaissance indispensable à la santé psychique »

Entretien avec Christophe Dejours, médecin psychiatre et psychanalyste, fondateur de la psychodynamique du travail, professeur émérite de l'université Paris-Nanterre.

La Santé en action : Pourquoi 13 % des demandeurs d'emploi renoncent-ils aux soins médicaux ?

Christophe Dejours : Ce n'est pas tant une renonciation qu'un non-recours aux soins. Le chômage, la précarité, la pauvreté peuvent se cumuler avec l'alcoolisme ou avec d'autres toxicomanies. Différents facteurs jouent. Les personnes qui vivent une telle situation sont parfois victimes de certaines formes de dépression, qui leur ôtent tout courage ou toute volonté de demander de l'aide. Elles se laissent couler. Et pire, elles ne sentent plus les signes des atteintes à la santé physique. Quelque chose s'enraye dans le processus de la conservation de soi. Les signes d'alerte ne fonctionnent plus, ils sont neutralisés par l'état dépressif.

S. A. : Comment analysez-vous les résultats de cette enquête concernant l'état psychosomatique des demandeurs d'emploi ?

C. D. : Je ne sais pas ce que mesurent ces enquêtes quantitatives ; d'autant moins que le chômage s'est diversifié ces dernières années et que les chômeurs ne sont pas un bloc monolithique. Les chômeurs de longue durée n'ont guère

en commun avec les jeunes en chômage primaire. Sur le plan qualitatif, cela fait déjà longtemps que nous savons que les personnes qui ne travaillent pas vont plus mal sur le plan psychique, voire physique que ceux qui travaillent. Ces chiffres¹ confirment juste ce que nous pouvons observer cliniquement sur le terrain. Cependant, il faut bien avoir en tête que le travail, ce n'est pas l'emploi ou le salariat. Cela peut être le travail indépendant, bénévole, artistique. Travailler, c'est être engagé dans une activité balisée par des prescriptions pour atteindre des objectifs.

S. A. : Quels facteurs permettent de mettre en évidence le lien entre l'absence d'emploi et la santé globale des individus ?

C. D. : Pour comprendre les effets pathogènes de la privation de travail, il est nécessaire de se placer en amont. Le travail n'est jamais neutre vis-à-vis de la santé. Il peut générer le pire, en fonction des organisations dans lesquelles s'exerce l'activité, et conduire à la dépression et au suicide ; c'est ce qui s'est passé à France Télécom, dont le récent procès a permis de mettre en lumière la politique managériale mortifère. Or, le travail peut aussi générer le meilleur : le plaisir. Quand le rapport subjectif au travail est ainsi réussi, il devient un médiateur très puissant de la santé mentale. Et cet état augmente la résistance aux maladies du corps. Quand nous sommes engagés dans une activité, notre personnalité est mise à l'épreuve. Le travail exige que nous mobilisions notre intelligence.

L'ESSENTIEL

■ **Parmi les demandeurs d'emploi, 13 % renoncent aux soins, 8 % déclarent avoir des pensées suicidaires (voir dans ce numéro l'article « Une santé dégradée pour les personnes sans emploi »).** Christophe Dejours analyse les effets délétères de l'absence d'emploi sur la santé globale des individus. Ce spécialiste de la souffrance au travail explique que le travail n'est jamais neutre vis-à-vis de la santé. Il peut générer le meilleur, mais aussi le pire. Être reconnu dans son travail accroît l'estime de soi. Le dénigrement dans le travail ou la privation d'emploi sapent les fondements de la personnalité.

S. A. : L'homme a donc besoin de relever un défi au travail pour se sublimer ?

D. J. : Exactement. Pour surmonter les difficultés relatives aux tâches à accomplir, nous endurons d'abord l'échec et nous devons ensuite développer de nouvelles habiletés qui n'existaient pas auparavant. Quand nous y parvenons, c'est une source de plaisir considérable. C'est ce qu'on appelle le travail vivant. L'accroissement de l'amour de soi grâce à ce rapport heureux au travail vient de l'enrichissement non seulement des capacités cognitives, mais aussi de la subjectivité et de la formation de nouveaux registres de sensibilité. La souffrance est le point de départ de la mobilisation de

L'emploi, un déterminant de la santé
Impact de la privation d'emploi sur la santé psychique

