

LES SCHÉMAS

Schéma de Prévention (SP)

- **Prévention et Promotion de la Santé (PPS)**

P 5 PREAMBULE

P 7 LA REUNION

P 63 MAYOTTE



Le décret du 18 mai 2010, pris en application de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009, précise le contenu du Schéma de Prévention (SP) :

- > Promotion de la santé de l'ensemble de la population,
- > Prévention sélective de certaines maladies et de certains risques,
- > Prévention au bénéfice des patients et de leur entourage,
- > Organisation des activités de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires,
- > Amélioration de l'offre de services dans le domaine de la prévention individuelle et collective,
- > Modalités de développement des métiers et des formations nécessaires à l'amélioration de la qualité des actions de prévention,

- > Modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de la prévention.

Le Schéma de Prévention comporte donc deux volets complémentaires :

- > **Un volet relatif à la Veille, l'Alerte et la Gestion des Urgences Sanitaires (VAGUSAN)**
- > **Un volet relatif à la Prévention et à la Promotion de la Santé (PPS).**

Le volet PPS fait par contre l'objet d'une déclinaison spécifique à chacune des deux îles.







La Réunion

P 09 INTRODUCTION

P 13 1^{ERE} PARTIE – L'ETAT DES LIEUX

- 14 • **I. L'existence d'une dynamique partenariale**
 - 1.1 La pluralité des acteurs
 - 1.2 La diversité des actions
- 20 • **II. L'émergence d'une culture commune**
 - 2.1 La professionnalisation des acteurs
 - 2.2 L'amélioration de la qualité des actions
 - 2.3 La coordination des acteurs
 - 2.4 Le développement de la santé communautaire
 - 2.5 L'adaptation des dispositifs et des supports d'information
- 23 • **III. La difficulté de construire une politique commune**
 - 3.1 La fragilité du réseau associatif
 - 3.2 Une connaissance insuffisante de l'offre et des besoins
 - 3.3 Un manque de coordination des politiques publiques
 - 3.4 Une implication variable des acteurs de prévention
 - 3.5 L'existence de fortes inégalités de santé

P 25 2^{EME} PARTIE – LES AXES STRATEGIQUES

- 27 • **Orientation n°1 – Structurer la politique régionale de promotion de la santé**
- 27 • **Axe 1 • Améliorer les connaissances pour mieux agir**
 - Mesure 1.1 : Identifier les facteurs de risque et le rôle des déterminants de santé
 - Mesure 1.2 : Développer un dispositif d'observation pluridisciplinaire
 - Mesure 1.3 : Partager l'information et capitaliser les expériences
 - Mesure 1.4 : Développer la coopération dans la zone Océan Indien
 - Mesure 1.5 : Structurer l'offre de formation
- 28 • **Axe 2 • Mobiliser les acteurs sur des enjeux communs**
 - Mesure 2.1 : Coordonner les politiques des acteurs institutionnels
 - Mesure 2.2 : Favoriser l'engagement des collectivités locales
 - Mesure 2.3 : Renforcer l'implication des professionnels de santé
 - Mesure 2.4 : Renforcer le partenariat entre les acteurs de prévention
 - Mesure 2.5 : Développer des programmes d'intervention pluriannuels
- 30 • **Orientation n°2 - Développer un environnement favorable à la santé de la population**
- 31 • **Axe 1 • Améliorer la qualité des milieux de vie**
 - Mesure 1.1 : Promouvoir un habitat sain
 - Mesure 1.2 : Développer un environnement urbain et périurbain de qualité
 - Mesure 1.3 : Améliorer les conditions de vie en milieu professionnel
- 33 • **Axe 2 • Agir sur l'offre alimentaire**
 - Mesure 2.1 : Améliorer la qualité de l'offre alimentaire
 - Mesure 2.2 : Valoriser le patrimoine alimentaire et culinaire local
 - Mesure 2.3 : Faciliter l'accès de tous à une alimentation de qualité

- 35 • **Axe 3 • Réduire l'impact de certaines situations socio-économique et culturelles**
 - Mesure 3.1 : Prendre en compte l'impact de l'illettrisme sur la santé
 - Mesure 3.2 : Valoriser les adultes dans leur rôle éducatif
 - Mesure 3.3 : Prévenir les phénomènes de stigmatisation
 - Mesure 3.4 : Comprendre et respecter la loi

- 37 • **Axe 4 • Garantir un accès égal pour tous au système de santé**
 - Mesure 4.1 : Favoriser l'effectivité de l'accès aux droits
 - Mesure 4.2 : Améliorer l'accès à la prévention et aux soins

- 38 • **Orientation n°3 – Promouvoir des comportements favorables à la santé de la population**
- 38 • **Axe 1 • Promouvoir les recommandations en matière de nutrition**
 - Mesure 1.1 : Favoriser une alimentation équilibrée
 - Mesure 1.2 : Encourager la pratique régulière d'une activité physique
 - Mesure 1.3 : Renforcer la promotion de la santé bucco-dentaire
- 41 • **Axe 2 • Prévenir les conduites addictives**
 - Mesure 2.1 : Informer la population sur les risques et pathologies
 - Mesure 2.2 : Renforcer le repérage précoce
- 43 • **Axe 3 • Promouvoir l'éducation à la vie affective et à la sexualité**
 - Mesure 3.1 : Renforcer l'information de la population
 - Mesure 3.2 : Faciliter l'accès à la contraception
 - Mesure 3.3 : Intervenir auprès des groupes à risque
- 59 • **Axe 4 • Promouvoir la santé mentale**
 - Mesure 4.1 : Informer la population sur les pathologies mentales
 - Mesure 4.2 : Intervenir auprès des groupes vulnérables
- 47 • **Axe 5 • Prévenir les accidents de la vie courante**
 - Mesure 5.1 : Prévenir les accidents domestiques
 - Mesure 5.2 : Prévenir les accidents liés aux activités sportives et de loisirs

- 48 • **Orientation n°4 - Développer les capacités de chacun à être acteur de sa santé**
- 48 • **Axe 1 • Renforcer l'action communautaire**
 - Mesure 1.1 : Développer des actions de proximité
 - Mesure 1.2 : Développer des démarches participatives
 - Mesure 1.3 : Favoriser l'approche populationnelle
 - Mesure 1.4 : Former les acteurs à la démarche communautaire
- 49 • **Axe 2 • Favoriser l'acquisition d'aptitudes individuelles**
 - Mesure 2.1 : Développer les compétences psychosociales
 - Mesure 2.2 : Intervenir dès le plus jeune âge
- 50 • **Axe 3 • Améliorer la qualité des pratiques et des interventions**
 - Mesure 3.1 : Garantir la cohérence des messages diffusés
 - Mesure 3.2 : Développer des outils pédagogiques adaptés
 - Mesure 3.3 : Poursuivre le développement de la démarche qualité

- 52 • **Orientation n°5 - Renforcer la prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques**
- 52 • **Axe 1 • Renforcer le dépistage précoce**
 - Mesure 1.1 : Développer le dépistage précoce chez l'enfant
 - Mesure 1.2 : Promouvoir le dépistage auprès de la population
 - Mesure 1.3 : Faciliter l'accès et le recours au dépistage
 - Mesure 1.4 : Renforcer les pratiques en matière de dépistage

- 54 • **Axe 2 • Promouvoir la politique de vaccination**
 - Mesure 2.1 : Informer et sensibiliser la population
 - Mesure 2.2 : Informer et former les professionnels de santé
 - Mesure 2.3 : Faciliter l'accès à la vaccination des populations vulnérables et les plus à risque de ne pas se faire vacciner

- 55 • **Orientation n°6 - Développer la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage**
- 55 • **Axe 1 • Renforcer l'autonomie des personnes atteintes de maladies chroniques**
 - Mesure 1.1 : Informer les personnes malades, leur entourage et les soignants
 - Mesure 1.2 : Développer l'éducation thérapeutique du patient
- 57 • **Axe 2 • Préserver les capacités d'autonomie des personnes vieillissantes**
 - Mesure 2.1 : Prévenir les chutes des personnes âgées
 - Mesure 2.2 : Prévenir les problèmes de la nutrition
 - Mesure 2.3 : Préparer et faciliter le retour à domicile après une hospitalisation
- 58 • **Axe 3 • Maintenir la qualité de vie des personnes dépendantes ou atteintes de maladies chroniques**
 - Mesure 3.1 : Renforcer le soutien aux aidants familiaux
 - Mesure 3.2 : Favoriser le maintien à domicile
 - Mesure 3.3 : Faciliter l'insertion socioprofessionnelle
 - Mesure 3.4 : Faciliter l'intégration en milieu préscolaire et scolaire
- 60 • **Axe 4 • Renforcer la prévention des événements indésirables associés aux soins**
 - Mesure 4.1 : Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections associées aux soins
 - Mesure 4.2 : Renforcer la prévention du risque infectieux soignants/soignés
 - Mesure 4.3 : Développer l'information du public et des patients

Le schéma de prévention de La Réunion, composante du Projet de Santé de La Réunion et de Mayotte, précise les conditions d'organisation et les orientations dans les domaines de la promotion de la santé et de la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires.

Selon la Charte d'Ottawa, adoptée le 21 novembre 1986 par la Conférence internationale pour la promotion de la santé, celle-ci a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter.

La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. C'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques.

La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé, son ambition est le bien-être complet de l'individu.

Le volet prévention et promotion de la santé du schéma de prévention a pour objectif de définir les orientations visant, pour l'ensemble des territoires de santé de La Réunion, à améliorer l'offre de services de prévention individuelle et collective. Cette offre doit contribuer à développer un environnement favorable à la santé de la population et aider chaque réunionnais à s'approprier ou développer les moyens nécessaires pour maintenir ou améliorer son état de santé.

Ce volet constitue un cadre de référence, et non un programme d'actions, permettant de mettre en cohérence les besoins et les

ressources en matière de promotion de la santé. Il définit, pour ce qui concerne la prévention, les modalités de coopération entre les acteurs des différents secteurs d'intervention tels que la santé, le social, l'éducation ou l'environnement. Il intègre également l'offre de prévention et de promotion de la santé provenant des autres acteurs institutionnels régionaux.

Il est un des instruments de mise en œuvre du Plan stratégique de santé et doit permettre d'atteindre les objectifs en matière de prévention définis dans ce document pour les cinq domaines d'action suivants :

- **périnatalité et petite enfance,**
- **maladies chroniques,**
- **handicap et vieillissement,**
- **santé mentale y compris addictions et santé des jeunes,**
- **santé environnement dont risques sanitaires.**

Ce volet doit également contribuer de manière transversale à la réduction des inégalités de santé (sociales, géographiques, environnementales) par une action globale sur l'ensemble des déterminants de santé. De nombreuses études montrent qu'il existe un lien entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale. On constate que chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure. Ce phénomène est résumé par le terme de gradient social des inégalités sociales de santé.



« Penser global, agir local »

est l'axiome sur lequel repose la définition et la mise en œuvre de la politique régionale de promotion de la santé à La Réunion. Pour ce faire, il convient de respecter les critères suivants :

- agir sur les politiques publiques,
- agir sur les environnements physiques et sociaux pour améliorer la qualité de vie des populations en leur permettant de vivre dans des environnements physiques et sociaux encourageant l'adoption d'un mode de vie favorable à la santé,
- développer la santé communautaire auprès des individus et des groupes et soutenir l'empowerment des populations et leur pouvoir d'influence sur les politiques menées dans leurs territoires (communes, quartiers, communautés...),
- développer les aptitudes individuelles c'est-à-dire les savoirs, ressources et compétences des populations leur permettant de jouer un rôle actif dans l'amélioration de leurs cadres et modes de vie,
- réorienter les services pour qu'ils prennent mieux en compte les besoins des populations qu'ils servent en favorisant les collaborations entre les secteurs sanitaires, sociaux et éducatifs, de façon à améliorer la circulation des connaissances et pratiques de prévention et de prise en charge.

Cela ne peut se faire cependant sans le développement d'une méthodologie d'intervention probante permettant une meilleure évaluation et adaptation des actions aux populations afin de leur permettre de faire des choix favorables à la santé.

Cette méthodologie repose sur différents éléments :

- au niveau des territoires : sur un état des lieux de la situation qui doit concerner non seulement la population, mais aussi les intervenants sur le territoire, les institutions présentes, les élus... Cet état des lieux permet d'identifier les personnes-clés du territoire, d'établir des priorités d'action sur tous les axes de la promotion de la santé (acteurs et élus, environnements physiques et sociaux, éducation pour la santé, établissements de partenariat entre les structures), et de fixer des objectifs partagés.

- au niveau des groupes prioritaires (dont les jeunes, les personnes en situation précaire, les personnes âgées) : sur un diagnostic auprès des groupes concernés permettant de repérer les leviers de motivation, les contraintes et les ressources locales ; en privilégiant les actions communautaires insérées dans le tissu social, notamment menées en partenariat avec les réseaux locaux et les collectivités territoriales ; en dépassant l'information seule et l'approche strictement sanitaire pour favoriser des actions où les publics échangent, expérimentent et construisent par eux-mêmes ; en améliorant l'accès des publics défavorisés à la prévention et aux soins.

- au niveau des professionnels : sur la

transmission aux acteurs ressources des éléments de compréhension des problématiques, par la formation et l'accompagnement méthodologique des projets. Cela concerne les professionnels de santé de proximité (PMI, médecins traitants, réseaux de soins, pharmaciens...), les travailleurs sociaux, les décideurs et opérateurs des collectivités locales concernées.

Le rôle de l'Agence de Santé Océan Indien, en lien avec ses partenaires, consiste dès lors à :

- assurer la diffusion d'une culture de la promotion de la santé en région, sur les thèmes prioritaires, en soutenant non seulement la formation des acteurs de la promotion de la santé mais aussi celle des élus et des décideurs,
- favoriser la mise en œuvre de programmes et d'actions de longue durée favorables à la santé à l'échelon local et régional,
- promouvoir la mise en œuvre en région de programmes et d'actions de promotion de la santé de qualité s'appuyant sur des référentiels partagés et des recommandations de bonnes pratiques, favorisant la pluridisciplinarité et l'intersectorialité, intégrant des processus d'évaluation,
- soutenir la recherche et l'expertise en promotion de la santé et favoriser les échanges entre chercheurs et acteurs de terrain.

« Réduire les inégalités de santé est un impératif éthique.

L'injustice sociale tue à grande échelle. »

Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS.

Genève, OMS, 2008



L'ETAT DES LIEUX

L'état des lieux de la promotion de la santé à La Réunion permet de mettre en évidence les atouts et faiblesses de la région dans le domaine de la promotion de la santé. Le diagnostic réalisé à cet égard contribue à donner une vision de l'état actuel des ressources en matière de prévention concernant :

- les structures intervenant en éducation pour la santé,*
- la répartition géographique des acteurs, des actions et des services,*
- l'état de l'offre de services (documentation, formation, conseil méthodologique, outils pédagogiques),*
- la typologie des actions éducatives mises en œuvres (thématiques traitées, public visé, techniques d'intervention et outils pédagogiques utilisés, partenariat, évaluation),*
- les besoins des acteurs,*
- les potentialités de fonctionnement en réseau.*

Toutefois, cet état des lieux reste partiel et ne permet pas d'avoir une vision complète de l'ensemble des ressources disponibles sur le territoire réunionnais. En effet, la collecte des informations est rendue difficile par le caractère transversal de la promotion de la santé et par l'absence d'une vision globale de la prévention à La Réunion. La connaissance des acteurs et des actions se fait essentiellement à partir des financements accordés aux porteurs de projets. La multiplicité des sources de financement ne facilite pas cette connaissance. De plus, certains acteurs sollicitent peu les pouvoirs publics, en raison de procédures jugées difficiles d'accès ou d'une volonté de se détacher des politiques publiques, et œuvrent de manière parfois méconnue dans leur champ d'intervention.

Cet état des lieux montre que les forces du secteur de la prévention à La Réunion résident dans la diversité de ses acteurs, les dynamiques existantes sur les territoires et l'émergence, ces dernières années, d'une volonté de fonder les bases d'une culture commune en éducation pour la santé. Malgré cela, d'importantes faiblesses sont également mises en évidence et constituent des freins au développement d'une véritable politique de promotion de la santé auxquels il convient de prêter attention.

1

L'EXISTENCE D'UNE DYNAMIQUE PARTENARIALE

— La pluralité des acteurs

Au cours des vingt dernières années, on constate une évolution importante, tant qualitative que quantitative, des acteurs œuvrant en matière de prévention à La Réunion. En raison de la nature transversale de la promotion de la santé, les acteurs de prévention se situent dans différents champs d'intervention (sanitaire, médico-social, social, éducation, environnement...). Ils sont porteurs d'une dynamique régionale et contribuent à la réflexion sur les problématiques régionales, et à la mise en œuvre d'actions de prévention. Mais ils sont également confrontés à des difficultés contextuelles et structurelles qui contribuent à faire du champ de la prévention un domaine relativement fragile.

• Les associations

Les associations sont des acteurs majeurs en matière de prévention. Le tissu associatif réunionnais est important mais s'est développé surtout au cours de ces quinze dernières années, porté par de nombreux bénévoles. Ce développement témoigne d'une volonté d'implication et d'engagement au sein de la société civile notamment sur des questions relatives à la santé et au bien-être des réunionnais.

Ces associations sont présentes sur l'ensemble du territoire mais il semble que le secteur Est et les hauts de l'île soient des territoires moins couverts. Ce constat est toutefois à mettre en corrélation avec la densité de population de ces zones, également moins importante dans ces secteurs. Il serait cependant intéressant de pouvoir cartographier les associations afin de situer plus précisément les acteurs sur le territoire et mieux connaître les ressources disponibles.

On observe une grande diversité d'associations au regard du territoire d'intervention, des thématiques et publics cibles :

- les associations intervenant à l'échelon infrarégional (quartier, commune, secteur de l'île) et celles à vocation régionale,
- les associations peu spécialisées et visant davantage la population bien portante, et celles œuvrant sur des domaines particuliers et des publics cibles à risque ou non.

Il faut souligner l'existence d'associations de patients et d'usagers et la création du Collectif inter associatif sur la santé (CISS) qu'il convient d'associer à la construction d'une démarche régionale en prévention. Ces associations sont des leviers pour assurer la représentation des usagers, développer le droit à l'information des réunionnais et leur participation active dans la sphère publique et dans la prise de décisions touchant à des intérêts collectifs (ex : la protection de l'environnement).

Concernant le public spécifique des jeunes, il faut noter l'action des quatre missions locales qui interviennent sur l'ensemble du territoire réunionnais. Elles sont chargées d'assurer une mission de service public en vue d'aider les jeunes de 16 à 25 ans à résoudre l'ensemble des problèmes relatifs à leur insertion sociale et professionnelle dans une perspective d'accès à l'emploi. L'état de santé pouvant parfois être un frein à cette insertion, les missions locales ont pour rôle de mobiliser les partenaires compétents, de contribuer à la promotion de la santé et à la prévention, et de faciliter la mise en place d'une couverture sociale pour ces jeunes.

Les réseaux de santé chargés de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires (article L.6321-1 du code de la santé publique), assurent également des missions dans le domaine de la prévention. Si certains de ces réseaux intervenaient à l'origine sur une zone géographique limitée, ils œuvrent désormais sur l'ensemble du territoire réunionnais.

Financés essentiellement par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), ils sont au nombre de cinq, créés entre 2001 et 2005, et interviennent sur des thématiques différentes :

- le Réseau Périnatal Réunion (RePeRe) a pour objectif d'améliorer la prise en charge en périnatalité et/ou parentalité et contribue à la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation à destination de la population et notamment des femmes enceintes présentant une grossesse à risque.
- le Réseau de Prévention et de prise en

charge de l'Obésité en Pédiatrie (REPOP) s'adresse aux enfants et adolescents de 0 à 18 ans en surpoids ou obèses, ou à risque de le devenir. Il vise à promouvoir et mettre en place des actions de prévention, à dépister plus précocement l'obésité de l'enfant et à repérer les situations à risque. Il intervient auprès des professionnels de santé par des actions d'information et de formation, et auprès des familles des enfants suivis par le réseau.

- le réseau régional de cancérologie (ONCORUN) a pour objectif d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles en cancérologie et d'offrir ainsi une meilleure prise en charge aux patients. Il intervient notamment en matière d'information sur la cancérologie des professionnels de santé, des patients et de leur entourage.

- le réseau de prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale (REUNISAF) intervient auprès de femmes en âge d'être mère présentant ou ayant présenté un mésusage du produit alcool associé ou non à d'autres substances. Sa mission en prévention primaire est de sensibiliser la population sur les dangers de la consommation d'alcool notamment dans un contexte de maternité.

- le réseau Réunion Coeur Artères Rein Education (RéuCARE) a pour objectif de réduire l'incidence des accidents cardiovasculaires et rénaux chez les patients à haut risque. Il œuvre notamment à l'amélioration du dépistage des patients à risque et à la mise en œuvre de pratiques préventives adaptées.

L'Instance Régionale d'Education et de Promotion à la Santé (IREPS) est également un acteur important en matière de prévention. L'IREPS a pour objet la promotion de la santé à La Réunion et dans la région Océan Indien par l'initiation, l'accompagnement et la coordination des actions de formation, de prévention ou d'éducation pour la santé. Cette structure porte également le pôle régional de compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé.

La structure réunionnaise travaille en partenariat avec l'IREPS de Mayotte ce qui permet de contribuer à une meilleure connaissance des spécificités propres à chacune des îles et d'adapter les actions communautaires visant notamment le public mahorais installé à La Réunion.

• Les professionnels

En matière de prévention, de nombreux professionnels interviennent auprès de la population. Du fait du caractère très transversal de la promotion de la santé, ces professionnels œuvrent dans différents champs tels que la santé, le social, l'enseignement, l'environnement, l'éducation populaire.

De par leur proximité de la population, les professionnels de santé libéraux (médicaux et paramédicaux) ont un rôle prépondérant notamment en matière d'information, de repérage et de dépistage. Il est toutefois parfois peu aisé de les mobiliser sur le domaine de la prévention et de les associer aux politiques mises en œuvre.

La mobilisation, l'articulation et la coordination du rôle de ces acteurs est un des leviers d'action disponibles pour organiser une politique de promotion de la santé centrée autour de la personne, de son parcours de vie et de son parcours de santé.

• Les établissements

Les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux participent à la mise en œuvre d'actions de prévention auprès de leurs publics (patients, personnes handicapées, personnes âgées, personnes en situation d'exclusion...). Ils sont confrontés à des problématiques spécifiques (ex : la dénutrition des personnes âgées) et doivent adapter leurs pratiques pour prévenir les risques liés à un handicap/pathologie et/ou au vieillissement et éviter la dégradation de l'état de santé des personnes accueillies. Une bonne coordination entre ces établissements et avec les professionnels libéraux s'avère nécessaire afin de prendre en compte la personne dans sa globalité.

Les établissements d'enseignement ont un rôle particulier en matière de prévention car ils offrent un espace privilégié pour établir une relation de proximité dès l'enfance avec les 250 000 enfants scolarisés à La Réunion. Des programmes d'intervention peuvent ainsi être menés en faveur de ce public en lien avec les équipes éducatives et les équipes de santé scolaire.

De plus, chaque collège et lycée doit disposer en principe d'un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Cette structure, qui associe largement les



membres de la communauté scolaire et les partenaires, contribue à promouvoir et la mettre en cohérence des actions de promotion de la santé et de l'esprit civique. Cependant, le niveau d'implication des CESC varie selon les établissements et il est difficile d'avoir une vision d'ensemble de leur action.

• **Le mouvement mutualiste**

Le mouvement mutualiste réunionnais est composé de Mutuelles nationales et locales, elles même adhérentes à la Mutualité de la Réunion, fédérant ces dernières autour des valeurs du mouvement et des actions telles que la prévention et la promotion de la santé.

Chaque mutuelle est souveraine pour organiser des actions de prévention à destination de ses adhérents et de la population.

La Mutualité de la Réunion coordonne et participe à de nombreuses actions de prévention. De part son intervention au niveau régional, le champ d'intervention en termes de thématiques est large et tend coller au plus près au diagnostic local de santé.

Les orientations de la Mutualité en prévention & promotion de la santé s'articulent autour des objectifs suivants :

- favoriser la prévention de la perte d'autonomie des personnes,
- contribuer à la réduction de la sensation de mal-être des jeunes,
- tendre à la réduction des conduites à risques,
- réduire le risque du cancer,
- réduire les risques des maladies cardiovasculaires,
- réduire le risque du diabète,
- promouvoir les gestes qui sauvent,
- réduire les problématiques visuelles.

Force de proposition en matière de santé et de protection sociale, la Mutualité de la Réunion est présente afin d'informer et de promouvoir une véritable politique de santé fondée sur la prévention et l'éducation et contribue de manière transversale à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé tout en participant aux dynamiques partenariales régionales.

• **Les acteurs institutionnels**

Différents acteurs institutionnels contri-

buent aux côtés de l'Agence de Santé Océan Indien à définir et mettre en œuvre des politiques de promotion de la santé chacun dans leur champ de compétence et échelon territorial d'intervention.

Au niveau de l'Etat, la Préfecture assure la coordination de l'action des services déconcentrés à La Réunion et exerce des missions en matière de prévention. On peut citer notamment la mise en œuvre de la politique de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies (MILDT). Certains services déconcentrés participent à la promotion de la santé : la Direction de la jeunesse, du sport et de la cohésion sociale (DJSCS), la Direction de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DEAL), la Direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DAAF), la Direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIECCTE).

Le Rectorat assure la mission de promotion de la santé en faveur des élèves (MPSFE). Cette mission a pour objectif de veiller au bien être des élèves, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective.

Un certain nombre de professionnels participent à la réalisation de cette mission, notamment les directeurs d'école, les enseignants, les conseillers principaux d'éducation, les infirmières, les conseillers d'orientation psychologues, les médecins, les assistant(e)s de service social, les psychologues scolaires.

Le SPSFE mène des actions individuelles et collectives en faveur des élèves parmi lesquelles :

- les bilans infirmiers et les visites médicales obligatoires au cours de leur parcours scolaire comportant un bilan de l'état de santé physique et psychologique de l'enfant, un dépistage des troubles spécifiques des apprentissages et un suivi des pathologies dépistées,
- l'accueil, l'écoute et le soin dans les infirmeries des établissements publics locaux d'enseignement (EPL),
- l'information des élèves, en collaboration avec les enseignants, les infirmières et les partenaires concernés sur notamment

la sexualité, la prévention du surpoids et de l'obésité, les conduites addictives et la maltraitance. Le CESC dans les EPLE et le projet santé intégré au projet d'école coordonnent les programmes et actions d'éducation pour la santé destinés aux élèves,

- l'aide à l'intégration scolaire des enfants et adolescents atteints de handicap,
- l'aide à la scolarisation des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

La réalisation de ces missions dépend largement des effectifs disponibles notamment en médecins et infirmières de l'Education nationale dont le nombre reste insuffisant pour couvrir la totalité des besoins régionaux.

Les collectivités territoriales œuvrent également en matière de promotion de la santé. Elles disposent d'un large champ d'intervention pour agir sur les paramètres qui conditionnent la qualité de vie, autrement dit sur les déterminants socio-environnementaux. Cela les positionne, de fait, comme des acteurs importants de la santé. En effet, les collectivités élaborent des politiques territorialisées du transport, du logement, de la petite enfance, de la jeunesse, du bien-vieillir, de l'aménagement du territoire...qui contribuent à créer un environnement favorable à la santé globale des habitants et à lutter contre les inégalités sociales de santé.

Le Conseil général est particulièrement impliqué à travers l'exercice de ses missions d'action sociale, de protection maternelle et infantile (PMI), d'accompagnement des personnes âgées (APA et EHPA) et des personnes handicapées (Maison Départementale des Personnes Handicapées). Le service de PMI est chargé d'assurer la protection sanitaire de la famille et de l'enfant. Il organise notamment des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans. L'action des centres de PMI est indissociable de la mise en œuvre de la politique régionale de prévention dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance. Ces centres constituent des leviers pour mener des actions d'information, de dépistage et d'orientation et doivent donc

disposer des moyens nécessaires à la réalisation de leurs missions.

Le Département s'implique également directement dans le domaine de la santé à travers l'accompagnement et le financement de projets spécifiques visant à lutter contre les addictions, l'obésité infantile, le diabète et les pathologies associées. De plus, le réseau des Points Info-Santé contribue au développement de l'éducation à la santé. Ce réseau participe à la lutte contre les inégalités de santé en œuvrant pour l'ensemble de la population et en portant une attention particulière aux actions de développement social. Les missions des Points Info-Santé sont les suivantes :

- accueillir et documenter le public,
- écouter, informer et conseiller,
- développer des programmes locaux de santé publique prioritaires,
- fournir un conseil méthodologique en éducation pour la santé.

Le Conseil régional exerce des missions dans des domaines qui peuvent avoir un impact en matière de promotion de la santé : la formation professionnelle, la coopération régionale, l'aménagement du territoire et l'environnement, la culture et le développement économique. Or, il s'avère que les politiques et actions menées dans ces domaines d'activités permettent d'agir directement ou indirectement sur les déterminants de la santé. Ces interactions, parfois insuffisamment identifiées, devraient être davantage mises en valeur.

Les communes réunionnaises sont des partenaires importants en promotion de la santé. En effet, la ville constitue l'échelon territorial le plus proche de la population. C'est le territoire privilégié de synergie opérationnelle entre les acteurs, au plus près des citoyens, favorisant ainsi le développement d'une politique de santé participative en direction de l'ensemble des populations. Toutefois, le développement de cette politique ne peut se faire qu'à la condition d'une forte mobilisation des élus locaux et la prise en compte de l'impact du cadre de vie sur la santé de la population.

Les organismes de protection sociale de La Réunion sont des acteurs majeurs du système de santé et de la prévention. Les actions de prévention mises en œuvre par la

L'ETAT DES LIEUX

Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) et le Régime social des indépendants (RSI) s'inscrivent dans le cadre de la gestion du risque et se déclinent sous forme de programmes spécifiques (vaccination, prévention bucco-dentaire, contraception d'urgence, dépistages organisés des cancers du sein et colorectal, prévention des complications liées aux pathologies chroniques...). Ces organismes assurent également une mission en matière de gestion des risques professionnels en lien avec les services de médecine au travail.

Des dispositifs transversaux et intersectoriels permettent un travail en partenariat entre ces acteurs et favorisent la définition de stratégies communes d'intervention. Ainsi, la politique de la ville contribue fortement à la mise en œuvre de cette transversalité et intersectorialité. Elle consiste en un large ensemble d'actions menées par plusieurs ministères dans le cadre de leurs politiques propres : mesures en faveur du logement, de la prévention et de l'accès aux soins, politique en faveur de l'emploi et du développement économique des quartiers, sécurité et prévention de la délinquance, enseignement scolaire et promotion de l'égalité des chances.... La politique de la ville oblige les différents départements ministériels à coopérer

entre eux, et implique aussi un partenariat entre l'Etat et les collectivités territoriales concernées. L'Etat intervient alors dans le cadre de contrats conclus avec les communes et autres acteurs locaux (Contrats Urbains de Cohésion Sociale). Cette action repose sur une cartographie préalable du territoire urbain qui identifie les quartiers qui feront l'objet d'aides : les zones urbaines sensibles.

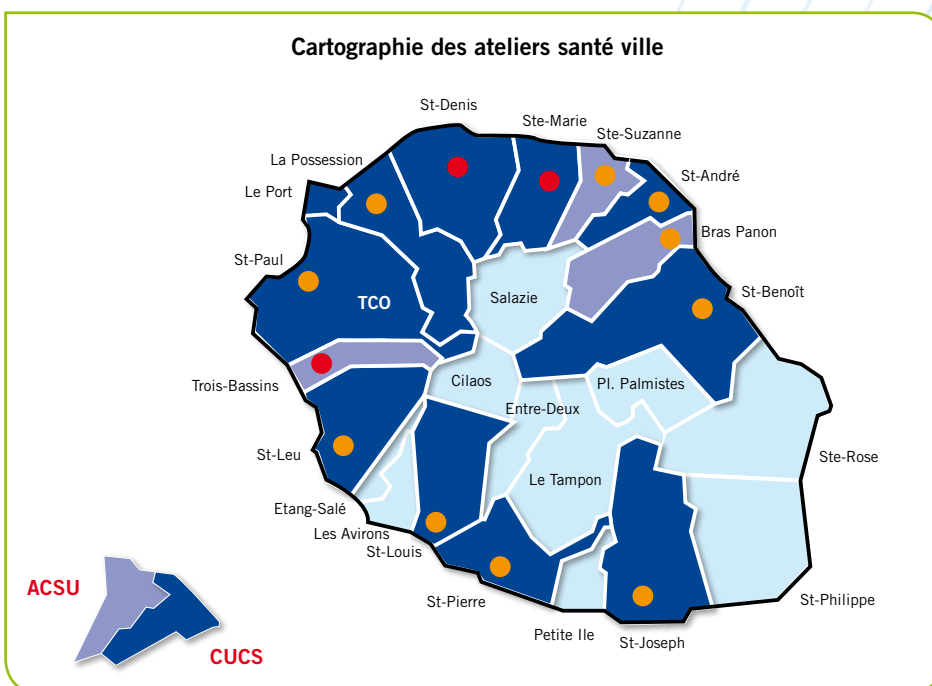
A La Réunion, quatorze communes et une communauté d'agglomération ont contractualisé avec l'Etat. Cela concerne 41 quartiers retenus prioritaires et représente 35% de la population réunionnaise. Il s'agit d'un levier important à utiliser pour mobiliser les communautés, renforcer la participation des habitants et mettre en œuvre des politiques territorialisées.

Le volet santé de la politique de la ville est mis en œuvre par les Ateliers Santé Ville (ASV). Un ASV est créé à l'initiative d'une commune située en zone prioritaire de la politique de la ville et des partenaires qui souhaitent inscrire la santé comme priorité forte.

L'ASV est défini comme le point de convergence de deux politiques, fondé à partir du volet santé de la politique de la ville et du volet santé de la loi contre les exclusions. Il est le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets de santé publique faisant l'interface entre les élus de la ville et la politique de santé de l'Etat. Sa mission est :

- d'identifier et recueillir des données à travers un diagnostic partagé permettant de dresser un état des lieux de la santé sur le territoire de la commune,
- de créer et/ou renforcer un réseau formel d'acteurs locaux (médecins, travailleurs sociaux, éducation nationale...),
- de mettre en œuvre des actions de promotion de la santé sur la commune en fonction des axes stratégiques identifiés par le diagnostic.

A ce jour, treize ateliers santé ville ont été créés à La Réunion. Ils ont réalisé un diagnostic partagé de leur territoire et sont en phase d'élaboration du plan local de santé publique qui leur permettra de mettre en œuvre des actions de prévention. Il est essentiel de souligner que ce travail de



diagnostic s'est réalisé en concertation avec la population. La proximité de la demande apparaît comme le levier de la réussite des actions de prévention.

Les ASV sont confrontés à un double enjeu : la pérennisation de leur financement et l'implication des élus dans les questions de santé publique. Certains ateliers sont actuellement particulièrement fragilisés par l'insuffisance de l'un ou l'autre de ces éléments.

Par ailleurs, d'autres dispositifs et groupes de travail et de réflexion se sont formés sur certaines problématiques majeures à La Réunion parmi lesquels :

- le comité de pilotage relatif à la prévention des grossesses non désirées chez les mineures qui vise à mettre en place des actions de prévention en vue de réduire ces grossesses ou d'accompagner les mineures dans leur changement de vie,
- le Dispositif d'Appui Territorial (DAT), mis en place en juin 2010, qui agit en faveur de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies (MILDT) du département de la Réunion. Ce dispositif aide à relayer sur tout le territoire la stratégie de prévention sur les drogues et les toxicomanies. Ses objectifs

— La diversité des actions

La pluralité des acteurs de prévention engendre la réalisation de nombreuses actions dont le recensement précis est difficile à effectuer.

Les actions de prévention et de promotion de la santé sont financées par différents partenaires principalement les services de l'Etat, les collectivités et les organismes de protection sociale. L'étude des projets financés ces dernières années par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) qui rassemblait la plupart de ces partenaires, permet d'avoir une vision partielle des actions réalisées dans ce domaine.

• Les zones d'intervention

Suite à l'étude des actions financées, on constate qu'environ la moitié d'entre elles ont concerné l'ensemble du département. Les autres actions se répartissent de manière inégale entre les différents secteurs de l'île. La densité de population et la présence plus ou moins importante d'acteurs de prévention dans ces zones sont des éléments à prendre en compte pour expliquer cette répartition.