**« LE TRAVAIL EST DONC
UNE POSSIBILITÉ
D'ACCOMPLISSEMENT DE SOI.
EN ÊTRE PRIVÉ BRUTALEMENT,
C'EST RUINER LE CHEMIN
DE CET ACCOMPLISSEMENT. »**

l'intelligence au travail, parce que la recherche de la solution qui convient efface la souffrance lorsqu'on réussit à surmonter la résistance que le réel oppose à la maîtrise. Dans cette bataille avec le réel, avec soi-même, on acquiert parfois une virtuosité. Les nouvelles compétences sont toujours gagnées sur la souffrance. Et ce faisant, nous nous transformons. Cette sublimation est au rendez-vous de toute tâche, quel que soit le métier. Elle est partout, là où l'organisation du travail permet à chacun de déployer son intelligence. Le travail est donc une possibilité d'accomplissement de soi. En être privé brutalement, c'est ruiner le chemin de cet accomplissement. Il y a, en effet, deux sphères de réalisation de soi : dans le champ social par le travail et dans le champ privé, par l'amour. Or il se trouve que le premier est plus puissant que le second – découverte incroyable ! Et lorsque notre vie sentimentale ne va pas bien, il arrive que nous sauvions notre santé mentale grâce au travail.

S. A. : Le manque de lien social du demandeur d'emploi participe-t-il aussi à la dégradation de sa santé mentale ?

C. D. : Effectivement, le travail n'est pas seulement individuel. Je n'œuvre pas seul dans mon coin. Je travaille pour mon patron, avec des collègues, ou des subordonnés si je suis manager. Le rapport à l'autre est essentiel. Et la coopération dans le travail revêt deux dimensions majeures : la reconnaissance et l'apprentissage du vivre-ensemble. La reconnaissance ne se réduit pas à une rétribution correspondant au travail réalisé ; c'est aussi le jugement d'autrui, de mes chefs, de mes pairs ou de mes subordonnés, sur la qualité de ce que je fais. La reconnaissance participe à l'accroissement de l'amour de soi et de l'identité. Si, au contraire, on dénigre mon boulot, cela sape les fondements

de ma santé mentale. Travailler avec les autres, c'est par ailleurs apprendre à vivre ensemble, puisqu'il faut partager des règles techniques, élaborées par le collectif et le faire en respectant les autres. Au travail, nous étoffons notre savoir-vivre et nous déployons des formes de solidarité. La solidarité qui naît de la coopération est un élément puissant pour se préserver des troubles mentaux. Les solidarités face au harcèlement moral par exemple permettent aux personnes de ne pas décompenser psychologiquement. En outre, notre activité ou nos manières de travailler ont également des impacts sur l'environnement et sur la cité. Nous contribuons à l'ordre social, nous participons au développement de la société. Les personnes au chômage ne peuvent plus apporter cette contribution. Elles ne bénéficient plus de la reconnaissance matérielle et morale, indispensable à la santé psychique, ni des stratégies de défense collectives.

S. A. : Comment analysez-vous la mise en lumière de tous les métiers de l'ombre, révélés lors de la pandémie de la Covid-19 ?

C. D. : À part les médecins, ce sont des métiers qui ont fait l'objet d'une occultation sociale et politique, voire médiatique. Ces personnes sont mal payées et parfois méprisées, encore aujourd'hui. Il en va ainsi du travail de soins comme du travail domestique accompli par les femmes au sein des familles : il est marqué par une division sociale, sexuelle et « raciale ». L'épreuve du coronavirus a montré à quel point les gens sont prêts à s'engager dans le travail, et ils l'ont fait. Toutefois, on ne peut rebâtir aisément la confiance et la coopération des collectifs, à l'hôpital public comme dans d'autres organisations, après des années de pratiques désastreuses où s'est imposée la gouvernance fondée uniquement sur l'aspect comptable. La place prise par les gestionnaires dans les entreprises et dans les services publics a cassé les solidarités dans le travail, laissant place à l'arrivisme et au « chacun pour soi ». Je crains que nous sortions de cette crise mentalement très mal. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel,
journaliste.

1. 8 % des demandeurs d'emploi déclarent avoir des pensées suicidaires (vs 4 % des actifs occupés ; 17 % des demandeurs d'emploi sont ou ont été confrontés à un épisode dépressif caractérisé (vs 8 % des actifs occupés) ; 20 % des demandeurs d'emploi ont des insomnies chroniques (vs 12 % des actifs occupés).

Pour en savoir plus

- Dejours C. *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale.* Paris : Points, coll. Essais, 2009 : 237 p.
- Dejours C. *Travail vivant.* Paris : Petite Bibliothèque Payot, coll. Pr.Pa.Pf.Psycha, 2013 : 156 p.

Consultation gynécologie-handicap : « Une prise en charge globale et adaptée aux besoins et aux attentes des femmes »

Entretien avec

Béatrice Idiard-Chamois,

sage-femme,

Responsable consultation Parentalité

Handicap moteur et sensoriel

Responsable consultation gynécologie

handicap moteur, mental et sensoriel

Institut mutualiste Montsouris (IMM),

Paris

La Santé en action : Pourquoi les femmes en situation de handicap n'ont-elles toujours pas le même accès à la gynécologie et à la maternité que les autres femmes ?

Béatrice Idiard-Chamois : Lorsque j'ai démarré en 2006 la consultation de parentalité, je me suis rendu compte que près de 90 % des patientes souffrant d'un handicap ne bénéficiaient d'aucun suivi gynécologique. Cela m'a bouleversée et c'est pourquoi je me suis battue pour qu'elles puissent avoir accès à ce suivi. Cependant, cela a pris longtemps avant que le projet aboutisse, car je ne parvenais pas à trouver de financement, ni de gynécologue formé pour appréhender la visite avec une personne handicapée. Plusieurs raisons expliquent ce manque de prise en charge. Pour les femmes vivant en institutions, quasiment aucune visite gynécologue n'est prévue ; c'est un endroit où la sexualité est taboue et où il y a beaucoup d'interdits, notamment celui d'être en couple. Les généralistes et les psychiatres qui travaillent dans les maisons d'accueil spécialisées prescrivent à toutes les femmes en âge de procréer la même pilule contraceptive

standard, que la personne la supporte bien ou non, afin d'éviter les règles et le risque de grossesse. Les femmes vivant en milieu ordinaire rencontrent plusieurs difficultés. D'un point de vue pratique, les cabinets de ville ne sont pas facilement accessibles aux personnes ayant un handicap moteur ; par exemple, les tables d'examen ne sont pas du tout adaptées ; de même que le prix de la consultation, alors que l'examen prend plus de temps du fait des contraintes physiques. Par conséquent, cela n'incite pas les médecins à faire ce type de consultations. Certaines femmes en situation de handicap ne peuvent se déplacer seules ; or il n'est pas facile de parler de son intimité devant quelqu'un. En outre, les professionnels de santé, qui ne sont pas sensibilisés pendant leurs études, sont mal à l'aise. Le handicap leur fait peur. Et au-delà du seul suivi gynécologique, le projet de devenir mère les plonge dans un état de sidération : « *mais comment pourrait-elle être enceinte ? Comment va-t-elle accoucher ? Comment va-t-elle s'occuper de l'enfant ?* » Et bien souvent, une interruption de grossesse est proposée aux femmes handicapées enceintes. Si la grossesse peut poser problème sur le plan médical pour certaines d'entre elles, ce n'est pas une raison pour disqualifier tout le monde de la parentalité.

S. A. : Qu'apportent les consultations gynécologie-handicap et parentalité-handicap ?

B. I.-C. : Ces consultations offrent une prise en charge globale adaptée aux besoins et aux attentes des patientes : à la

L'ESSENTIEL

► **Béatrice Idiard-Chamois, sage-femme, a mis en place deux consultations a priori uniques en leur genre en France : depuis 2006, une consultation « parentalité-handicap » au sein du département mère-enfant de l'Institut mutualiste Montsouris (IMM) à Paris et, en janvier 2015, une consultation de gynécologie. Les deux sont ouvertes aux femmes et aux couples porteurs de toute forme de handicap moteur, sensoriel et mental.**

► **Handicapée, se déplaçant en fauteuil, récompensée par la Légion d'honneur, cette sage-femme ferraille depuis plus d'une décennie pour que les droits fondamentaux des personnes en situation de handicap soient respectés :**

- disposer de son corps ;
- avoir un enfant si on le souhaite ;
- ne pas être placée de façon autoritaire sous contraception ;
- accéder à son propre consentement ;
- à une vie affective et sexuelle épanouie.