• Les thématiques

On constate que la majeure partie des actions proposées par les porteurs de projets et subventionnées par le GRSP porte essentiellement sur les trois thématiques de santé publique suivantes :

• la nutrition

- obésité et surpoids
- comportements alimentaires
- activité physique

• les conduites à risque

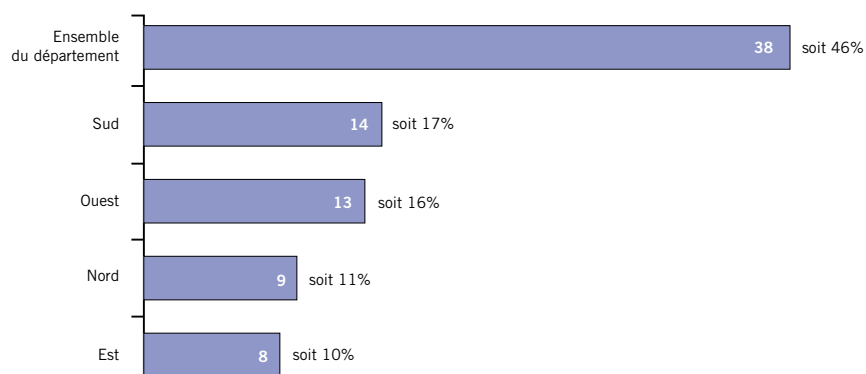
- consommation d'alcool
- usage de drogues illicites et produits détournés de leur usage
- polytoxicomanie
- suicides

• les risques liés aux comportements sexuels

- grossesses et IVG des mineures
- contraception
- IST, VIH et hépatites

Cette répartition des actions correspond à l'analyse de l'état de santé de la population

Répartition des actions subventionnées par le GRSP en 2010 selon les zones géographiques



sont d'apporter une aide au diagnostic local sur cette problématique, de donner des conseils méthodologiques sur les actions de prévention et d'être un relais d'information et de capitalisation des expériences.

à La Réunion (cf annexe « Etat de santé de la population » du Plan Stratégique de Santé). En effet, la population adulte réunionnaise est davantage concernée par les problèmes d'obésité que la métropole avec des prévalences de l'ordre de 35% pour le surpoids et de 15% pour l'obésité sur l'île, contre respectivement 30% et 11% au niveau national. De plus, l'impact de l'alcoolisme est considérable et l'alcool est à l'origine de nombreux passages à l'acte (suicides, violences...). Les troubles mentaux en sont également une conséquence non négligeable, ainsi que les accidents de la route, les accidents du travail et les violences. Les conduites à risque ne concernent pas seulement l'alcool mais également la polytoxicomanie alcool-cannabis-médicaments détournés de leur usage notamment chez les jeunes.

• Les publics concernés

Ces actions sont globalement dirigées vers une population ciblée par les promoteurs en fonction de leurs champs d'intervention géographique et thématique. On peut mettre en évidence un ciblage des actions sur certaines populations spécifiques :

- les jeunes en milieu scolaire et universitaire (17%),
- les personnes les plus démunies (12%),
- les personnes âgées (9%).

En conclusion, on constate une multiplicité

de partenaires œuvrant en matière de prévention. Les porteurs de projets réalisent des actions principalement centrées sur trois thématiques de santé publique et qui concernent plus souvent l'ensemble du département avec une couverture sensiblement plus importante sur le Sud et l'Ouest de La Réunion. Toutefois, il n'apparaît pas de réelle organisation de l'offre de prévention selon des besoins définis au préalable au sein de chaque territoire de santé mais plutôt un soutien ponctuel à des actions initiées par les porteurs de projets présents.



2

L'ÉMERGENCE D'UNE CULTURE COMMUNE

La pluralité des acteurs de prévention à La Réunion est un atout majeur pour définir et mener une politique régionale de promotion de la santé. Il convient toutefois au préalable que ces acteurs s'entendent sur une conception commune de la promotion de la santé et puissent s'engager sur des objectifs partagés. L'un des enjeux du Schéma Régional d'Éducation pour la Santé (SREPS) élaboré en 2007, était de poser les fondements de la structuration de l'éducation pour la santé à La Réunion et d'amorcer l'émergence d'une culture commune.

Le SREPS fixait pour cinq ans les orientations régionales en matière d'éducation pour la santé au regard des problématiques socio-sanitaires locales. Il comportait cinq axes stratégiques, dont

trois axes généralistes et transversaux et deux axes stratégiques spécifiques aux problématiques réunionnaises :

- professionnaliser les acteurs,
- améliorer la qualité des actions,
- fédérer les acteurs et optimiser les ressources régionales,
- développer la santé communautaire,
- adapter les dispositifs et supports d'information au contexte réunionnais.

Le volet opérationnel ne définissait pas d'actions mais proposait des recommandations et des résultats attendus à cinq ans en référence à des objectifs généraux.

A ce jour, le bilan de la mise en œuvre de ce schéma paraît positif. Le SREPS a ainsi contribué à conforter et consolider le rôle

et l'action des acteurs de prévention sur le territoire réunionnais.

— La professionnalisation des acteurs

La formation intervient de façon déterminante pour garantir la qualité des actions de prévention. En permettant aux intervenants de terrain d'acquérir des connaissances et des pratiques opérationnelles, elle améliore l'efficacité de leurs actions.

L'enseignement de l'éducation pour la santé a été peu à peu intégré dans le cursus de certaines formations initiales sanitaires, sociales et éducatives telles que :

- la formation des assistants sociaux et des éducateurs pour jeunes enfants en collaboration avec l'Institut Régional des Travailleurs Sociaux (IRTS),
- la formation des puéricultrices en collaboration avec l'école de puéricultrice,
- la formation des professeurs des écoles en collaboration avec l'Institut Universitaire de Formation des Maîtres (IUFM).

De même, la formation continue en éducation pour la santé s'est fortement développée et permet aux professionnels en activité d'approfondir leurs connaissances et d'améliorer leurs compétences. Un diplôme universitaire « Santé publique, promotion de la santé et éducation pour la santé » a été mis en place avec l'Université de La Réunion en 2009. Des modules de formation en promotion et éducation pour la santé sont également proposés aux agents territoriaux en partenariat avec le CNFPT. Plusieurs associations ont développé des actions de formation sur des thématiques transversales (montage de projet, développement d'outil d'intervention...) ou spécifiques à une problématique de santé publique (addictions, sexualité...).

La région dispose ainsi d'un panel de formations ouvertes à l'ensemble des acteurs de prévention. Mais le développement des actions de formation continue est encore trop souvent aléatoire et dépend largement de volontés « individuelles » et d'opportunités. La définition et la mise en œuvre de ces formations devrait s'inscrire dans une volonté régionale de construire et structurer avec les partenaires une offre de

prévention pérenne et adaptée aux besoins.

— L'amélioration de la qualité des actions

Les facteurs qui garantissent la qualité d'une action de prévention sont multiples. Pour permettre aux dynamiques locales de s'inscrire dans une démarche de qualité, il convient de fournir aux acteurs de prévention un appui méthodologique, de les engager dans une démarche d'évaluation et de leur donner accès à des outils pédagogiques de qualité.

Ces dernières années, un effort important a été réalisé au niveau régional pour aider et accompagner les acteurs de prévention dans l'élaboration et la réalisation de leurs actions.

Ainsi, de plus en plus de porteurs de projets bénéficient d'un conseil et d'un appui méthodologique permettant d'améliorer la qualité des projets proposés. On note également un développement d'outils d'intervention de qualité et une généralisation de l'accès à ces outils et à des conseils d'utilisation.

En matière d'évaluation, on constate toujours l'existence de réticences et de freins à l'appropriation de cette démarche. En effet, l'évaluation est bien souvent vécue comme une contrainte et une difficulté par les porteurs de projets, surtout pour les petites structures peu professionnalisées. Pourtant, l'évaluation permet de s'interroger sur la pertinence d'une action et ses modalités de mise en œuvre, sur l'adéquation des moyens et sur les résultats à atteindre. Elle permet d'ajuster ses pratiques et valorise le travail réalisé. Il convient donc de poursuivre la promotion de la démarche qualité auprès des acteurs de prévention.

— La coordination des acteurs

La volonté de mieux connaître les acteurs de prévention et de créer des espaces d'échanges a été fortement exprimée depuis des années.

Des annuaires ont été initiés par les différentes instances et dispositifs visant à améliorer la connaissance des acteurs et l'accès aux ressources. Cela contribue de fait à une meilleure visibilité de l'offre de services et



aide à une répartition plus harmonieuse sur le territoire. Mais la difficulté réside dans l'actualisation et parfois la multiplicité de ces outils accessibles sur les sites des différents partenaires.

Cette volonté de rapprochement des acteurs a favorisé la création de moments d'échanges et la promotion du développement d'une culture commune. Des rencontres annuelles ont été instituées au travers des journées de la prévention et de l'éducation pour la santé, véritable rendez-vous de tous les professionnels œuvrant dans le domaine de la prévention de la santé.

De plus, depuis 2007, le pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé représente un levier pour permettre les croisements et les échanges de pratiques entre les acteurs. Outil proposé et financé par l'INPES, le pôle régional de compétences est une plateforme ressources offrant des services à tout acteur intervenant dans le champ de l'éducation pour la santé et la promotion de la santé. Il fédère les compétences et ressources présentes dans la région et constitue un carrefour d'échange entre tous les acteurs impliqués dans l'éducation et la promotion de la santé (institutions, professionnels, associatifs...).

C'est un lieu de synergie, de mutualisation, de capitalisation et d'initiative qui vise à :

- améliorer la qualité des programmes et des actions mises en place localement en étoffant les compétences des acteurs,
- mutualiser, partager l'information entre tous les acteurs (professionnels et usagers) dans le but d'harmoniser les pratiques, d'introduire plus de complémentarité dans les interventions, de mieux prendre en compte les besoins et la place des usagers,
- optimiser les ressources afin de mieux couvrir les territoires et les populations, et faciliter le transfert d'interventions qui marchent, l'implantation d'actions innovantes.

— Le développement de la santé communautaire

L'action communautaire pour la santé désigne les efforts collectifs déployés par une communauté en vue d'accroître

sa maîtrise des déterminants de santé et d'améliorer ainsi cette dernière. La santé communautaire implique donc une réelle participation de la population à l'amélioration de son état de santé.

La diffusion d'information et l'organisation de formations ont contribué à professionnaliser les acteurs de prévention dans ce domaine. Des bases documentaires en matière de santé communautaire sont désormais disponibles dans une dizaine de centres de ressources.

De plus, des « kfés communautaires » ont été mis en place afin de créer des rencontres entre partenaires pour partager et échanger les savoirs faire et expériences et faire émerger un réseau.

Enfin, la réalisation par les ateliers santé ville de diagnostics partagés a permis de renforcer le tissu communautaire et de favoriser l'émergence de projets de santé communautaire.

L'action communautaire et la mobilisation sociale sont des modes d'intervention à privilégier en promotion de la santé. Pour cela, il faut susciter et soutenir l'implication et les initiatives des communautés. Il serait souhaitable de disposer de relais de proximité et d'un réseau de référents pour accompagner ces communautés dans leurs démarches participatives.

— L'adaptation des dispositifs et supports d'information

La spécificité culturelle de La Réunion nécessite parfois l'adaptation des messages et des outils d'intervention. Ainsi, de nombreux acteurs (associations, mutuelles...) ont développé leurs propres outils. Un label « outil péi » a été créé afin de certifier la qualité pédagogique de l'outil et son adaptation à la culture réunionnaise. Depuis 2010, sept « outils péi » ont été labellisés.

La mise en œuvre de ces orientations a permis de poser les bases du développement de la promotion de la santé à La Réunion et a contribué ainsi au développement d'une culture partagée en éducation pour la santé. Il faut toutefois prendre en compte les freins et difficultés mis en évidence et poursuivre le travail de structuration engagé.

3

LA DIFFICULTÉ DE CONSTRUIRE UNE POLITIQUE COMMUNE

A travers les éléments évoqués ci-dessus, il apparaît donc que La Réunion dispose très certainement d'atouts et de leviers sur lesquels s'appuyer pour construire une politique régionale de promotion de la santé. Pour autant, des faiblesses et des difficultés majeures existent également et constituent des freins à la construction d'une politique régionale.

— La fragilité du réseau associatif

Le tissu associatif, fort de sa diversité, reste néanmoins fragile car dépendant des financements publics. Les associations sont confrontées à la difficulté de pérenniser leurs moyens financiers et humains. Cette incertitude sur les financements nuit à leur bon fonctionnement et à la continuité des actions mises en place. De même, le recours aux emplois précaires peut engendrer un fort turn-over des personnels salariés et un problème de qualification des personnes et de compétences disponibles pour mener à bien les projets.

La contractualisation pluriannuelle avec les associations sur des programmes d'actions leur apporterait une relative stabilité favorable à la qualité des actions.

La question de l'évaluation des actions se pose également de manière importante. En effet, il n'est pas rare que cette évaluation soit insuffisante, voire inexistante, par manque de temps ou de critères d'évaluation pertinents. Or, une meilleure évaluation permettrait de donner des indications aux porteurs de projets et aux financeurs sur la pertinence de l'action menée et sur sa transférabilité éventuelle à d'autres territoires et/ou thématiques.

— Une connaissance insuffisante de l'offre et des besoins

On constate une méconnaissance de l'ensemble des actions réalisées sur le territoire régional et un manque de lisibilité concernant la couverture territoriale des besoins. De nombreuses actions sont mises en œuvre à l'initiative des acteurs de prévention, mais il n'existe pas de véritable diagnostic préalable des besoins permettant de faciliter l'adéquation des besoins existant sur les différents territoires

à l'offre de service proposée par les acteurs. Le manque d'indicateurs infrarégionaux est un frein à une meilleure répartition des ressources et à la réalisation d'une politique cohérente sur l'ensemble du territoire réunionnais. Une cartographie des actions réalisées et une analyse territoriale des besoins, en collaboration avec les conférences de territoire, pourraient faire évoluer l'offre des porteurs de projets et permettre une certaine équité dans la répartition géographique des actions.

— Un manque de coordination des politiques publiques

Les politiques menées par les institutions en matière de prévention sont trop souvent déclinées à court terme, alors même que c'est un domaine qui nécessite du temps pour agir sur les comportements. Elles sont également insuffisamment coordonnées entre elles malgré les apports du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) ces dernières années. Cette instance a en effet contribué pour partie à faire émerger une coordination des acteurs institutionnels mais n'est pas parvenue à fédérer pleinement ses membres autour de priorités régionales partagées. Cela a engendré un manque de cohérence et de lisibilité pour les acteurs de terrain et favorisé l'émergence d'une forme de concurrence entre les porteurs de projets, renforcée en période de contrainte budgétaire.

La juxtaposition des dispositifs et procédures institutionnelles ne contribue pas non plus à clarifier l'action publique.

Or, pour être efficace, la prévention doit agir sur plusieurs leviers simultanément et dans la durée. Elle est par essence interministérielle et interinstitutionnelle. Elle est pluridisciplinaire et doit faciliter une approche globale par des acteurs appartenant à des champs complémentaires afin de démultiplier les impacts. Des actions cohérentes, conduites dans les divers secteurs de la société, renforcent les messages, leur compréhension, l'acquisition des savoirs et enfin leur appropriation par les personnes. Face à cette situation, il est donc nécessaire d'assurer la cohérence des politiques de prévention portées par l'Etat, les collectivités locales et les organismes

L'ETAT DES LIEUX

de protection sociale. La commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile est un levier qui devrait contribuer à développer une politique de prévention coordonnée, appliquée à tous les âges de la vie et répartie équitablement sur la région. Elle a pour mission d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et financées par l'Etat, les collectivités et l'Assurance Maladie. Elle peut ainsi contribuer à assurer la complémentarité des acteurs et des actions sur le territoire réunionnais et à identifier et harmoniser les modes d'intervention privilégiés à La Réunion.

— Une implication variable des acteurs de prévention

Pour mettre en œuvre une politique régionale de promotion de la santé, il faut que l'ensemble des acteurs se mobilisent, notamment les élus locaux et les professionnels de santé. L'action des élus locaux contribue à la réussite des politiques de prévention car ils disposent de compétences dans des domaines liés notamment à l'environnement et à l'aménagement du territoire. Il convient donc de les sensibiliser à l'impact du cadre de vie sur la santé de la population et les amener à s'engager dans une démarche de projet de santé sur leurs territoires.

Les professionnels de santé et particulièrement les professionnels de santé libéraux, notamment les médecins généralistes, ont aussi un rôle majeur d'acteur de prévention en raison de leur contact quotidien avec la population. Cela implique néanmoins au préalable l'existence d'une offre de soins suffisante sur le territoire et une sensibilisation de ces professionnels à la prévention.

— L'existence de fortes inégalités de santé

De fortes disparités sociales et territoriales de santé prédominent toujours sur le territoire réunionnais et les problématiques en

matière de santé publique et de promotion de la santé demeurent importantes.

L'apparition ou l'aggravation de problèmes de santé est fortement corrélée à la situation socio-économique des individus qui influe sur leurs conditions de vie, leur appartenance à un groupe social, et l'accès à la prévention et aux soins. Malgré les avancées dans les connaissances et les techniques en médecine, le développement de la prévention et l'amélioration des conditions socio-économiques, les écarts en matière de santé entre catégories sociales ne se sont pas réduits.

On constate également des inégalités territoriales entre La Réunion et la métropole et au sein même des territoires de santé réunionnais en termes d'espérance de vie, d'offres de soins et de prise en charge médico-sociale malgré les efforts de rattrapage effectués ces dernières années.

De plus, le plan stratégique de santé Réunion-Mayotte fait état des constats suivants :

- un taux de mortalité maternelle et infantile plus élevé qu'en métropole
- l'existence de troubles spécifiques chez les enfants
 - troubles du langage et des apprentissages
 - troubles sensoriels
- l'émergence des maladies chroniques
 - pathologies de la nutrition
 - diabète
 - pathologies cardio-vasculaires et rénales
 - cancers
- le développement des situations d'incapacité et de dépendance
 - pathologies du vieillissement
 - situations de handicap
- l'importance des comportements à risque
 - alcool
 - produits illicites et détournés de leur usage
 - polytoxicomanie
 - IST, VIH et hépatites
 - grossesses non désirées
- l'augmentation des troubles mentaux
 - état dépressif et suicide
 - pathologies mentales
- l'impact des risques sanitaires et environnementaux
 - risque biologique
 - risque physico-chimique

En conséquence, l'enjeu du volet prévention promotion de la santé du schéma de prévention est de poursuivre la structuration et l'organisation des ressources en promotion de la santé afin de construire une politique régionale commune concertée avec l'ensemble des acteurs. L'objectif sous jacent de cette politique de promotion de la santé est de contribuer à réduire les inégalités de santé et améliorer l'état de santé de la population réunionnaise. ■



LES AXES STRATEGIQUES

L'objectif de la politique de promotion de la santé à La Réunion est de conférer aux réunionnais davantage de possibilités de contrôler leur propre santé et leur environnement, et de pouvoir faire des choix plus judicieux. Elle doit contribuer au développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Cette politique se fonde sur une approche participative associant les professionnels et les citoyens.