► **Elle souhaite contribuer à changer le regard de la société sur ce sujet tabou qu'est la sexualité des personnes en situation de handicap. Cependant, ces consultations adaptées demeurent une exception en France, ce qui témoigne du chemin à parcourir pour réduire cette inégalité d'accès aux droits fondamentaux.**

fois médicale, psychologique et administrative. La consultation en gynécologie répond aux freins évoqués précédemment, avec un gynécologue-sexologue sensibilisé. Elle peut durer jusqu'à deux heures pour les femmes en situation de

Grossesse, périnatalité et handicap
Une prise en charge adaptée aux besoins des femmes

handicap lourd. Dans la consultation en parentalité, je reçois le couple ; c'est un temps d'échange sur le projet de grossesse, le désir d'enfant. Pour ma part, je n'ai pas à juger du droit à l'enfant, mais je suis attentive aux droits de l'enfant. Avec une personne qui n'a pas toutes les capacités pour élever un enfant, nous faisons un cheminement pour arriver à une prise de conscience. Toutefois, je ne suis pas dans une position de jugement, je ne dis pas : « À votre place, je ne ferais pas cela. » Je suis là pour accompagner, en évitant d'être dans une attitude paternaliste et/ou protectrice. Parce que les personnes en situation de handicap sont considérées vulnérables, le corps médical a tendance à les infantiliser. Ce n'est pas mon cas. Il faut cependant une forme de responsabilité : si, à cause d'une pathologie, une patiente se met en danger en voulant mener à terme une grossesse, il est de mon devoir de l'informer des risques encourus.

S. A. : Quel bilan faites-vous de ce double dispositif ?

B. I.-C. : Fin décembre 2019, la consultation gynécologie-handicap a reçu environ 500 patientes depuis sa création. Ces dernières nous trouvent facilement sur Internet. Après un premier contact avec les secrétaires pour une prise de rendez-vous, elles sont mises en relation avec moi. Ce contact est important pour établir tout de suite la confiance. C'est une de nos forces que d'avoir une expertise reconnue, à la fois par le public et aussi par nos pairs. Cela fait que nous avons beaucoup de demandes ; et nous sommes sollicités par des praticiens pour donner des avis, particulièrement sur la parentalité et sur l'accouchement. Cette expertise nous donne une certaine liberté, et notamment celle de proposer des consultations dans les milieux institutionnels. Nous avons aussi pris soin d'éviter la ghettoïsation en accueillant des patientes valides. Il faut prendre garde à la stigmatisation et à la dépersonnification qu'engendreraient une consultation spécialisée. L'idée est que les femmes handicapées aient accès comme tout le monde à un personnel médical compétent et sensibilisé à leur situation pour les prendre en charge de façon normale. La faiblesse principale que je retiens dans cette démarche, c'est que nous sommes un peu seuls. Je ne vois pas de relève

dans les écoles de sages-femmes, où les formations au handicap sont toujours absentes – à part dans un établissement à ma connaissance. Alors que la loi de février 2005 impose une obligation de sensibilisation aux professionnels de santé dans leur cursus, en 2020, cela n'est toujours pas fait, c'est amoral. Elle est pourtant indispensable pour changer le regard des professionnels sur le handicap, pour qu'ils en aient moins peur et ne le considèrent pas comme un échec de la médecine. Les professionnels de santé apprennent beaucoup sur les pathologies qui provoquent le handicap, mais ils ne connaissent pas le handicap. Il y a clairement un manque de volonté politique de changer la donne. Or les personnes en situation de handicap représentent une population très hétérogène, avec un système d'aide morcelé. Cette division ne facilite pas la mobilisation des personnes, ni les revendications unies.

S. A. : Pourquoi intervenez-vous aussi dans les institutions où vivent les personnes handicapées ?

B. I.-C. : Au départ, nous animions des groupes de parole sur la sexualité dans les instituts médico-éducatifs, les instituts d'éducation motrice, les foyers d'accueil médicalisés, les maisons d'accueil spécialisées. Proposer une consultation gynécologie sur place répondait au manque des institutions dans ce domaine, notamment parce qu'il est compliqué de déplacer des personnes lourdement handicapées ; de plus, cela leur génère beaucoup de stress. Pour l'instant, ces interventions sont encore modestes. Ce ne sont que quelques consultations par an dans des établissements que je qualifierais de « bienveillants ». Nous arrivons pour un après-midi avec nos outils et nous voyons, en binôme avec le gynécologue, une dizaine de patientes. Comme elles sont accompagnées par un soignant de l'établissement qui la connaît bien, cela permet d'aller un peu plus rapidement.

S. A. : Le fait que vous soyez vous-même en fauteuil roulant favorise-t-il le contact avec les femmes que vous accompagnez ?

B. I.-C. : Je ne sais pas si c'est un atout. Probablement... J'ai moi-même subi de la maltraitance par rapport à ma grossesse, compte tenu de ma

maladie. J'ai une culture du handicap et une écoute qui, pour certaines patientes, facilitent la compréhension et la confiance. Je connais les difficultés de leur parcours de vie. Cependant, le handicap présente de multiples visages, et les patientes sourdes ou autistes ne s'identifient pas forcément à moi. Lorsque la secrétaire d'État aux personnes handicapées a souhaité me remettre la Légion d'honneur, je n'ai pas voulu que cet événement ait lieu dans les salons du ministère. C'est ma neurologue qui m'a remis cette décoration en 2014, dans les locaux de l'Institut mutualistes Montsouris (IMM), là où mon action a du sens, entourée des patientes et des soignants.

S. A. : Qu'apportent vos formations en langue des signes et en haptonomie¹ au déroulement des consultations ?

B. I.-C. : Je peux entrer en communication avec les personnes sourdes sans interprète, ce qui pose un cadre d'échange plus favorable pour parler de l'intimité. L'haptonomie – et sa déclinaison, l'haptosynésie², dédiée aux personnes malades ou handicapées – est une science humaine qui complète le soin. Il est par exemple difficile d'approcher une autiste de but en blanc. L'haptonomie ne fait pas appel au psychosomatique mais à l'affectivité ; grâce au toucher, elle permet de créer un état de sécurité qui va permettre à la patiente, en puisant dans son potentiel, d'aller de l'avant. Avec cette approche globale, on pratique sans brutalité l'examen gynécologique. Elle est aussi très appréciable pour l'accompagnement pré- et postnatal des femmes. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. « L'haptonomie permet de poser une relation par un toucher bien spécifique et d'inviter la personne qui est touchée à s'ouvrir à soi, à l'autre, au monde qui l'entoure pour sentir comment elle peut être dans la vie, en toute autonomie. » Dr Frans R. Veldman.

2. L'haptosynésie est une application spécifique de l'haptonomie à la pratique des soins. Elle vise à accompagner les personnes handicapées ou malades. Elle tend à optimiser et à humaniser la relation entre le soignant et le patient de sorte que la personne aidée puisse mettre en œuvre au mieux ses propres ressources.

Dark Waters – pollution et santé

Dark Waters, un film de Todd Haynes,

États-Unis, 2019, 2 h 08

avec Mark Ruffalo, Anne Hathaway, Tim Robbins.

Marie Lekane,

docteure en histoire, art et archéologie,
centre culturel Les Grignoux, Liège.

Dans *Dark Waters*, le cinéaste Todd Haynes porte à l'écran l'histoire vraie de Robert Bilott, incarné par Mark Ruffalo. Cet avocat s'est battu avec pugnacité pendant vingt ans pour faire reconnaître l'implication de la firme DuPont dans la pollution de l'eau potable par l'acide perfluorooctanoïque (PFOA), composé chimique utilisé dans la production de Téflon. L'exposition répétée à ce composant a entraîné des maladies au sein des travailleurs de l'usine en Virginie et des populations voisines de celle-ci. Afin de faire éclater la vérité, Bilott va risquer sa carrière, sa réputation et toute sa vie de famille.

Le film est présenté sous la forme d'un film-enquête et apporte une grande quantité d'informations. La force du réalisateur a été d'induire un rythme soutenu et une tension palpable, rendant le film haletant et passionnant.

À quels spectateurs est destiné le film ?

Avec son intrigue à caractères policier et judiciaire, le film est accessible à un large public, dès 15 ans.

Relations avec la problématique santé

Le film suscite de multiples réflexions sur la question de l'impact des polluants persistants sur la santé. Le film permet de sensibiliser les spectateurs, quel que soit leur âge, à un scandale de santé publique.

L'ESSENTIEL

■ **Le film *Dark Waters*, accessible au jeune public dès le lycée, est un outil intéressant pour que les professionnels de l'éducation et de l'animation puissent débattre avec les jeunes de l'impact de la pollution industrielle chimique sur l'environnement et sur les populations. Ce long métrage militant permet de décrypter le fonctionnement de la démocratie avec son pouvoir et ses contre-pouvoirs, le rôle crucial des lanceurs d'alerte. Il interpelle sur la façon dont chacun se forge une opinion, et sur la manière dont tout citoyen peut devenir acteur de ce débat contradictoire qui constitue le cœur de la démocratie.**

Quelques pistes de réflexion

L'on proposera ici quelques pistes pour, après avoir regardé le film, mener un dialogue construit avec de jeunes spectateurs.