Les axes stratégiques régionaux du volet prévention et promotion de la santé sont déclinés à travers six orientations générales :

- structurer la politique régionale de promotion de la santé,
- développer un environnement favorable à la santé de la population,
- promouvoir les comportements favorables à la santé de la population,
- développer les capacités de chacun à être acteur de sa santé,
- renforcer la prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques,
- développer la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage.

C'est par une approche globale de la personne et de son environnement entendu au sens large (milieu de vie et habitudes de vie) qu'il convient d'élaborer une politique visant à améliorer la santé des populations. La démarche régionale de promotion de la santé vise à renforcer l'action sur les déterminants de santé et, parallèlement, à réduire les inégalités sociales de santé. Pour être efficace, il faut agir sur l'ensemble des déterminants et prendre en compte les facteurs individuels mais également socio-économiques, environnementaux et culturels qui interagissent autour de chacun dans un sens plus ou moins favorable à son bien-être.

Parmi les déterminants qui ont une influence sur la santé, les facteurs environnementaux constituent une préoccupation croissante. L'identification et la réduction des risques pour la santé liés à la qualité des milieux de vie (environnement domestique et urbain, conditions de travail...) et à la qualité de l'alimentation constituent un des enjeux de santé publique. En effet, l'individu fait partie intégrante de son environnement avec lequel il est en interaction permanente. S'il est

légitime de souhaiter limiter les agressions de l'individu sur son environnement, il est tout aussi indispensable de tenter de réduire l'impact de l'environnement sur la santé humaine. Cette démarche s'articule avec l'ensemble des plans de santé publique en s'intéressant prioritairement aux répercussions sur l'individu de la dégradation de l'environnement et de ses milieux de vie.

Ainsi, les enjeux sont de deux ordres :

- réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé (cancers, maladies cardiovasculaires, pathologies respiratoires, neurologiques...),
- réduire les inégalités environnementales car tous les individus ne réagissent pas de la même façon aux agressions de leur environnement. Ces différences peuvent être liées à l'âge (enfants, adolescents, femmes enceintes, personnes âgées...), à l'état de santé (personnes atteintes de maladies chroniques, cancers...) et aux caractéristiques génétiques individuelles. Les individus ne sont pas non plus exposés de la même façon, en fonction de leurs conditions et du milieu de vie, de leurs comportements, de leur contexte socio-économique ou professionnel. De même, tous les environnements ne connaissent pas une dégradation similaire.

Parallèlement à l'action sur le cadre de vie, il est indispensable de renforcer l'information de la population et de promouvoir le développement d'actions visant l'adoption d'habitudes de vie saines. Il s'agit d'informer d'une part sur les principales pathologies, leurs causes, leurs symptômes et leur traitement afin d'en modifier les perceptions, et d'autre part sur les gestes protecteurs afin de faire évoluer les comportements. Cette information doit comporter les indications nécessaires sur la prévention, les dispositifs d'écoute et

LES AXES STRATEGIQUES

d'accompagnement et les filières de prise en charge.

Au regard des indicateurs régionaux, l'action sur les modes de vie doit porter en priorité sur les comportements alimentaires, en corrélation avec la pratique d'une activité physique et l'hygiène bucco-dentaire, sur les conduites à risque et la santé mentale particulièrement chez les jeunes.

Toutefois, connaître un danger ou un risque ne suffit pas à entraîner des modifications de comportements. On constate bien souvent l'existence d'un décalage entre le niveau des connaissances et les changements de pratiques. Le simple fait de communiquer massivement n'entraîne pas systématiquement une modification des comportements et ce, quelque soit le type de discours utilisé. En effet, diffuser des informations axées sur les méfaits des comportements, ou jouer sur les peurs, ne suffit pas auprès de certains publics, notamment les jeunes, qui connaissent déjà les risques. Il convient donc de ne pas limiter la démarche de promotion de la santé à la simple amélioration des savoirs mais bien de l'élargir à l'amélioration des savoir-être et savoir-faire.

Pour ce faire, l'éducation pour la santé, qui s'inscrit dans le cadre de la promotion de la santé, utilise des méthodes d'intervention fondées sur la participation des personnes et des groupes, sur l'implication des communautés, et sur la mobilisation des ressources présentes dans chaque territoire. Elle vise ainsi à donner les moyens à la population d'adopter des comportements plus favorables à sa santé en lui apportant les savoir-être et savoir-faire nécessaires, et s'inscrit dans un processus d'acquisition d'aptitudes individuelles. Elle vise également à l'appropriation des problèmes de santé par la communauté et encourage la participation communautaire. Les actions d'éducation à la santé ont donc pour objectif de permettre à chaque réunionnais de pouvoir faire des choix responsables en matière de comportement ayant une influence sur sa santé et sur celle de son groupe ou sa communauté.

Il est également nécessaire de renforcer la prévention sélective de la maladie qui

comprend des mesures visant à empêcher l'apparition de la maladie en luttant contre les facteurs de risque, ou permettant de les dépister à un stade précoce plus accessible de ce fait à la thérapeutique. Toutefois, la politique de dépistage et de vaccination implique une forte mobilisation des professionnels de santé.

Enfin, la politique régionale de promotion de la santé doit s'adresser aussi aux patients et à leur entourage. Le développement d'une prévention au bénéfice de cette catégorie consiste à mettre en place des actions ayant pour objet de limiter les risques de rechutes, de séquelles ou de complications d'une maladie. Il s'agit également de maintenir l'autonomie et la qualité de vie des personnes dépendantes en raison d'une maladie chronique, d'un handicap et/ou de pathologies liées au vieillissement.

Si la prise en charge des maladies chroniques et des pathologies du vieillissement nécessite une adaptation du système de santé et de soins (parcours de santé, coordination des acteurs), la prévention et le dépistage doivent parallèlement être renforcés afin de préserver l'autonomie des personnes, améliorer leur qualité de vie, limiter la détérioration de leur état de santé et retarder la nécessité d'une prise en charge lourde, longue et coûteuse.

Cette démarche nécessite une forte mobilisation et compétence des acteurs du système de soins et est fortement corrélée à l'organisation régionale du système de santé. Il s'agit en effet de promouvoir une offre sociale et médico-sociale diversifiée et véritablement adaptée aux besoins des personnes, articulée avec l'offre de soins pour :

- lutter contre l'isolement des personnes,
- les accueillir et les aider dans leur vie quotidienne en vue de leur autonomie,
- les accompagner dans leur intégration sociale et professionnelle en vue de leur participation sociale,
- leur permettre, ainsi qu'à leur entourage, des périodes de répit,
- leur permettre d'accéder à des logements,
- leur offrir, lorsque la situation l'impose, des prises en charge en établissements médico-sociaux.



Orientation 1

**STRUCTURER
LA POLITIQUE
RÉGIONALE DE
PROMOTION
DE LA SANTÉ**

— AXE 1 Améliorer les connaissances pour mieux agir

Contexte et enjeux

La Réunion dispose d'un système de veille et d'observation sanitaire bien développé au niveau régional. Toutefois, s'agissant du volet prévention, le niveau des connaissances se révèle insuffisant pour permettre de définir au mieux des stratégies d'action pertinentes. Il convient donc d'améliorer ces connaissances à travers la prise en compte de la région dans les enquêtes nationales, l'identification des facteurs de risque et comportementaux, le développement d'une observation à l'échelon infra régionale, le renforcement des échanges avec les îles voisines et la formation des professionnels.

Domaine stratégique

Transversal

Mesure 1.1 : Identifier les facteurs de risque et le rôle des déterminants de santé

Objectifs généraux :

- développer les connaissances par une approche pluridisciplinaire (épidémiologique, anthropologique, sociologique, économique...)
- identifier au sein de la société réunionnaise les facteurs de risque spécifiques
- identifier les freins et leviers à l'évolution des comportements

Objectifs opérationnels :

- réaliser des études socio-comportementales sur les représentations et pratiques de la population et des professionnels
- réaliser des études épidémiologiques sur les facteurs de risque spécifiques au territoire réunionnais

Acteurs :

ARS-OI, Rectorat et services de l'Etat, ORS, Université, instituts de recherche, IREPS, associations, professionnels, réseaux de santé, mutuelles...

Mesure 1.2 : Développer un dispositif d'observation pluridisciplinaire

Objectif général :

- développer une veille permanente sur l'état de la prévention en termes d'acteurs, d'actions, d'évolution des comportements et de phénomènes émergents pour aider au pilotage et à la planification de la politique régionale de promotion de la santé

Objectifs opérationnels :

- promouvoir l'intégration de la région Réunion et une approche propre à chaque DOM dans les études et projets nationaux
- mobiliser les données disponibles en favorisant une approche intersectorielle et en intégrant une dimension territoriale
- assurer le recueil régulier d'indicateurs partagés sur les phénomènes, les acteurs et les actions de prévention
- réaliser des études régionales pour améliorer les connaissances sur des domaines insuffisamment ou peu explorés ou sur des domaines considérés comme prioritaires

Acteurs :

ARS-OI, ORS, Préfecture, services de l'Etat, collectivités territoriales, organismes de protection sociale, IREPS, professionnels de santé, Université, associations, mutuelles...

Mesure 1.3 : Partager l'information et capitaliser les expériences

Objectif général :

- permettre à tous les acteurs d'accéder à des données partagées et de mieux appréhender les phénomènes, acteurs et action de prévention dans une approche intersectorielle

Objectifs opérationnels :

- favoriser la diffusion et l'accès des données par l'ensemble des acteurs concernés
- favoriser l'appropriation des connaissances par les acteurs
- capitaliser les données quantitatives et qualitatives issus des différents travaux et favoriser l'élargissement à un réseau de recherche plus large
- faciliter les échanges entre acteurs de la recherche et acteurs de terrain

LES AXES STRATEGIQUES

- développer un système d'information géographique en promotion de la santé

Acteurs :

ARS-OI, ORS, Préfecture, services de l'Etat, collectivités territoriales, organismes de protection sociale, IREPS, professionnels de santé, Université, associations...

Mesure 1.4 : Développer la coopération dans la zone Océan Indien

Objectifs généraux :

- instaurer des échanges entre acteurs de prévention de la zone pour améliorer les pratiques professionnelles
- mieux connaître les spécificités des populations et adapter les actions aux populations originaires des îles voisines

Objectifs opérationnels :

- recenser les acteurs de prévention réunionnais œuvrant en matière de coopération
- faire connaître les ressources disponibles en matière de coopération
- apporter une aide au montage de projet
- faciliter les échanges entre les acteurs

Acteurs :

ARS-OI, ORS, Préfecture, services de l'Etat, Collectivités territoriales, IREPS, établissements de santé, Université, associations...

Articulation :

Programme de coopération régionale en santé dans la zone Sud-Ouest de l'Océan Indien.

Mesure 1.5 : Structurer l'offre de formation

Objectifs généraux :

- permettre aux intervenants d'améliorer leurs connaissances et leurs pratiques préventives
- sensibiliser les professionnels de santé à leur rôle d'acteur de prévention, valoriser leurs compétences et les aider à adapter leurs pratiques

Objectifs opérationnels :

- poursuivre l'intégration de modules de prévention dans les cursus de formation

initiale pour l'ensemble des professionnels concernés (santé, social, éducation...)

- structurer l'offre de formation continue au niveau régional
- développer des actions de formation continue pluridisciplinaires
- diffuser des recommandations des autorités sanitaires et des référentiels nationaux

Acteurs :

ARS-OI, DJSCS, Conseil régional, organismes de formation, professionnels des secteurs concernés, URPS, Université, IREPS, CNFPT...

— AXE 2

Mobiliser les acteurs sur des enjeux communs

Contexte et enjeux

La politique régionale de prévention doit concilier les orientations fixées au niveau national avec les besoins spécifiques de la région et de chacun des territoires de santé. Pour conférer davantage de cohérence à cette politique, les acteurs institutionnels doivent s'accorder sur des priorités et stratégies d'action communes dans une démarche interministérielle et intersectorielle. Ces priorités doivent être définies à partir des besoins identifiés par l'ensemble des acteurs, et partagées par ceux qui sont chargés de leur mise en œuvre à travers la réalisation de programmes d'intervention spécifiques.

Pour ce faire, il convient de renforcer l'animation du réseau des acteurs de prévention afin de les aider à mieux se connaître, à se rencontrer en interdisciplinarité et échanger sur l'évolution de leurs besoins et pratiques. Il est également indispensable de veiller à mieux coordonner leur action de manière à induire une complémentarité en termes de territoires, de thématiques, de populations cibles et de modalités d'intervention. En ce sens, la politique régionale de prévention doit permettre une meilleure équité de l'offre sur le territoire et favoriser la réduction des inégalités de santé.



LES AXES STRATEGIQUES

Domaine stratégique Transversal

Mesure 2.1 : Coordonner les politiques des acteurs institutionnels

Objectifs généraux :

- définir une politique régionale transversale et intégrée permettant d'intervenir sur l'ensemble des déterminants de santé
- garantir une meilleure adéquation de l'offre et des besoins sur les territoires de santé

Objectifs opérationnels :

- définir des priorités régionales partagées et des programmes d'action pluriannuels
- favoriser la complémentarité des acteurs, des actions et des financements au regard des territoires, des thématiques et des publics cibles
- développer la démarche de contractualisation pluriannuelle sur des objectifs et des moyens avec les porteurs de projets
- coordonner les stratégies de communication concernant les priorités régionales

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture et services de l'Etat, Rectorat, organismes de protection sociale, Collectivités territoriales...

Mesure 2.2 : Favoriser l'engagement des collectivités locales

Objectifs généraux :

- sensibiliser les élus et décideurs locaux à l'impact du cadre de vie sur la santé des populations
- faire prendre conscience aux élus et décideurs locaux de leur rôle d'acteurs de prévention et des leviers dont ils disposent dans leur champ de compétences
- favoriser l'émergence d'une démarche de santé sur leurs territoires

Objectifs opérationnels :

- mener des actions de sensibilisation auprès des représentants des collectivités (conférences de territoire...)
- favoriser le développement de projets locaux de santé dans le cadre de dispositifs territoriaux de santé (CUCS et ASV en politique de la ville, contrats locaux de santé...)

- valoriser les expériences de promotion de la santé initiées par les communes
- structurer un réseau de référents territoriaux sur les questions de santé

Acteurs : ARS-OI, Préfecture et services de l'Etat, Collectivités territoriales, CNFPT, AMDR, IREPS...

Mesure 2.3 : Renforcer l'implication des professionnels de santé

Objectifs généraux :

- sensibiliser les professionnels de santé et les conforter dans leur rôle d'acteurs de prévention auprès de la population
- renforcer le rôle des médecins généralistes

Objectifs opérationnels :

- informer et sensibiliser les professionnels de santé libéraux, particulièrement les médecins généralistes, à l'adoption de pratiques préventives et au repérage des situations de maltraitance durant leur consultation
- informer et sensibiliser les soignants en milieu institutionnel
- développer une offre de consultation de prévention adaptée aux besoins et accessible sur l'ensemble des territoires de santé
- développer la coordination et la mise en réseau des professionnels de santé (ex : réseaux de santé, maisons de santé)

Acteurs :

ARS-OI, organismes de protection sociale, professionnels de santé libéraux, URPS, Ordres, établissements de santé et médico-sociaux, réseaux de santé, mutuelles...

Articulation :

- Schéma d'organisation des soins (SOS-PRS) - volets ambulatoire et hospitalier
- Schéma d'organisation médico-sociale (SOMS)

Mesure 2.4 : Renforcer le partenariat entre les acteurs de prévention

Objectifs généraux :

- animer le réseau des acteurs de prévention pour les amener à mieux se connaître
- développer leur complémentarité par thématique/territoire/population

LES AXES STRATEGIQUES

Objectifs opérationnels :

- instaurer des espaces permanents d'échanges et de réflexion pluridisciplinaires autour des thématiques de santé
- faciliter la mise en réseau et la mutualisation de compétences
- aider au développement de projets communs,
- faciliter l'accès à des ressources partagées (documentation, outils pédagogiques et formation)

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture, services de l'Etat, Rectorat, Collectivités territoriales, organismes de protection sociale, URPS, IREPS, associations, professionnels des secteurs concernés, mutuelles...

Mesure 2.5 : Développer des programmes d'intervention pluriannuels

Objectif général :

- faciliter le développement de programmes d'intervention en promotion de la

santé visant à répondre à des besoins populationnels et territoriaux et à améliorer la qualité et l'efficacité des actions menées

Objectifs opérationnels :

- mener une réflexion sur les modes d'intervention efficaces en promotion de la santé et adaptés au contexte local
- développer avec les acteurs des programmes d'intervention par thématique et population
- permettre aux acteurs de prévention de s'inscrire en complémentarité et dans la durée dans la mise en œuvre de ces programmes

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture et services de l'Etat, Rectorat, organismes de protection sociale, Conseil général, IREPS, associations, établissements sanitaires et médico-sociaux, mutuelles...

Orientation 2

DÉVELOPPER
UN ENVIRONNEMENT
FAVORABLE À
LA SANTÉ DE LA
POPULATION

— AXE 1 Améliorer la qualité des milieux de vie

Contexte et enjeux

Selon de nombreuses études scientifiques, les milieux de vie ont un impact sur la santé des personnes et peuvent favoriser l'apparition ou l'aggravation de facteurs de risque. Agir sur le milieu dans lequel l'homme évolue, c'est contribuer à prévenir et/ou réduire les facteurs de risque sanitaire liés à l'environnement et réduire l'incidence des maladies liées aux milieux de vie dans l'environnement domestique, l'environnement urbain et l'environnement au travail.

La Réunion est exposée à des risques sanitaires liés aux agents biologiques, chimiques et physiques présents dans les différents milieux de vie.

En raison de particularités climatiques, socio-économiques et culturelles et de l'influence des échanges avec les pays voisins, La Réunion est confrontée à des

risques d'origine environnementale qui lui sont spécifiques.

Ainsi, le contexte sanitaire de l'île est caractéristique d'une région tropicale, où le risque de nature biologique est particulièrement plus significatif qu'en milieu tempéré.

En particulier, les risques infectieux sont latents (maladies entériques et parasitoses intestinales, maladies vectorielles, zoonoses) car favorisés par les conditions climatiques mais aussi par le retard d'équipement des Collectivités en certaines infrastructures publiques, notamment en matière de traitement des eaux de consommation humaine, de collecte et élimination des déchets (eaux résiduelles et ordures ménagères) et par la proportion résiduelle d'habitat insalubre.

Par ailleurs, l'asthme est une pathologie, exacerbée par des facteurs environnementaux allergènes, tels que les aéro-contaminants biologiques (cf. pollens ou conditions d'habitat favorisant les moisissures et acariens).

Le droit à un logement sain est un

LES AXES STRATEGIQUES

droit universel. Pourtant, le nombre de logements insalubres à La Réunion est préoccupant, comme en témoigne l'existence d'un important secteur d'habitat précaire (16 000 logements, soit 6 % du parc). Sont considérés comme habitats indignes, les locaux utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage ainsi que les logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés, expose les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé et dont le traitement relève des pouvoirs de police administrative exercés par le maire ou par le préfet.

L'impact du mal-logement sur la santé des occupants, au sens du complet état de bien-être, physique, mental et social, apparaît évident, même si le coût du mal-logement sur la santé n'est pas véritablement quantifié. Les avantages économiques d'une réduction des risques au sein de l'habitat ont été démontrés (par exemple réduction du coût de traitement des maladies respiratoires après amélioration de l'isolation thermique des bâtiments). En revanche, peu d'études se sont penchées sur les bénéfices à attendre d'un habitat sain et sécurisant, bénéfices qui ne se mesurent pas seulement par l'absence de maladie mais en termes de bien-être et de qualité de vie des habitants.

L'impact du cadre de vie sur la population résulte non seulement des choix faits par les individus, mais également des orientations prises par la collectivité en matière de politiques publiques relevant de domaines autres que la santé (ex : aménagement du territoire et urbanisme). C'est donc en impliquant l'ensemble des acteurs concernés par la mise en œuvre de ces politiques que l'on pourra agir dans un sens favorable à l'amélioration du cadre de vie et par conséquent de la santé. Le plan régional santé-environnement 2 (PRSE2) précise les domaines sur lesquels il convient d'agir en priorité pour améliorer les conditions de vie de la population réunionnaise :

- aménagement et transport (cadre de vie « vert », qualité de l'habitat)
- qualité de l'air (dont polluants et allergènes),
- qualité de l'eau (eau de consommation,

- eaux de baignade),
 - points noirs (habitat indigne et points noirs environnementaux dont déchets et nuisances sonores)
 - risques émergents à La Réunion (y compris zoonoses et lutte anti vectorielle)
- Ce plan complétera cet axe du schéma de prévention et précisera les actions menées pour améliorer la qualité des milieux de vie.

Par ailleurs, le développement de la santé et du bien-être au travail et l'amélioration des conditions de travail constituent également un enjeu majeur de santé publique. En effet, de nombreuses enquêtes nationales ont mis en évidence le rôle des facteurs professionnels sur l'évolution de l'état de santé des individus. Les salariés sont exposés à certains risques générés par leurs conditions de travail qui peuvent entraîner ou aggraver la survenue de pathologies. L'amélioration de l'environnement professionnel passe par la mise en œuvre d'actions visant à réduire les accidents du travail et les maladies professionnelles, à prévenir les risques professionnels, l'usure au travail et la dégradation de la santé, ainsi qu'à permettre le maintien dans l'emploi.

La promotion de la santé sur le lieu de travail résulte des efforts combinés des employeurs, des salariés et de la société en vue d'améliorer la santé et le bien-être des personnes au travail. Cet objectif est atteint en associant les actions suivantes : améliorer l'organisation du travail et l'environnement de travail, favoriser la participation des travailleurs à l'ensemble du processus de promotion de la santé sur le lieu de travail, permettre de faire des choix sains et encourager le développement personnel.

A La Réunion, le nombre d'accidents du travail avec arrêt est de 3 877 en 2009 avec une évolution à la baisse plus marquée qu'en métropole (-10,7% entre 2008 et 2009 contre -7,3%). Toutefois, le nombre de jours perdus pour incapacité temporaire (162 000 jours en 2009) demeure élevé. Les secteurs d'activités présentant les taux de fréquence les plus élevés sont ceux du bois et de l'ameublement, de la métallurgie et du BTP. Les accidents du travail touchent davantage les hommes que les femmes.

LES AXES STRATEGIQUES

Le nombre de maladies professionnelles reconnues est en constante hausse à l'instar du niveau national. En 2009, on a enregistré 146 maladies professionnelles déclarées (contre 65 en 2003).

Les principales causes de maladies professionnelles déclarées sont les troubles musculo-squelettiques et les affections du rachis lombaire. Les cancers professionnels sont méconnus et il est difficile de connaître la part attribuable aux facteurs professionnels dans les cancers. Nombre d'entre eux ne sont pas reconnus comme des maladies professionnelles en raison du délai d'apparition parfois très long après l'exposition, de l'origine éventuellement plurifactorielle de la maladie, ou de la méconnaissance du salarié de l'exposition professionnelle. De 1999 à 2004, seulement 5 cancers ont été reconnus en maladies professionnelles (4 cancers du poumon et de la plèvre dus à l'amiante, une leucémie due au benzène). Pour autant, même s'il est méconnu, le risque existe à La Réunion de développer un cancer suite à une exposition professionnelle.

Le plan régional santé au travail 2 (PRST2) précise les principaux risques professionnels qui entrent dans le champ de la santé au travail à La Réunion :

- les risques chimiques et tout particulièrement ceux inhérents aux produits cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques,
- les risques physiques notamment les risques propres aux activités du BTP, les troubles musculo-squelettiques,
- les risques psychosociaux,
- les risques liés aux déplacements.

Ce plan complètera cet axe du schéma de prévention et précisera les actions menées pour améliorer les conditions de vie en milieu professionnel.

Domaines stratégiques

Risques sanitaires
Santé mentale et addictions
Maladies chroniques

Mesure 1.1 : Promouvoir un habitat sain

Objectif général :

- prévenir ou limiter les risques sanitaires liés à l'habitat : habitat indigne, qualité de l'air intérieur, environnement de proximité (cours, jardins...)

Objectifs opérationnels :

- lutter contre l'habitat indigne et soutenir les personnes confrontées aux conséquences sanitaires de l'insalubrité notamment les personnes vulnérables et en situation précaire
- développer la fonction de conseiller habitat-santé chargé d'aller au domicile des personnes souffrant de différentes pathologies, notamment l'asthme, pour proposer des mesures ciblées d'amélioration de l'environnement
- informer la population et les professionnels de santé sur la qualité de l'air intérieur et sur les mesures favorables à un environnement domestique non allergisant
- informer et éduquer la population à l'hygiène du milieu de vie de proximité pour lutter contre les maladies à transmission vectorielle (arboviroses et leptospirose)
- améliorer l'information de la population et des professionnels sur l'exposition aux pesticides

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture et services de l'Etat concernés (DEAL, DAAF, DJSCS, DIECCTE...), Organismes de protection sociale, CAF, Collectivités territoriales, CIRE, CIRAD, CRVOI, ORA, FDGDON, ADIL, ADIR, ADEME, SPREI, BRGM, Etablissements sanitaires...

Articulation :

Plan régional santé-environnement 2 (PRSE2)

Mesure 1.2 : Développer un environnement urbain et périurbain de qualité

Objectifs généraux :

- faciliter et favoriser la pratique d'une activité physique quotidienne et lutter

LES AXES STRATEGIQUES

contre la sédentarité par la prise en compte de l'impact sur la santé des modes de transports

- prévenir les risques sanitaires liés à la qualité de l'air extérieur et lutter contre les allergies polliniques
- prévenir les risques sanitaires liés à l'environnement sonore des bruits de proximité (mauvaise qualité du sommeil, stress...)
- prévenir l'impact sur la santé des risques émergents (maladies vectorielles, polluants, téléphonie mobile...)

Objectifs opérationnels :

- promouvoir une approche sanitaire dans les projets d'aménagement du territoire et développer les modes de déplacement actifs
- développer les offres de services, les équipements et les aménagements favorisant la pratique de l'activité physique
- informer les personnes allergiques sur les risques d'exposition et développer l'information du public et des collectivités sur le caractère allergisant de certaines espèces végétales
- favoriser les actions de prévention des risques auditifs notamment envers les jeunes et les professionnels
- sensibiliser les collectivités locales à la lutte contre les bruits de voisinage et aux méfaits du bruit sur la santé
- informer la population et les professionnels sur les risques émergents

Acteurs :

ARS-OI, Services de l'Etat concernés, Collectivités territoriales, associations, ORA, professionnels de l'urbanisme et des transports...

Articulation :

Plan régional santé-environnement 2 (PRSE2)

Mesure 1.3 : Améliorer les conditions de vie en milieu professionnel

Objectifs généraux :

- améliorer les conditions de travail pour réduire les accidents du travail et les maladies professionnelles
- prévenir les risques professionnels, l'usure au travail et la dégradation de la santé
- prévenir les violences au travail

- diffuser une véritable culture de prévention dans les entreprises

Objectifs opérationnels :

- développer la formation initiale et continue en matière de prévention et les actions collectives et individuelles de prévention des risques professionnels notamment les risques psychosociaux et les risques d'exposition à des substances cancérogènes
- renforcer l'accompagnement des entreprises dans leurs actions de prévention
- associer les salariés à la démarche de prévention
- renforcer la coordination et la mobilisation des différents partenaires

Acteurs :

ARS-OI, DIECCTE, DEAL, DAAF, Rectorat, DMSOI, organismes de protection sociale, services de santé au travail, ARVISE, employeurs et institutions représentatives du personnel, partenaires sociaux, mutuelles...

Articulation :

Plan régional santé au travail 2 (PRST2)

— AXE 2

Agir sur l'offre alimentaire

Contexte et enjeux

L'alimentation recouvre un ensemble de problématiques très variées : maintenir des traditions culinaires et des liens sociaux, permettre l'accès de tous à une nourriture de qualité, garantir la sécurité des aliments et la santé publique, préserver l'agriculture et l'industrie agroalimentaire, tout en s'inscrivant dans une perspective de développement durable.

L'accès de tous à une alimentation de qualité passe d'abord et avant tout par l'amélioration de l'offre alimentaire, qu'il s'agisse de l'impact environnemental du système alimentaire, de la sécurité sanitaire des produits, de la qualité nutritionnelle des denrées, mais également des qualités gustatives. Pour que chacun puisse disposer d'une alimentation de qualité, il convient de mobiliser l'ensemble des acteurs de la filière (producteurs, transformateurs,



LES AXES STRATEGIQUES

distributeurs de denrées alimentaires, entreprises de l'alimentation de détail, commerçants) et susciter de nouveaux partenariats entre les acteurs de la santé et le secteur agroalimentaire. Parallèlement, l'on assiste à une prise de conscience des consommateurs et des producteurs de la nécessité de s'orienter vers des modes de production et de consommation durables. De plus, la culture alimentaire française repose sur l'existence de patrimoines alimentaires et culinaires régionaux qu'il faut préserver et intégrer dans la démarche d'amélioration de l'alimentation.

Pour autant, améliorer la qualité de l'offre ne suffit pas si celle-ci n'est pas accessible à l'ensemble de la population. Les inégalités sociales sont particulièrement flagrantes en matière d'accès à l'alimentation. Privées de repères sociaux et alimentaires, les populations en état de précarité concentrent leurs achats sur les produits saturés en mauvaises graisses et en sucres. En outre, l'aide alimentaire connaît une forte croissance en France : elle concerne près de 3 millions de personnes, de façon ponctuelle, régulière ou permanente (en croissance de 8% entre 2006 et 2008, et de 12,5% en 2009). Au regard du contexte socio-économique régional, une attention particulière doit être portée à l'accès des populations précaires à une alimentation saine.

Domaines stratégiques

Maladies chroniques Périnatalité et petite enfance

Mesure 2.1 : Améliorer la qualité de l'offre alimentaire

Objectifs généraux :

- prévenir les pathologies liées à l'alimentation
- renforcer la collaboration avec les professionnels locaux du secteur agro-alimentaire
- améliorer la composition nutritionnelle des produits locaux

Objectifs opérationnels :

- mener des études comparatives sur la composition nutritionnelle des produits locaux

- inciter les professionnels à s'engager à améliorer la qualité de leurs produits et œuvrer à améliorer la valeur nutritionnelle des produits alimentaires transformés en agissant sur les teneurs en sucres et graisses
- améliorer la qualité nutritionnelle des repas servis en restauration collective, notamment scolaire, par la mise en œuvre des recommandations de bonne pratique en matière de nutrition et par la formation et l'accompagnement des personnels de restauration
- rapprocher producteurs et consommateurs

Acteurs :

ARS-OI, DAAF, Rectorat, Collectivités territoriales, professionnels des secteurs concernés (agroalimentaire, restauration scolaire...), IREPS, établissements sanitaires et médico-sociaux, associations de consommateurs, organismes de recherche...

Articulation :

- Programme régional pour l'alimentation (PRALIM)
- Plan départemental de lutte contre l'obésité (PDLO)

Mesure 2.2 : Valoriser le patrimoine alimentaire et culinaire local

Objectif général :

- préserver le patrimoine réunionnais face à l'uniformisation de l'alimentation

Objectifs opérationnels :

- valoriser les produits et savoirs faire culinaires réunionnais
- promouvoir l'intégration des produits locaux dans la restauration collective publique et privée
- faciliter l'approvisionnement de la restauration collective en produits locaux

Acteurs :

ARS-OI, DAAF, Collectivités territoriales, professionnels des secteurs concernés (agroalimentaire, restauration...), organismes consulaires, IREPS, associations, mutuelles...

Articulation :

Programme régional pour l'alimentation (PRALIM)



LES AXES STRATEGIQUES

Mesure 2.3 : Faciliter l'accès de tous à une alimentation de qualité

Objectifs généraux :

- rendre accessibles à la population, particulièrement aux personnes vulnérables, les aliments de bonne qualité
- réduire les inégalités sociales de santé

Objectifs opérationnels :

- structurer le réseau réunionnais d'aide alimentaire en facilitant le stockage et l'approvisionnement de produits alimentaires adaptés et en développant le réseau de distribution
- faciliter l'accès aux fruits et légumes notamment en milieu scolaire
- proposer une offre alimentaire adaptée aux besoins des personnes accueillies en établissements de santé et médico-sociaux

Acteurs :

ARS-OI, DAAF, DJSCS, Rectorat, Collectivités territoriales, professionnels des secteurs concernés, établissements sanitaires et médico-sociaux, associations...

Articulation :

- Programme régional pour l'alimentation (PRALIM)
- Programme d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS)

— AXE 3 Réduire les impacts de certaines situations socio-économiques et culturelles

Contexte et enjeux

Créer des environnements favorables à la santé exige nécessairement d'intensifier la lutte contre la pauvreté et les écarts de santé entre les groupes de la société. Un revenu suffisant permet l'accès au logement, à l'habillement, à la nourriture, aux transports, à un environnement de qualité, mais aussi à la culture et à l'éducation. Lutter contre la pauvreté, c'est aussi combattre la dévalorisation, le manque de soutien social et l'exclusion et favoriser le pouvoir d'agir des personnes les plus défavorisées.

Malgré le peu de données disponibles au niveau régional, les quelques études menées localement mettent en évidence l'impact des facteurs socio-économiques sur la santé. Les personnes en situation précaire n'accèdent pas aussi aisément que les autres au système de santé et n'ont pas le même recours à la prévention et aux soins pour des raisons liées au niveau de revenu, au niveau d'éducation, à l'existence de priorités plus urgentes que la santé (logement, nourriture) et au regard des autres. La situation sociale à La Réunion est à cet égard particulièrement défavorable. Le taux de chômage est trois fois plus important que celui de la métropole (30% pour la population âgée de 15 ans ou plus). Un tiers de la population réunionnaise bénéficie d'au moins un minimum social et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire représentent près de 40% de la population. Le taux de l'illettrisme chez les 16-65 ans est de 21% contre 9% en métropole.

L'évolution rapide des modes de vie et de consommation a également influé sur l'environnement social et familial réunionnais. La perte de repères contribue à l'effritement du lien familial. Les parents, acteurs de prévention privilégiés auprès de leurs enfants, se trouvent souvent démunis en matière d'éducation et doivent être accompagnés et soutenus dans leur rôle.

On constate en outre que les représentations des réunionnais sur certaines maladies ou modalités de dépistage peuvent être très négatives et constituer un frein à la démarche de recours à la prévention et aux soins. Certaines maladies sont souvent vécues comme honteuses et font peur, retardant ainsi l'accès aux soins des malades ou entraînant une stigmatisation et un isolement social des personnes qui en souffrent.

Par ailleurs, il est nécessaire d'informer le grand public sur les lois applicables en France et leurs évolutions récentes afin d'éviter la banalisation de certains comportements et les conduites violentes, et de rappeler à chaque acteur son niveau de responsabilité.

LES AXES STRATEGIQUES



Agir sur l'ensemble des facteurs sociaux, économiques et culturels, demeure très difficile mais il convient toutefois de porter une attention particulière sur certains de ces facteurs qui ont un impact sur l'efficacité des stratégies de prévention.

Domaine stratégique Transversal

Mesure 3.1 : Prendre en compte l'impact de l'illettrisme sur la santé

Objectifs généraux :

- faciliter la compréhension des messages de prévention et l'accès à l'information et aux droits
- réduire les inégalités sociales de santé

Objectifs opérationnels :

- développer des messages de prévention et des supports d'information adaptés
- développer des outils d'intervention adaptés
- mener des actions dès le plus jeune âge en milieu préscolaire et scolaire pour réduire le décrochage scolaire et les sorties sans qualification
- renforcer le partenariat entre acteurs de prévention et acteurs de la lutte contre l'illettrisme

Acteurs :

Préfecture, Rectorat, DJSCS, ANLCI, Conseil régional, Conseil général, Université, CAF, CNFPT, Pôle emploi, OPCALIA, AGEFOS-PME, ARFOBAT, Missions locales, IREPS...

Articulation :

- Plan d'orientation stratégique de prévention et de lutte contre l'illettrisme à La Réunion 2007-2013
- Charte de partenariat de prévention et de lutte contre l'illettrisme à La Réunion 2010-2015
- Projet académique Santé-Social en faveur des élèves 2009-2012

Mesure 3.2 : Valoriser les adultes dans leur rôle éducatif

Objectifs généraux :

- renforcer la confiance des adultes, particulièrement celle des parents, dans leur capacité et leur légitimité à intervenir

auprès des jeunes

- renforcer les compétences éducatives des parents et les rendre conscients de leur rôle d'acteur de prévention auprès de leurs enfants.

Objectifs opérationnels :

- développer les actions d'accompagnement et de soutien à la parentalité
- impliquer fortement les parents dans l'élaboration et la réalisation des actions de prévention en faveur des enfants et des adolescents

Acteurs :

DJSCS, Rectorat, Conseil général, CAF, communes, associations, mutuelles...