La motivation des auteurs du film

Les questions initiales d'un débat pourraient être : « Pourquoi le réalisateur, Todd Haynes, et l'acteur principal, Mark Ruffalo, ont-ils choisi de porter à l'écran cette histoire vraie ? » « Les jeunes spectateurs peuvent-ils percevoir, à travers certains choix, les opinions et les intentions des auteurs ? »

Le film est engagé. Mark Ruffalo, militant actif, est connu pour ses positions écologistes. C'est lui qui, après la lecture d'un article du *New York Times* relatant l'affaire [1], décide de

porter à l'écran ce scandale et présente le projet à Todd Haynes. Ce dernier, consterné, accepte le challenge. Au moment de la sortie du film *Dark Waters*, Marc Ruffalo, accompagné de Todd Haynes et de Robert Bilott, a tenu une conférence de presse au Parlement européen pour mettre en lumière ces pollutions. Selon lui, le film contribue à « éduquer les gens » pour qu'ils puissent agir et prendre conscience de la dangerosité de telles substances pour la santé. Le film est construit de manière didactique : les différentes informations glanées et analysées par Bilott sont expliquées posément et clairement. Cela permet au spectateur d'accéder à une synthèse des découvertes. En réservant à Bilott le rôle de délivrer ces informations, les auteurs ont assez clairement choisi leur camp.

Se forger une opinion

Afin d'approfondir la réflexion, les questions peuvent être plus précises : « Ce film est-il pertinent pour démontrer les dommages de certains produits chimiques sur la santé ? » ; « Les médias présentent souvent l'avis d'experts sur ce genre de sujets ; pourquoi en faire un film ? »

Le film repose sur une confrontation de différents points de vue plus ou moins argumentés : un fermier, un avocat spécialisé dans les questions environnementales, un cadre de DuPont, des experts, des juges, des avocats, etc. Les différents personnages ont des motivations et des intérêts variés, souvent contradictoires. La confrontation de tous ces avis peut cependant laisser perplexes les spectateurs. C'est imputable à la complexité

de l'histoire et certainement aussi voulu par les auteurs pour que le spectateur soit dans une situation comparable à ce que les protagonistes – en particulier, Bilott – vivent et ressentent : l'avocat est littéralement noyé sous une somme d'informations qu'il doit classer et comprendre. Le spectateur, qui découvre les informations en même temps que Bilott, est invité à se forger une opinion, à acquérir une certitude subjective malgré la confusion apparente des protagonistes. Cette présentation met également au jour les rapports de force dans un débat et les pratiques malhonnêtes de grandes entreprises.

Par ailleurs, même s'il est fondé sur des faits réels, *Dark Waters* est un film de fiction qui implique un travail de mise en scène et de reconstitution. Peut-on y croire ? Quel crédit peut-on lui accorder ?

Le projet des auteurs du film pose ainsi une question plus large : comment se faire une opinion dans une société démocratique qui est caractérisée par la diversité des points de vue, des intérêts et des formes de représentation (comme le cinéma) ? Comme Bilott, le spectateur est invité à rechercher des informations complémentaires, à essayer de s'orienter vers de multiples sources extérieures. « Où trouver d'autres sources d'informations ? » ; « Où trouver de l'information fiable ? » ; et l'on peut demander aux jeunes spectateurs : « Avez-vous par exemple déjà consulté des articles scientifiques pour vérifier certaines affirmations ? » ; « Si ce n'est pas le cas, comment appréhender des sujets complexes et rester critique par rapport à ces informations ? »

De telles questions se posent bien sûr dans de nombreuses problématiques d'éducation à la santé où l'on est confronté à une diversité d'avis plus ou moins bien étayés.

Dark Waters a par ailleurs une dimension judiciaire qui permet de poser des questions spécifiques : « Un cas, celui du fermier dont le bétail est malade, est-il une preuve ? » ; « Une décision de justice est-elle particulièrement crédible ? » ; « Quel poids peut-on lui accorder ? »

L'on peut également demander aux jeunes si leur avis a évolué suite à la vision du film : « Ferez-vous plus attention aux informations données par

les experts, en fonction de la position que ces personnes occupent et de leurs intérêts ? »

L'environnement comme déterminant de santé

Le film permet également d'engager une réflexion plus générale sur l'influence possible des matières polluantes sur la santé. On pourrait ainsi demander aux participants : « Pensez-vous être exposé à des substances dangereuses comme celle évoquée dans *Dark Waters* ? » ; « Connaissez-vous certaines substances dangereuses pour la santé qui pourraient être présentes dans votre environnement ? » ; « Avez-vous déjà entendu parler de polluants précis ou la pollution est-elle seulement, à vos yeux, une menace générale ? » ; « Y a-t-il pour vous une différence entre pollution et pesticides, substances cancérigènes, etc. ? » ; « Quelle est, à votre avis, l'importance de cette menace pour la santé humaine ? » ; « Existe-t-il des menaces plus graves que celle-là, dont il faudrait se préoccuper en priorité, comme une pandémie ? » ; « Certaines personnes sont-elles plus exposées que d'autres à ce genre de menaces ? » ; « Certains pays sont-ils confrontés plus spécifiquement à ce type de menaces ? »

Ces questions sont susceptibles de donner lieu à des débats et également à de nécessaires recherches documentaires.

Tous les exemples de pollution ne sont pas aussi évidents que celui montré dans le film. La gravité des pollutions est très variable, et certaines populations ou certains groupes (comme des travailleurs d'une usine ou des habitants vivant à proximité de celle-ci) y sont plus exposés que d'autres. Aux déterminants généralement mis en lumière et liés à la pollution des milieux (eau, air, terre) et aux comportements, nous pourrions ajouter la fabrication en masse et la consommation de produits industriels. La possibilité de fabrication de nouvelles substances chimiques n'a jamais été si importante et constitue de nouveaux facteurs de risque [2]. Les composants chimiques sont souvent non réglementés, et leurs effets sont peu, voire pas connus. Beaucoup de personnes et d'associations militent pour que le principe de précaution prime sur l'économie.

En Europe, le règlement *Registration, Evaluation, Authorisation and restriction of Chemicals (Reach¹)*, mis en vigueur en 2007, vise notamment à inverser la charge de la preuve : ce ne sont plus les agences publiques qui doivent démontrer la toxicité d'un produit, mais les industriels qui sont tenus de prouver que les molécules utilisées ou mises sur le marché ne sont pas nocives².

La fixation du seuil et celle de la norme sont certainement complexes à déterminer. Les normes établies par la toxicologie ne démontrent que les effets à court terme. Des études épidémiologiques, comme celles établies dans le cadre de cette affaire, révèlent le risque pour le vivant après une longue période de consommation ou d'exposition. L'affaire DuPont a clairement montré la toxicité du PFOA, utilisé pour fixer le téflon, au-dessus d'un certain seuil. Cependant, il est soupçonné d'être un perturbateur endocrinien : une substance qui, même à faible dose, a des répercussions sur les fonctions biologiques de l'être humain en perturbant le système hormonal.

On relèvera encore que, si la recherche du profit – bien montrée dans *Dark Waters* – peut avoir de lourdes conséquences sur l'environnement, d'autres exigences sociales peuvent s'opposer à la santé publique, comme la préservation de l'emploi également évoquée dans le film.

La question de la responsabilité

Le film pose enfin la question des responsabilités dans le cas d'une pollution majeure comme celle évoquée. Quels sont alors les individus et les groupes en présence et qui s'opposent à ce sujet ?

Au moins trois acteurs essentiels sont identifiés :

- les citoyens (un groupe non uniforme et souvent divisé) ;
- des firmes privées dont les intérêts ne sont certainement pas les mêmes que ceux des citoyens ;
- l'État, normalement garant de la santé publique.

Ces trois acteurs apparaissent dans un grand nombre de situations où la santé publique peut être affectée par des facteurs environnementaux.

Les moyens d'action et les objectifs ne sont évidemment pas les mêmes dans chacun de ces groupes.

Dans un premier temps, l'on peut interroger les jeunes spectateurs sur les trois « acteurs ».

Les citoyens

« Connaissez-vous des groupes de citoyens ou des organisations qui se mobilisent contre des pollutions chimiques ou industrielles ? » ; « Avez-vous envie d'en faire partie ? » ; « Pensez-vous pouvoir agir individuellement contre d'éventuelles pollutions ? » ; « Adopteriez-vous des comportements visant à vous protéger d'éventuels polluants ? »

Les firmes privées

« Quelles sont les industries polluantes ? » ; « Toutes les industries polluent-elles ? » ; « Ces pollutions sont-elles dangereuses pour la santé ? » ; « Pourquoi sont-elles autorisées ? » ; « Dans quelles conditions ? »

Les pouvoirs publics

« Quel doit être leur rôle ? » ; « Connaissez-vous des organismes publics en charge des problèmes de pollution ? » ; « Quel est leur pouvoir ? » ; « Qui édicte les normes en matière de pollution ? » ; « Qu'est-ce qu'on entend par "santé publique" ? » ; « Est-ce uniquement la gestion des hôpitaux ? » ; « Ce rôle est-il plus large ? »

Si les jeunes ont peu de références sur ces questions, une recherche encadrée sur Internet avec des mots-clés comme « scandale sanitaire », « groupement citoyens » devrait permettre d'accéder à des informations pour alimenter et enrichir le débat.