Mesure 3.3 : Prévenir les phénomènes de stigmatisation

Objectifs généraux :

- éviter la stigmatisation au sein de la société de catégories de personnes atteintes de pathologies ou en situation de handicap
- prévenir l'isolement social et la détresse psychique
- éviter les comportements de fuite face au dépistage

Objectifs opérationnels :

- adopter un discours rassurant et positif tenant compte des représentations des réunionnais
- promouvoir la bienveillance et véhiculer une image positive des personnes atteintes de maladies ou en situation de handicap à travers des actions de communication et de prévention
- sensibiliser et former l'ensemble des professionnels à cette problématique

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture, services de l'Etat, Rectorat, Collectivités territoriales, organismes de protection sociale, professionnels concernés, IREPS, MDPH, associations...

Mesure 3.4 : Comprendre et respecter la loi

Objectifs généraux :

- éviter la banalisation de certains comportements à risque
- prévenir les violences faites aux femmes

LES AXES STRATEGIQUES

- et la récurrence des conduites violentes
- limiter l'incitation à la consommation notamment des jeunes réunionnais
- assurer le respect des obligations légales et réglementaires des pouvoirs publics

Objectifs opérationnels :

- informer les populations dès le plus jeune âge sur la réglementation relative à la vente et à la consommation des drogues illicites et de produits licites (tabac, alcool)
- valoriser la bientraitance dans le respect de la loi
- renforcer de manière concertée au niveau de l'Etat les actions auprès des producteurs et distributeurs en faveur du respect de la réglementation (notamment en matière d'incitation à la consommation chez les jeunes et en matière d'alimentation)
- accompagner les communes dans la mise en œuvre de leurs pouvoirs de police administrative (salubrité publique, nuisances de proximité, police du bruit...)

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture, Police, Gendarmerie, Justice, DJSCS, Collectivités territoriales, associations...

— AXE 4

Garantir un accès égal pour tous au système de santé

Contexte et enjeux

Le recours au système de santé peut être difficile pour une partie de la population en raison d'une méconnaissance de ses droits. Il apparaît donc indispensable, si l'on souhaite garantir un égal accès pour tous au système de santé d'améliorer l'information de la population et de lui permettre de bénéficier des droits auxquels elle peut prétendre.

De plus, on constate un accroissement des situations de renoncement aux soins qui touchent plus particulièrement les personnes les plus vulnérables. Pourtant, la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) à La Réunion en 2000 a largement contribué à améliorer l'accès aux soins et le remboursement des soins, des prestations et des médicaments aux réunionnais qui ne sont pas déjà couverts

par un autre régime obligatoire d'assurance maladie. Au 1er janvier 2011, 18 % de la population bénéficie de la CMU de base et 35 % de la CMU complémentaire. Bien qu'une partie de la population réunionnaise soit ainsi couverte par une protection sociale plutôt performante, des groupes tels que les personnes âgées relevant du minimum vieillesse peuvent malgré tout se retrouver dans une situation difficile et ne pas être en mesure d'accéder à certains soins. Cette situation peut être accentuée pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire par le refus du tiers payant par la structure ou le professionnel de santé.

Les soins auxquels les personnes renoncent le plus sont les soins dentaires, les prothèses dentaires, les lunettes, les médicaments non remboursables et les consultations de spécialistes.

Il faut toutefois noter que les difficultés d'accès aux droits et aux soins ne se résument pas uniquement à des considérations financières. De nombreuses personnes rencontrent encore des problèmes pour faire valoir leurs droits même si ceux-ci sont acquis sur le principe en raison de problèmes administratifs ou de difficultés de compréhension (illettrisme).

Domaine stratégique Transversal

Mesure 4.1 : Favoriser l'effectivité de l'accès aux droits

Objectifs généraux :

- réduire les difficultés d'accès aux droits
- réduire les situations de rupture de droits
- réduire les inégalités sociales de santé

Objectifs opérationnels :

- renforcer l'information de la population sur ses droits et les conditions d'accès notamment pour les personnes vulnérables
- accompagner les personnes dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits
- accroître la place des usagers, des patients et des familles en qualité d'acteurs de santé

LES AXES STRATEGIQUES

Acteurs :

ARS-OI, DJSCS, Rectorat, organismes de protection sociale, professionnels de santé, professionnels du social, associations dont associations d'usagers, mutuelles...

Articulation :

- Schéma de l'organisation des soins (SOS-PRS)
- Programme d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)

Mesure 4.2 : Améliorer l'accès à la prévention et aux soins

Objectifs généraux :

- lutter contre les inégalités d'accès, les refus et les renoncements aux soins
- réduire les inégalités sociales de santé

Objectifs opérationnels :

- développer une communication adaptée pour les publics visés (messages, outils, modes de diffusion)
- accompagner les personnes dans leurs démarches
- renforcer la prise en compte de la couverture maladie universelle par les professionnels de santé
- améliorer l'accès à l'offre de soins en termes de transport et de répartition géographique des professionnels et services de santé

Acteurs :

ARS-OI, Rectorat, organismes de protection sociale, professionnels de santé et du social, associations, mutuelles...

Articulation :

- Schéma de l'organisation des soins (SOS-PRS)
- Programme d'accès à la prévention et aux

Orientation 3

PROMOUVOIR DES
COMPORTEMENTS
FAVORABLES À LA
SANTÉ

— AXE 1 Promouvoir les recommandations en matière de nutrition

Contexte et enjeux

En France, l'évolution de l'alimentation, associée à une augmentation de la sédentarité, a entraîné des répercussions sur la santé de la population. Le baromètre santé Nutrition 2008 constate une prévalence élevée de pathologies liées à la nutrition comme les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète ou l'obésité (en particulier l'obésité infantile).

Concernant la pratique d'une activité physique, la même étude affirme que moins de la moitié des adolescents de 15-17 ans atteint un niveau d'activité physique « entraînant des bénéfices pour la santé ».

A La Réunion, le pourcentage de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement est estimé à 7,8 % de la population en 2007 et 8,8% en 2008 (chiffres CGSS), soit le double de celle observée en France (3,9 %), ce qui place probablement l'île en tête

de toutes les régions de France. Cependant, la prévalence du diabète traité ne tient pas compte des diabétiques connus non traités (régime...) et des cas non diagnostiqués. L'enquête REDIA de 1999-2001 a ainsi montré qu'un tiers des diabétiques ignoraient qu'ils étaient malades au moment de l'enquête. Selon cette étude, parmi les réunionnais de 30-69 ans, la prévalence du diabète connu (traité et non traité) était estimée à 11,9 %, celle du diabète connu traité à 10,1%, la prévalence totale brute (diabète connu+diabète dépisté) à 18,1% et la prévalence totale corrigée à 20,9%.

La population adulte réunionnaise est également davantage concernée par les problèmes d'obésité que la métropole. L'enquête Obépi 2003 révélait des prévalences de l'ordre de 35 % pour le surpoids et de 15 % pour l'obésité sur l'île, contre respectivement 30 % et 11 % en métropole.

Depuis les années 1970, on assiste dans les pays industrialisés à une augmentation de l'obésité chez l'enfant qualifiée d'épidémie. La Réunion n'est pas épargnée par ce phénomène.

LES AXES STRATEGIQUES

Les déterminants de l'obésité sont multiples. L'augmentation de sa prévalence est liée à un changement rapide des modes de vie et des représentations. On observe en particulier une évolution des conduites alimentaires vers une surconsommation glucido-lipidique avec des effets déjà visibles sur l'obésité des jeunes. Les habitudes alimentaires, notamment celles des enfants sont conditionnées par de multiples facteurs individuels, familiaux, communautaires et sociétaux.

La publicité télévisée serait, en partie, responsable de cette augmentation par son impact sur les préférences et choix alimentaires, le grignotage et les connaissances nutritionnelles, et la consommation de produits riches en sucre, en graisse et/ou sel. Les facteurs liés à l'environnement et au contexte socio-économique sont également en cause.

Le temps de sommeil peut se révéler être aussi un facteur de risque comportemental influant sur l'obésité et le surpoids. Un temps de sommeil trop court (moins de 6 heures par 24 heures) constituerait un facteur de risque jusqu'ici largement sous-estimé. Or, afin de remplir l'ensemble des obligations professionnelles, sociales et familiales, mais aussi des loisirs sur écran (usage d'internet, télévision), les journées s'allongent et les nuits raccourcissent.

L'activité physique est l'un des principaux facteurs de santé liés au mode de vie et est potentiellement l'un des moyens les plus efficaces de prévenir ou diminuer les facteurs de risques de maladies non transmissibles et ainsi contribuer à en limiter l'apparition ou leurs conséquences et améliorer le bien-être de tous. Cependant, un nombre important de personnes n'accède pas à l'activité physique, notamment par un manque de cohérence et de complémentarité des interventions dans les champs de l'éducation, de la prévention, du soin et de l'aide sociale.

La mise en œuvre individuelle des recommandations portant sur le mode de vie doit s'appuyer sur des modes d'organisation qui mettent en lien les acteurs du dépistage, de la prise en charge et de l'accompagnement, et ceux de l'éducation et de l'animation des activités physiques et sportives afin d'obte-

nir une continuité des mesures proposées. Le parcours de santé doit être facilité par la mise en cohérence et la complémentarité d'intervention des différents acteurs, une prise en charge de différents publics par le bon professionnel, au bon endroit et avec le bon tissu de soutien.

Par ailleurs, une mauvaise santé bucco-dentaire influe négativement sur la santé globale en impactant le système immunitaire, le système respiratoire, les comportements alimentaires et la qualité de vie (douleurs, stress, sommeil...).

Les affections bucco-dentaires retentissent, parfois gravement, sur l'état général et sur la qualité de vie des personnes concernées. Elles peuvent être à l'origine non seulement de douleurs, mais aussi de complications infectieuses, locales ou à distance, en particulier chez certains patients fragiles : personnes atteintes de certaines maladies chroniques, personnes âgées dépendantes, personnes handicapées, personnes immunodéprimées.

Il faut signaler également que les inégalités de santé bucco-dentaire sont fortement corrélées avec les inégalités sociales. L'exposition au risque est inégale : les habitudes favorables à la santé bucco-dentaire (brossage biquotidien, exposition aux fluorures, alimentation variée) sont plus répandues dans la population qui bénéficie d'un meilleur niveau d'éducation et de revenus. Les renoncements aux soins dentaires pour les jeunes sont deux fois plus importants dans les classes sociales défavorisées.

De plus, la santé bucco-dentaire est non seulement un indicateur de santé globale mais également un indicateur d'intégration sociale. L'état bucco-dentaire est un marqueur socioéconomique et un facteur d'intégration sociale. Un mauvais état bucco-dentaire détériore le sourire (premier signal de communication), l'haleine et les fonctions langagières.



LES AXES STRATEGIQUES

Domaines stratégiques

Maladies chroniques
Périnatalité et petite enfance
Handicap et vieillissement

Mesure 1.1 : Favoriser une alimentation équilibrée

Objectifs généraux :

- encourager la population à adopter des comportements alimentaires sains
- prévenir et/ou réduire la prévalence des pathologies liées à la nutrition : surpoids et obésité (dont obésité infantile), diabète, maladies cardiovasculaires et cancers

Objectifs opérationnels :

- relayer les campagnes nationales sur la nutrition et apporter une information non anxiogène pour aider les personnes à améliorer leur régime alimentaire
- mener des actions d'information sur les repères nutritionnels et aider les consommateurs à repérer au moment de l'achat les produits alimentaires les plus favorables à l'équilibre nutritionnel global
- développer des actions de prévention en faveur des enfants et adolescents en milieu scolaire et extrascolaire
- informer et sensibiliser les parents sur les bonnes pratiques alimentaires
- former les personnels des centres de loisirs, les enseignants et les employés communaux
- développer les offres de services favorisant une alimentation équilibrée
- promouvoir l'allaitement maternel pour les femmes qui en font le choix via un renforcement des connaissances et des pratiques des professionnels et des futurs et jeunes parents

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture, services de l'Etat, Rectorat, Conseil général, communes, organismes de protection sociale, mutuelles, IREPS, associations, maternités, professionnels de santé, professionnels de l'éducation, professionnels de l'animation, réseaux de santé

Articulation :

- Plan départemental de lutte contre l'obésité (PDLO)
- Projet académique Santé-Social en faveur des élèves 2009-2012

Mesure 1.2 : Encourager la pratique régulière d'une activité physique

Objectifs généraux :

- encourager la pratique d'une activité physique quotidienne et lutter contre la sédentarité
- prévenir et/ou réduire la prévalence des pathologies liées à la nutrition : surpoids et obésité (dont obésité infantile), diabète, maladies cardiovasculaires et cancers
- préserver les capacités d'autonomie des personnes dépendantes

Objectifs opérationnels :

- relayer les campagnes nationales sur l'activité physique
- promouvoir la pratique de l'activité physique à tous les âges de la vie
- développer des actions de prévention auprès des enfants et adolescents à l'école et dans les centres de loisirs
- valoriser les activités de plein air auprès des parents
- développer l'offre d'activités physiques adaptées aux populations vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées, personnes atteintes de maladies chroniques...)
- améliorer l'accessibilité de tous les groupes de la population aux services, équipements et aménagements contribuant à l'amélioration de l'activité physique (coût, horaires, transport...)

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture, services de l'Etat, Rectorat, Conseil général, communes, organismes de protection sociale, mutuelles, IREPS, associations, réseaux de santé, offices municipaux des sports, professionnels de santé, professionnels de l'éducation, professionnels de l'animation...

Mesure 1.3 : Renforcer la promotion de la santé bucco-dentaire

Objectifs généraux :

- améliorer la santé bucco-dentaire de la population, particulièrement pour les personnes vulnérables
- adopter des habitudes saines en matière d'hygiène bucco-dentaire
- réduire la prévalence de la carie chez les enfants



LES AXES STRATEGIQUES

- réduire les inégalités sociales de santé

Objectifs opérationnels :

- développer les examens de prévention bucco-dentaire tout au long de la vie et plus particulièrement pour tous les enfants dès 3 ans
- faciliter l'acquisition des comportements favorables à la santé bucco-dentaire en matière d'hygiène (brossage biquotidien des dents avec une pâte dentifrice fluorée) plus particulièrement auprès des enfants
- informer et sensibiliser les parents et futurs parents et personnels de la petite enfance sur la santé bucco-dentaire infantile
- renforcer l'information et la sensibilisation des populations à risque et de leurs accompagnants (personnes en situation précaire, personnes handicapées et personnes âgées dépendantes)
- renforcer la formation des professionnels de santé libéraux (chirurgiens dentistes, médecins généralistes, pédiatres, sages-femmes...) et des personnels soignants des établissements médico-sociaux

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture, services de l'Etat, Rectorat, Conseil général, communes, organismes de protection sociale, mutuelles, professionnels de santé, établissements sanitaires et médico-sociaux, UFSBD, URPS, IREPS, associations

Articulation :

- Schéma d'organisation des soins (SOS-PRS)
- Schéma d'organisation médico-sociale (SOMS)
- Programme de prévention bucco-dentaire de l'Assurance maladie

— AXE 2

Prévenir les conduites addictives

Contexte et enjeux

> Alcool

Certaines maladies (cirrhose alcoolique du foie, psychose alcoolique, dépendance alcoolique) sont entièrement et exclusivement attribuables à une consommation régulière et excessive d'alcool. Pour d'autres

pathologies, l'alcool constitue un cofacteur de risque. Il est ainsi impliqué dans certains cancers (cavité buccale et lèvres, pharynx, larynx, œsophage, côlon et rectum, foie, sein), certaines maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, cardiopathie ischémique), digestives (pancréatites), ainsi que dans les traumatismes et empoisonnements liés aux accidents de la route, aux accidents domestiques et aux suicides.

L'alcoolisme à La Réunion est un problème majeur. Son impact est important et les conséquences sanitaires et judiciaires sont fréquentes. L'alcool est très souvent incriminé dans des passages à l'acte, notamment dans les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes et aux mineures, les conduites délictueuses. Le syndrome d'alcoolisation foetale (SAF) représente également une des préoccupations de santé publique.

La région est caractérisée par une surmortalité et une surmortalité supérieures à la métropole. La mortalité régionale directement liée à l'alcool est supérieure de 70% à la moyenne nationale. La Réunion est le département qui a le plus de décès en lien avec une consommation d'alcool, et on y meurt deux fois plus de maladies mentales (psychoses alcooliques) et de cirrhoses du foie à qu'en métropole. Une enquête nationale menée en 2000 a permis d'estimer le nombre de consommateurs excessifs et de personnes alcoolodépendantes, plaçant La Réunion en tête de toutes les régions françaises : 40% des patients de sexe masculin hospitalisés ont des problèmes de santé dus à l'alcool, contre 15% en métropole. En 2008, 30% des accidents sur la voie publique étaient liés à l'alcoolémie routière. Ces constats témoignent de la place prépondérante de l'alcool dans le domaine des addictions.

> Tabac

Le tabac constitue un facteur de risque pour les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons, les bronchites chroniques et les maladies pulmonaires obstructives et les cardiopathies ischémiques.

La Réunion se distingue par une surmortalité par pathologies liées au tabac com-

parativement à la moyenne métropolitaine. Les décès par cardiopathies ischémiques sont les plus fréquents (58%), devant les décès par cancers du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons (28%) et les décès par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (14%). Ces décès liés au tabagisme représentent 14% de l'ensemble des décès sur l'île et 13% des décès prématurés. Le tabac représente la première cause régionale de décès par cancer.

L'incidence du cancer est en constante augmentation en partie en raison du vieillissement de la population, mais l'importance des pathologies dues à l'alcool et du tabagisme aggravera la situation dans les années à venir.

> Drogues illicites

Les effets sanitaires et sociaux de la consommation de drogues illicites sont très différents selon les produits concernés et leur mode de consommation. Le nombre de consommateurs étant bien plus faible que pour l'alcool et le tabac, l'importance des dommages dans la population est moins apparente. Les risques sanitaires et sociaux sont les surdoses, les effets toxiques, les troubles du comportement, les risques infectieux, ainsi que les situations de précarité et d'exclusion sociale.

La Réunion est caractérisée par les pratiques addictives suivantes : zamal (cannabis), usage détourné de médicaments sur ordonnance, polytoxicomanie et, dans une moindre mesure cocaïne. Le zamal est de loin le produit le plus expérimenté et le plus consommé parmi les réunionnais. Selon les enquêtes réalisées en population générale, l'expérimentation du cannabis concernait 17% de la population réunionnaise de 15 à 75 ans en 2003 contre 13% en 1999. Le zamal est le produit le plus saisi sur l'île et les interpellations d'usagers de cannabis ont été multipliées par deux entre 2006 et 2007.