Dans un second temps, l'on peut demander aux participants si les responsabilités mises en avant dans le film sont d'ordre individuel ou collectif.

La santé environnementale a évolué d'un modèle individuel, centré sur l'action de chaque individu, vers un modèle axé sur la communauté et avec la participation de ses différents acteurs dans une action collective ; c'est du moins ce qu'il est nécessaire de mettre en place pour que fonctionnent les politiques de santé environnementale.



© Miller_Films

Dans *Dark Waters*, il ne s'agit pas de responsabilité personnelle des individus comme la consommation de tabac ou d'alcool. Ici, la responsabilité de l'entreprise DuPont est largement évoquée, et l'un des enjeux du procès est de faire reconnaître sa responsabilité dans l'apparition de certaines maladies. Le tribunal imposera à l'entreprise le contrôle médical continu de toutes les personnes susceptibles d'avoir été contaminées. Si la responsabilité de cette firme privée est donc clairement établie, l'ensemble des événements doit être vu sous l'angle sociétal puisque c'est toute une population qui est victime des agissements de DuPont et que seule une action publique (essentiellement judiciaire) peut y mettre fin sous la pression citoyenne.

Pour conclure, on peut toutefois se poser la question de notre responsabilité de consommateur – qui n'est évoquée qu'indirectement dans le film – lorsque nous achetons en toute connaissance de cause des produits contenant du PFOA et que nous les utilisons. Certes, pour le consommateur individuel, le risque – en termes d'impact négatif sur sa santé – est minime (certainement beaucoup moins important que la consommation d'alcool, de tabac ou l'absence d'exercice physique). Cependant, cet achat individuel peut contribuer à dégrader l'environnement collectif. En d'autres termes, nos modes de consommation ont un impact – à travers la production de nombreux produits et sans doute de façon irréversible – sur notre environnement. *Dark Waters* pose ainsi de nombreuses questions sur des choix sociétaux qui mettent en cause la santé publique. ■

1. En ligne : <https://echa.europa.eu/fr/regulations/reach/understanding-reach>

2. Pour de plus amples informations, voir <https://echa.europa.eu/fr/regulations/reach/understanding-reach>.

Pour en savoir plus

● Le centre culturel Les Grignoux gère en Belgique francophone un dispositif d'éducation cinématographique, intitulé « Écran large sur tableau noir », qui aborde le cinéma dans ses multiples composantes sociales, psychologiques, culturelles ainsi que sous ses aspects de santé publique. Chaque film proposé dans ce dispositif est accompagné d'un dossier pédagogique original dont le catalogue complet est visible à l'adresse suivante :

● <https://www.grignoux.be/dossiers-pedagogiques>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Rich N. The Lawyer who became DuPont's worst nightmare. *The New York Times Magazine*, 6 janvier 2016. En ligne : <https://www.nytimes.com/2016/01/10/magazine/the-lawyer-who-became-duponts-worst-nightmare.html>

[2] Dab W. *Santé et environnement*, Paris : Presses universitaires de France, coll. Que sais-je ?, 2020, 5^e édition, p. 54-57.

COVID-19

BIEN UTILISER SON MASQUE

Comment mettre son masque



1 Bien se laver les mains



2 Mettre les élastiques derrière les oreilles

OU



2 Nouer les lacets derrière la tête et le cou



3 Pincer le bord rigide au niveau du nez, s'il y en a un, abaisser le masque en dessous du menton et ne plus le toucher

Comment retirer son masque



1 Se laver les mains et enlever le masque en ne touchant que les lacets ou les élastiques



2 Après utilisation, le mettre dans un sac plastique et le jeter

OU



2 s'il est en tissu, le laver à 60° pendant 30 min



3 Bien se laver les mains à nouveau

Le masque est un moyen de protection complémentaire qui ne remplace pas les gestes barrières



[GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS](https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus)



0 800 130 000
(appel gratuit)