De même, l'usage détourné de médicaments sur ordonnance (Artane, Rohypnol, Rivotril, Valium ou autres benzodiazépines) constitue une préoccupation et s'est développé selon leurs modes de prescription, leur accessibilité et leur disponibilité.

Concernant les autres drogues illicites, leur

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

La polytoxicomanie alcool-médicaments, alcool-zamal et plus récemment l'apparition d'ecstasy et de cocaïne dans des milieux jeunes fait craindre une explosion des phénomènes de dépendance et de leurs conséquences.

> Jeux

On observe à La Réunion un niveau de dépenses dans les jeux de tirage, de grattage, de loterie ou de courses de chevaux nettement plus élevé qu'en métropole. Malgré une moindre proximité des points de vente sur l'île, la mise moyenne hebdomadaire par habitant dépasse de 7% celle observée en métropole, les jeux de tirage et de pronostics représentant 69% des mises. On constate également une forte augmentation du nombre de demandes d'exclusion de casinos entre 2005 et 2007. Ainsi, en 2007, 135 joueurs réunionnais ont demandé à être exclus des casinos estimant avoir un comportement à risque, compulsif, soit trois fois plus qu'en 2005.

Domaines stratégiques

- Périnatalité et petite enfance
- Santé mentale et addictions
- Maladies chroniques

Mesure 2.1 : Informer la population sur les risques et pathologies

Objectifs généraux :

- faire connaître à la population les facteurs de risque et les principales pathologies liées à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites
- réduire l'impact de l'usage des drogues licites et illicites sur la santé de la population et ses conséquences sociales (violences, exclusions sociales...)
- prévenir les premières consommations

LES AXES STRATEGIQUES



excessives d'alcool et les usages des produits illicites chez les jeunes

Objectifs opérationnels :

- relayer les campagnes de communication nationale
- informer sur les dangers de la consommation d'alcool et des produits stupéfiants particulièrement les enfants et adolescents et les femmes enceintes
- mener des actions dans le milieu du travail pour sensibiliser les adultes sur les dangers de l'alcool et des drogues
- sensibiliser la population et les professionnels aux nouvelles formes d'addictions sans produits (jeux, internet...)
- faire connaître les dispositifs d'écoute et d'aide à distance

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture, services de l'Etat, Rectorat, collectivités territoriales, organismes de protection sociale, services de santé au travail, mutuelles, professionnels concernés, établissements sanitaires et médico-sociaux, IREPS, associations, organismes de formation...

Articulation :

- Schéma d'organisation des soins (SOS-PRS)
- Schéma d'organisation médico-sociale (SOMS)
- Projet académique Santé-Social en faveur des élèves 2009-2012

Mesure 2.2 : Renforcer le repérage précoce

Objectif général :

- repérer les signaux d'alerte de pratiques addictives pour orienter le plus tôt possible vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement

Objectifs opérationnels :

- favoriser le repérage précoce des conduites addictives en sensibilisant les professionnels (santé, social, éducation) et les parents
- renforcer le rôle des médecins généralistes en matière d'addictologie (repérage, accompagnement et orientation des personnes et de leur entourage)
- aider, soutenir et accompagner les familles

et l'entourage

- maintenir le dispositif départemental d'aide et d'accompagnement à l'arrêt tabagique (distribution de patchs nicotiques)

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture, services de l'Etat, Rectorat, Conseil général, organismes de protection sociale, services de santé au travail, professionnels concernés, établissements sanitaires et médico-sociaux, IREPS, associations

Articulation :

- Schéma d'organisation des soins (SOS-PRS)
- Schéma d'organisation médico-sociale (SOMS)
- Programme d'aide au sevrage tabagique

— AXE 3

Promouvoir l'éducation à vie affective et à la sexualité

Contexte et enjeux

La politique régionale active de prévention des risques liés à la sexualité menées depuis de nombreuses années à La Réunion a permis de maintenir l'infection à VIH/Sida à un niveau bas et d'améliorer l'accès à la contraception. Il convient toutefois de maintenir et renforcer les efforts accomplis en matière d'éducation à la sexualité afin d'éviter une recrudescence de certaines maladies infectieuses et de permettre une meilleure maîtrise de la fécondité.

A La Réunion, les premières relations sexuelles ont lieu plus tôt qu'en métropole (14 ans en moyenne pour les garçons et 15 ans pour les filles) mais la sexualité des jeunes restent encore un sujet tabou et difficilement abordé dans beaucoup de familles. Les idées reçues et les idées fausses sur la contraception persistent malgré l'éducation à la sexualité. Le poids des religions hostiles à la contraception et à l'IVG est important. Les naissances chez les jeunes et très jeunes filles sont plus nombreuses qu'en métropole, parfois non désirées et parfois assumées dans le cadre d'un véritable projet de vie ou de la recherche d'un statut social.

LES AXES STRATEGIQUES

> Grossesses et IVG

Le taux régional de fécondité avant 20 ans est 5 fois supérieur à celui observé en métropole. La région fait partie des deux premiers départements français pour le nombre de naissances de mères de moins de 20 ans. Ceci se confirme par l'âge plus précoce de la mère à la première naissance (25,4 ans en 2003 contre 27,2 ans en métropole), et de la première IVG (21,3 ans en 2002 contre 23,2 ans en métropole).

Sur fond de natalité plus forte et plus précoce que la moyenne nationale, les grossesses de jeunes mineures ont augmenté en nombre et en proportion de l'ensemble des conceptions :

- 1141 conceptions chez les mineures en 2008, contre 797 en 1996 (+ 43%), et passage de 4,53% du total des conceptions à 6,52%,
- 593 grossesses menées à terme (naissances vivantes) en 2008 contre 513 en 1996 (+16%), et passage de 3,9% des naissances vivantes à 4,2%,
- 548 IVG de mineures en 2008 contre 284 en 1996 (+ 93%), et passage de 6,3% de l'ensemble des IVG à 13,80%.

La répartition par âge des jeunes mères reste stable de 1991 à 2008, avec 4,6% de moins de 15 ans pour les naissances chez les mineures, 45% de 15-16 ans et 50,4% de 17 ans.

Concernant plus particulièrement les IVG, le contexte réunionnais est celui, tous âges confondus, d'un recours plus important que celui observé en métropole : 21 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans en 2005 contre 14,3 en métropole.

La part des IVG de mineures dans l'ensemble des IVG est de nouveau en forte augmentation depuis 2003, après avoir connu une baisse sensible en 2000, pour s'établir à 13,5% en 2008. De même, on constate une augmentation du recours à l'IVG chez les mineures : le nombre d'IVG est de 29,8 pour 1 000 femmes mineures en 2006 (contre 10 en moyenne métropolitaine), soit un niveau supérieur à toutes les régions métropolitaines.

La répartition par âge des IVG de mineures s'est modifiée entre 2001 et 2007, avec une baisse des IVG des moins de 15 ans

(de 15% à 10% du total des IVG de mineures), une croissance des IVG chez les jeunes filles de 17 ans (près de 40% du total), et une stabilité pour celles de 15-16 ans (près de 50%). En 2008, une mineure sur 10 avortant avait déjà eu recours antérieurement à une IVG.

Globalement, les jeunes ont une bonne connaissance générale des moyens de contraception, et un accès à l'éducation sexuelle au collège. La difficulté porte essentiellement sur la maîtrise effective de leur contraception, tout au long de leur vie sexuelle active.

De plus, on observe des inégalités sociales fortes en matière de grossesses précoces, selon le niveau d'études et de qualifications, et la situation familiale d'origine, qui risquent d'être aggravées par l'augmentation moyenne de la durée et du niveau des études et par une plus forte sensibilité des jeunes non-défavorisés aux actions de prévention.

> Maladies infectieuses (VIH/Sida/IST)

Entre 2003 et 2008, 32 nouveaux cas de séropositivité au VIH ont été notifiés en moyenne chaque année à La Réunion. Dans un tiers des cas, la découverte de la séropositivité au VIH se fait tardivement au stade sida. Depuis le début de l'épidémie, 374 malades du sida ont été recensés. Dans 76% des cas, ces malades sont des hommes. Dans près de la moitié des cas, les personnes ayant développé le sida ne connaissaient pas leur séropositivité au VIH.

Sur l'ensemble des nouveaux cas de séropositivité découverts depuis 2003, les relations hétérosexuelles constituent la première cause de contamination dans plus de 50% des cas (72% parmi les femmes et 40% pour les hommes). La contamination lors de relation homo ou bisexuelle représente un quart des nouveaux cas (37% parmi les hommes). La part des modes de contamination inconnus est importante avec 23% des nouveaux cas. L'usage de drogues par voie intraveineuse est un mode de contamination beaucoup plus rare (1,4%).



LES AXES STRATEGIQUES

Par ailleurs, une recrudescence de la syphilis est observée à La Réunion depuis 2008. D'après les enquêtes épidémiologiques menées, cette pathologie a concerné dans un premier temps des populations spécifiques : des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, des sujets infectés par le VIH, des personnes marginalisées, ou des sujets incarcérés. Mais il est maintenant observé une augmentation de l'incidence de la maladie chez les jeunes, hétérosexuels et séronégatifs pour le VIH. L'apparition depuis 2008 de plusieurs cas de syphilis congénitale, entraîne une certaine inquiétude sur le dépistage et la prise en charge de la maladie chez les femmes enceintes.

Domaines stratégiques
Périnatalité et petite enfance
Maladies chroniques
Risques sanitaires

Mesure 3.1 : Renforcer l'information de la population

Objectifs généraux :

- permettre une meilleure perception des risques (grossesses non désirées, VIH/IST) et favoriser des comportements de prévention
- diminuer le nombre d'IVG et de grossesses non désirées en particulier chez les mineures
- maintenir l'incidence des infections sexuellement transmissibles au niveau bas actuel
- promouvoir la bientraitance et prévenir les violences faites aux femmes

Objectifs opérationnels :

- apporter à la population des informations objectives et des connaissances scientifiques
- renforcer les actions d'information auprès des jeunes dans une approche globale de la vie affective et de la sexualité
- favoriser l'information des populations vulnérables (personnes handicapées, personnes en situation précaire...)
- faire connaître les ressources d'information, d'aide et de soutien
- faire connaître les dimensions relationnelle, juridique, sociale et éthique de la sexualité

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture, services de l'Etat, Rectorat, Collectivités territoriales, organismes de protection sociale, mutuelles, professionnels concernés, IREPS, associations, COREVIH, CIDDIST...

Articulation :

- Plan de prévention des grossesses non désirées et IVG chez les mineures
- Projet académique Santé-Social en faveur des élèves 2009-2012

Mesure 3.2 : Faciliter l'accès à la contraception

Objectifs généraux :

- favoriser l'usage et l'accès à la contraception
- favoriser l'accès à la contraception d'urgence en pharmacie officinale et en milieu scolaire

Objectifs opérationnels :

- informer la population, en particulier les jeunes, et les professionnels sur le réseau et les missions des centres de planification et d'éducation familiale (CEPF) et des centres de PMI
- sensibiliser les pharmaciens d'officine aux enjeux d'une accessibilité effective à la contraception d'urgence et à l'importance de leur mission d'information, de prévention et d'orientation
- assurer une délivrance effective et de qualité de la contraception d'urgence dans les infirmeries scolaires des établissements d'enseignement du second degré
- renforcer l'information des professionnels de santé sur les modes de contraception

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture, services de l'Etat, Rectorat, Collectivités territoriales, organismes de protection sociale, mutuelles, professionnels concernés, IREPS, associations...

Articulation :

- Plan de prévention des grossesses non désirées et IVG chez les mineures
- Programme d'accompagnement des femmes enceintes et contraception d'urgence

LES AXES STRATEGIQUES

Mesure 3.3 : Intervenir auprès des groupes à risque

Objectifs généraux :

- permettre une meilleure perception des risques et favoriser des comportements de prévention contre la transmission du VIH/IST auprès des populations les plus exposées : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), personnes qui se prostituent, population bisexuelle et transsexuelle, personnes vivant avec le VIH (PVIH), usagers de drogue
- réduire la transmission du VIH/IST

Objectifs opérationnels :

- améliorer les connaissances en matière de prévention du VIH/IST
- renforcer l'accessibilité aux préservatifs masculins et féminins (coût et lieux de diffusion)
- maintenir l'information sur l'utilisation et les mésusages du préservatif

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture, services de l'Etat, Rectorat, Collectivités territoriales, organismes de protection sociale, professionnels concernés, IREPS, associations, COREVIH, CIDDIST...

— AXE 4 Promouvoir la santé mentale

Contexte et enjeux

Certaines populations présentent des risques plus élevés : les jeunes (18–24 ans) vis à vis des troubles dépressifs, les personnes âgées vis à vis du suicide ou les personnes sans emploi pour ce qui concerne la détresse psychologique.

Par ailleurs, les diagnostics de santé réalisés dans le cadre des ateliers santé ville à La Réunion mettent en avant un sentiment de mal-être, d'isolement, et de souffrance psychique, qui serait la condition première à une meilleure santé physique.

Mesure 4.1 : Informer la population sur les pathologies mentales

Objectif général :

- faire connaître à la population les principales pathologies, leurs causes, symp-

tômes et traitements afin de modifier les perceptions des personnes souffrant de troubles mentaux

Objectifs opérationnels :

- relayer les campagnes de communication nationale
- informer la population sur les troubles dépressifs et les pathologies mentales
- faire connaître les dispositifs d'écoute et d'aide à distance dédiés notamment à la prévention du suicide
- sensibiliser les médecins généralistes sur le repérage des troubles dépressifs et des pathologies mentales
- informer les professionnels et les salariés sur les troubles psychosociaux en milieu de travail

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture, services de l'Etat, Rectorat, Collectivités territoriales, organismes de protection sociale, professionnels concernés, établissements de santé, services de santé au travail, IREPS, associations, mutuelles...

Mesure 4.2 : Promouvoir la santé mentale auprès des groupes vulnérables

Objectif général :

- favoriser la mise en place d'actions de promotion de la santé mentale pour des publics spécifiques, notamment les jeunes, et auprès des acteurs qui les prennent en charge

Objectifs opérationnels :

- repérer la souffrance psychique et prévenir les troubles mentaux chez les enfants et les adolescents
- promouvoir la santé mentale en milieu carcéral
- favoriser le développement d'actions visant à prévenir la détresse psychique chez les personnes âgées
- favoriser la prise de conscience à l'entourage (amis, famille, enseignants éducateurs, intervenants auprès des personnes âgées...) pour qu'ils puissent réagir, soutenir la personne en difficulté et l'orienter vers les professionnels compétents ou les structures adaptées

Acteurs :





ARS-OI, Préfecture, services de l'Etat, Rectorat, Université, Collectivités territoriales, organismes de protection sociale, professionnels de santé et du social, établissements de santé et médico-sociaux, UCSA, IREPS, associations...

Articulation :

- Schéma d'organisation des soins (SOS-PRS)
- Projet académique Santé-Social en faveur des élèves 2009-2012

— AXE 5 Prévenir les accidents de la vie courante

Contexte et enjeux

Les accidents de la vie courante (AcVC) sont définis comme des traumatismes non intentionnels qui ne sont ni des accidents de la circulation routière, ni des accidents du travail.

Ils font l'objet d'un dispositif national de surveillance animé par l'Institut de veille sanitaire.

En France métropolitaine, les AcVC ont entraîné 19 703 décès en 2008 soit 3,7% de la mortalité totale. Chez les enfants, ils ont été responsables de près d'un cinquième des décès entre 1 et 4 ans (111 décès parmi 599) et d'un décès sur sept entre 5 et 14 ans (102 décès parmi 705).

Une surmortalité masculine a été retrouvée avec un rapport hommes/femmes de 1,7.

Les deux tiers des décès par AcVC sont survenus chez les 75 ans et plus.

Les chutes, les suffocations, les noyades, les intoxications et les accidents par le feu sont les principales causes de décès par AcVC.

Entre 2000 et 2008, le taux de mortalité par AcVC a diminué de 2,8% par an. Cette diminution, variable selon les types d'AcVC, a été observée surtout chez les moins de 15 ans. Sur les trois dernières années, les effectifs de décès par AcVC ont augmenté : +2,8% de 2006 à 2007 et +3,4% de 2007 à 2008. Cette augmentation s'explique uniquement par l'évolution démographique (plus de personnes âgées).

Les AcVC restent une cause importante de décès en France. De nombreux décès pourraient être évités par des mesures de

prévention et de réglementation adaptées.

A La Réunion, le dispositif de surveillance repose sur le recueil d'informations détaillées lors du recours aux urgences du centre hospitalier Gabriel Martin de Saint-Paul de tous les patients pris en charge pour un accident de la vie courante (40 000 recours aux urgences chaque année).

Il en ressort que les accidents de la vie courante touchent particulièrement les jeunes (54% des accidentés ont moins de 20 ans) et les hommes. Ils surviennent principalement à la maison ou dans ses abords (58%), dans les aires de sports et de jeux (12%) et les zones de transports (11%) et au cours des activités suivantes : les jeux et loisirs dont les sports d'équipe (notamment le football), le bricolage, les activités de cueillette des fruits (chutes d'arbres), les activités en mer (piqûres, courants...) et baignades.

Les chutes des personnes âgées sont également signalées. La prévention de ces chutes est traitée de manière spécifique dans l'orientation n°6.

Domaine stratégique Risques sanitaires Handicap et vieillissement

Mesure 5.1 : Prévenir les accidents domestiques

Objectif général :

- abaisser de façon significative le nombre des accidents qui surviennent au domicile plus particulièrement ceux concernant les jeunes enfants

Objectifs opérationnels :

- informer et sensibiliser les parents de jeunes enfants aux risques existants (brûlures, chutes, noyades, intoxication, étouffement...)
- promouvoir les conseils et précautions à prendre pour éviter les risques d'accidents domestiques des enfants
- promouvoir les numéros à appeler en cas d'urgence et les gestes de secours
- développer les formations aux gestes de premier secours

LES AXES STRATEGIQUES

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture, services de l'Etat, Rectorat, Collectivités territoriales, organismes de protection sociale, mutuelles, professionnels concernés, IREPS, associations, organismes de formation...

Mesure 5.2 : Prévenir les accidents liés à la pratique sportive et de loisirs

Objectifs généraux :

- abaisser de façon significative le nombre des accidents qui surviennent lors de la pratique d'activités sportives et de loisirs

Objectifs opérationnels :

- informer et sensibiliser la population sur les accidents de bricolage et de jardinage

(chutes, coupures, brûlures, écrasements, électrocutions, intoxications...)

- informer et sensibiliser les professionnels du sport, du loisir et du tourisme sur les risques d'accidents et les mesures et consignes de sécurité
- développer une information spécifique à destination de la population touristique
- promouvoir les bons réflexes à adopter et les numéros à appeler en cas d'urgence

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture, services de l'Etat, Rectorat, Collectivités territoriales, organismes de protection sociale, professionnels concernés, IREPS, associations, fédérations sportives, comité du tourisme et agences de voyage...

Orientation 4

DÉVELOPPER LES CAPACITÉS DE CHACUN À ÊTRE ACTEUR DE SA SANTÉ

— AXE 1 Renforcer l'action communautaire

Contexte et enjeux

Identifié comme un des axes stratégiques de la promotion de la santé, le renforcement de l'action communautaire vise la participation effective des individus et des communautés à la définition des priorités, à la prise de décision et à la réalisation des actions. Cette implication directe des communautés ou des groupes a pour effet leur « empowerment », c'est-à-dire leur capacité à prendre en charge elles-mêmes les questions de santé qui les concernent.

Cette démarche est déjà présente à La Réunion notamment à travers les actions de mobilisation sociale mises en œuvre en matière de lutte contre les maladies à transmission vectorielle. Il convient de l'élargir à d'autres champs d'intervention et de mobiliser les acteurs de proximité et les réseaux communautaires pour y parvenir.

Domaine stratégique Transversal

Mesure 1.1 : Développer des actions de proximité

Objectifs généraux :

- encourager les dynamiques territoriales à l'échelon infrarégional
- mobiliser les acteurs de proximité sur un projet territorial en santé

Objectifs opérationnels :

- réaliser des diagnostics de territoire partagés et favoriser l'expression des besoins locaux par les habitants et les professionnels de terrain
- favoriser l'élaboration de programmes locaux de santé prenant en compte les besoins du territoire et la déclinaison des priorités régionales
- encourager la réalisation d'actions de proximité

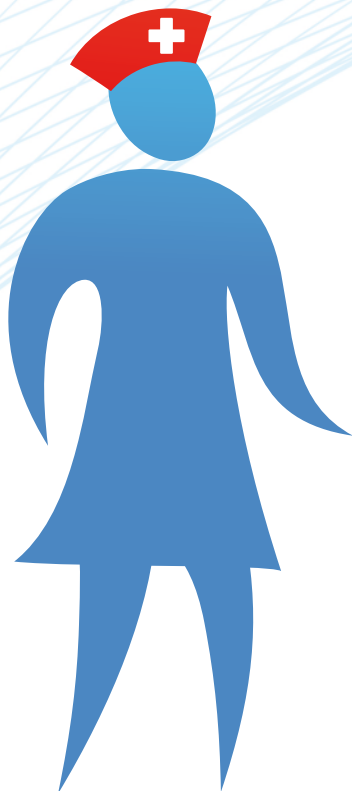
Acteurs : ARS-OI, Préfecture et services de l'Etat concernés, Rectorat, Conseil général, communes, IREPS, acteurs de proximité (associations, professionnels des secteurs concernés, habitants), mutuelles...

Mesure 1.2 : Promouvoir les démarches participatives

Objectif général :

- mobiliser les communautés et susciter la participation effective des individus et des groupes aux démarches et projets initiés

LES AXES STRATEGIQUES



Objectifs opérationnels :

- recenser et impliquer les associations de patients et d'usagers dans une démarche participative
- identifier et associer les leaders/groupes d'opinion au sein des communautés ciblées
- identifier les motivations et valeurs qui touchent le public visé (ex : les jeunes) pour leur donner les moyens d'agir sur leur bien-être
- construire des actions avec les publics cibles (personnes handicapées, personnes âgées, personnes en situation d'exclusion...)
- développer l'éducation par les pairs notamment auprès du public jeune

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture et services de l'Etat concernés, Rectorat, Conseil général, communes, IREPS, associations, professionnels des secteurs concernés...

Mesure 1.3 : Favoriser l'approche populationnelle

Objectif général :

- développer des stratégies et des actions spécifiques à l'égard des publics les plus exposés et les plus vulnérables

Objectifs opérationnels :

- identifier les publics les plus à risque et les plus vulnérables selon la thématique
- définir des programmes d'action spécifiques pour ces publics

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture et services de l'Etat concernés, Rectorat, Conseil général, communes, IREPS, associations, professionnels des secteurs concernés...

Mesure 1.4 : Former les acteurs à la démarche communautaire

Objectifs généraux :

- faciliter l'animation de dynamiques communautaires
- faire évoluer les pratiques professionnelles

Objectifs opérationnels :

- mener des actions de formation à la santé communautaire et au montage de projets

- en faveur des acteurs de prévention
- structurer un réseau d'animateurs relais en santé communautaire
- mettre à disposition des acteurs des outils d'intervention adaptés

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture et services de l'Etat concernés, Rectorat, Collectivités territoriales, IREPS, associations, professionnels des secteurs concernés...

— AXE 2

Faciliter l'acquisition d'aptitudes individuelles

Contexte et enjeux

Les compétences psychosociales constituent la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement.

Ces compétences sont classées de la manière suivante par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

- savoir résoudre les problèmes, savoir prendre des décisions,
- avoir une pensée créative, avoir une pensée critique,
- savoir gérer son stress, savoir gérer ses émotions,
- savoir communiquer efficacement, être habile dans les relations interpersonnelles,
- avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour les autres.

Il s'agit ainsi d'être capable de résister à la pression sociale et à la publicité, de gérer efficacement son stress, de s'exprimer, de se faire comprendre, d'être autonome, de demander de l'aide, ou encore d'avoir confiance en soi.

Le développement de l'ensemble de ces compétences est une des conditions nécessaires à la mise en pratique de comportements favorables à la santé. Ce processus s'inscrit dans la durée et débute dès le plus jeune âge, au contact des adultes du

LES AXES STRATEGIQUES

« quotidien », principalement les parents, et les adultes ayant un rôle éducatif (enseignants, animateurs, travailleurs sociaux...).

Domaine stratégique **Transversal**

Mesure 2.1 : Développer les compétences psychosociales

Objectifs généraux :

- donner aux publics concernés, et notamment les enfants, les moyens de faire des choix dans un sens favorable à leur bien-être
- prévenir les comportements à risque

Objectifs opérationnels :

- intégrer le développement des compétences psychosociales dans les programmes d'intervention tout au long de la vie (en milieu scolaire, éducation populaire, insertion sociale et professionnelle)
- poursuivre la formation des professionnels concernés à cette thématique
- développer des méthodes pédagogiques basées sur la coopération et l'interaction

Acteurs :

ARS-OI, services de l'Etat concernés, Rectorat, organismes de protection sociale, Conseil général, communes, IREPS, associations, professionnels des secteurs concernés, réseaux de santé...

Mesure 2.2 : Intervenir dès le plus jeune âge

Objectifs généraux :

- renforcer les actions de prévention visant à développer les aptitudes individuelles des jeunes enfants
- favoriser le développement de comportements favorables à la santé

Objectifs opérationnels :

- encourager les actions d'éducation à la santé dans les structures d'accueil jeunes enfants (crèches...)
- développer l'éducation à la santé en milieu scolaire dès la maternelle selon des programmes adaptés aux tranches d'âge et à la maturité des enfants
- développer les actions d'éducation à la santé hors milieu scolaire en s'appuyant

notamment sur les centres de loisirs et associations culturelles et sportives de proximité

- impliquer fortement les parents dans toutes les démarches mises en œuvre avec les enfants

Acteurs :

ARS-OI, services de l'Etat concernés, Rectorat, organismes de protection sociale, Conseil général, communes, IREPS, associations, professionnels des secteurs concernés...

— AXE 3 **Améliorer la qualité des pratiques et des interventions**

Contexte et enjeux

En matière de promotion de la santé, toute action visant à orienter les comportements et les habitudes de vie dans un sens favorable à la santé passe par la nécessité d'améliorer les connaissances de la population et des professionnels. Mais cette transmission de l'information ne sera pertinente que si elle est clairement comprise et assimilée par les destinataires. Pour cela, il convient de proposer aux professionnels et au grand public une information aisément compréhensible, précise, facile d'accès et adaptée aux publics visés. Il est primordial que le message diffusé soit cohérent, non anxiogène, et n'entre pas en contradiction avec d'autres messages émis par les différents partenaires.

Par ailleurs, les actions d'éducation à la santé ne peuvent être réalisées de manière efficace qu'avec l'aide d'outils pédagogiques adaptés aux publics visés et au contexte local. Or, les acteurs de prévention ne disposent pas toujours des outils nécessaires à leur pratique soit parce que ces outils sont inexistantes ou insuffisamment connus et diffusés, soit parce qu'ils ne sont pas adaptés au contexte réunionnais. En effet, les outils pédagogiques mis à la disposition des acteurs sont pour la plupart développés au niveau national par des opérateurs tels que l'INPES et vise le public métropolitain. Il convient donc de renforcer l'adaptation de ces outils à la culture réunionnaise (modes de vie, représentations et croyances...) et



LES AXES STRATEGIQUES

d'encourager le développement au niveau local d'outils spécifiques qui permettraient de faciliter l'appropriation des messages de prévention par le public visé.

Enfin, l'amélioration de la qualité des actions et modes d'intervention en éducation à la santé dépend également de l'évaluation qui en est faite. La pratique de l'évaluation n'est pas encore systématique dans les projets des acteurs de prévention qui ont parfois des réticences à la mettre en œuvre. Là aussi, il convient de favoriser le développement et l'appropriation de cette démarche à travers la formation des acteurs et la diffusion de référentiels communs.

Domaine stratégique Transversal

Mesure 3.1 : Garantir la cohérence des messages diffusés

Objectifs généraux :

- diffuser une information de qualité
- favoriser l'appropriation et la transmissibilité des messages par les destinataires

Objectifs opérationnels :

- adapter les messages et actions de communication au contexte culturel réunionnais et au public visé
- s'assurer de la cohérence et de la pertinence de l'ensemble des messages diffusés sur une thématique
- diffuser les messages au plus près de la population par l'intermédiaire des acteurs de proximité (ASV, associations, professionnels de terrain...)
- élaborer et diffuser des supports d'information adaptés aux publics cibles

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture, services de l'Etat, Rectorat, Collectivités territoriales, organismes de protection sociale, mutuelles, URPS, IREPS, associations...

Mesure 3.2 : Développer des outils pédagogiques adaptés

Objectif général :

- permettre aux professionnels d'intervenir auprès des publics cibles avec des outils de qualité

Objectifs opérationnels :

- recenser et mettre à disposition des intervenants les outils pédagogiques existants
- soutenir la conception d'outils spécifiques adaptés à la culture réunionnaise et interactifs
- valoriser les outils d'intervention réalisés par les acteurs locaux
- développer des outils adaptés à des publics spécifiques (jeunes, personnes handicapées, personnes âgées...) et certains milieux de vie (ex : outils d'intervention en milieu scolaire)

Acteurs :

ARS-OI, services de l'Etat, Rectorat, Collectivités territoriales, organismes de protection sociale, mutuelles, IREPS, associations, professionnels des secteurs concernés...

Mesure 3.3 : Poursuivre le développement de la démarche qualité

Objectif général :

- améliorer la qualité des actions de prévention mises en œuvre

Objectifs opérationnels :

- promouvoir la démarche qualité en éducation pour la santé auprès des acteurs de prévention
- valoriser l'utilisation des référentiels existants
- concevoir et diffuser des indicateurs d'évaluation

Acteurs :

ARS-OI, Préfecture et services de l'Etat, Rectorat, organismes de protection sociale, Collectivités territoriales, IREPS, ORS, associations...



Orientation 5

RENFORCER LA PRÉVENTION SÉLECTIVE DE CERTAINES MALADIES OU DE CERTAINS RISQUES

— AXE 1 Renforcer le dépistage précoce de certaines pathologies et certains risques

Contexte et enjeux

Le dépistage est une démarche qui vise à détecter, au plus tôt, en l'absence de symptômes, chez une personne en bonne santé apparente, des signes d'une maladie ou d'un handicap, avant qu'elle ne se déclare.

Il peut s'agir d'un dépistage individuel à l'initiative du professionnel de santé ou de la personne en fonction des risques personnels, ou d'un dépistage de masse qui concerne toute une population dans le cadre d'un programme organisé par les autorités de santé publique. Les dépistages, qu'ils soient organisés ou individuels, reposent sur la mobilisation des professionnels et l'adhésion des populations.

D'une manière générale, l'OMS préconise qu'un certain nombre de conditions soient rassemblées pour qu'un dépistage soit mis en œuvre et notamment que :

- la maladie dont on cherche les cas constitue une menace grave pour la santé publique,
- un traitement d'efficacité démontrée peut être administré aux sujets chez lesquels la maladie a été décelée,
- les moyens appropriés de diagnostic et de traitement sont disponibles,
- une épreuve ou un examen de dépistage efficace existe.

Il est nécessaire d'améliorer les dépistages aux différents âges de la vie, en population générale et pour les personnes à risque, avec une attention particulière pour les populations vulnérables et en situation précaire qui accèdent moins facilement à cette forme de prévention.

Les priorités inscrites dans le Plan Stratégique de Santé en matière de dépistage sont les suivantes :

- les cancers,
- les maladies chroniques
- l'obésité et le surpoids chez les jeunes

- enfants,
- les troubles du langage et des apprentissages,
- les troubles psychiques,
- les grossesses à risque,
- la surdité néonatale permanente,
- les déficiences dès la petite enfance,
- la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés.

Domaines stratégiques

Maladies chroniques
Handicap et vieillissement
Santé mentale et addictions
Périnatalité et petite enfance

Mesure 1.1 : Promouvoir le dépistage précoce chez l'enfant

Objectifs généraux :

- repérer, diagnostiquer et dépister les facteurs de risque et les pathologies dès le plus jeune âge afin d'orienter rapidement vers une prise en charge adaptée
- favoriser la coordination des acteurs du dépistage
- réaliser un dépistage systématique et obligatoire chez tous les enfants au moins une fois à chaque cycle scolaire sous réserve d'une définition des objectifs, des stratégies, des contenus et des moyens humains nécessaires à la mise en œuvre progressive des bilans médicaux
- accompagner chaque dépistage d'une information adaptée en direction de l'enfant et de sa famille
- assurer un suivi des enfants dépistés dans le cadre de la scolarité en proposant des solutions de prise en charge pluridisciplinaire tant ambulatoire qu'hospitalière sur la base de référentiels de bonnes pratiques au plus près de la population dépistée

Objectifs opérationnels :

- préconiser le dépistage systématique dans les consultations des professionnels de santé libéraux
- renforcer les dépistages à l'occasion des visites obligatoires (dont les bilans de santé des enfants de 3-4 ans par les médecins de PMI et les bilans des enfants

LES AXES STRATEGIQUES

scolarisés par les médecins et infirmières de l'Education nationale)

- renforcer la continuité entre la PMI et la médecine scolaire, et la coopération entre les professionnels intervenants aux différentes étapes de repérage, de dépistage et de diagnostic
- développer dès l'école maternelle des actions de prévention et de repérage des enfants présentant des signes d'alerte pouvant évoquer des troubles notamment ceux spécifiques du langage
- assurer une formation adéquate pour les médecins et infirmiers de PMI et de l'Éducation nationale sur l'évaluation clinique et sur les informations à transmettre à l'enfant et sa famille
- informer et former les professionnels éducatifs en milieu scolaire
- faciliter l'articulation entre le système de dépistage et le système de prise en charge

Acteurs :

ARS-OI, Conseil général, Rectorat, organismes de protection sociale, établissements de santé et médico-sociaux, professionnels de santé libéraux, professionnels de l'éducation, réseaux de santé...

Articulation :

- Schéma d'organisation des soins (SOS-PRS)
- Schéma d'organisation médico-social (SOMS)

Mesure 1.2 : Promouvoir le dépistage en population générale

Objectif général :

- sensibiliser la population à l'intérêt du dépistage pour éviter l'apparition d'une pathologie ou en réduire les conséquences par une prise en charge précoce.

Objectifs opérationnels :

- identifier les freins au dépistage selon les populations cibles (peur de la maladie...)
- informer le grand public sur les procédures de dépistage des facteurs de risque et pathologies ayant une forte prévalence régionale (diabète, Alzheimer, cancers, obésité, insuffisance rénale...)
- promouvoir le dépistage en milieu de travail

Acteurs : ARS-OI, Conseil général, organismes de protection sociale, mutuelles, professionnels de santé libéraux, services de santé au travail et médecine de prévention des fonctions publiques, associations...

Mesure 1.3 : Faciliter l'accès et le recours au dépistage

Objectif général :

- organiser et renforcer l'offre de dépistage
- faciliter l'accès au dépistage pour informer les personnes vulnérables et les plus à risque
- réduire le retard au diagnostic et à la prise en charge

Objectifs opérationnels :

- faciliter en population générale, hors notion de risque, le dépistage par les professionnels de santé de premier recours
- développer un dépistage ciblé pour les personnes vulnérables et les plus à risque
- développer le dépistage par les pairs pour les personnes qui ne veulent ou ne peuvent se rendre dans le dispositif classique
- soutenir le dépistage anonyme et gratuit

Acteurs :

ARS-OI, Conseil général, organismes de protection sociale, établissements et structures sanitaires, médico-sociaux et sociaux, centres de dépistage, professionnels de santé, associations, mutuelles...

Articulation :

- Schéma d'organisation médico-sociale (SOMS)
- Schéma d'organisation des soins (SOS-PRS)
- Programme d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)
- Programme des dépistages organisés des cancers du sein et colo-rectal

Mesure 1.4 : Renforcer les pratiques professionnelles en matière de dépistage

Objectif général :

- sensibiliser et former l'ensemble des professionnels de santé et des aidants au repérage et au dépistage des facteurs de risque et des pathologies



LES AXES STRATEGIQUES

Objectifs opérationnels :

- sensibiliser les professionnels de santé, et particulièrement les médecins généralistes, à la pratique du dépistage systématique durant leur consultation
- favoriser la mise en réseau des professionnels de santé libéraux intervenant auprès des personnes notamment à domicile
- former les aidants familiaux et professionnels à détecter les signaux d'alerte
- mettre des outils d'aide au dépistage à la disposition des professionnels

Acteurs :

ARS-OI, Conseil général, organismes de protection sociale, professionnels de santé, URPS, associations, réseaux de santé, organismes de formation...

Articulation :

- Schéma d'organisation des soins (SOS-PRS)
- Schéma d'organisation médico-sociale (SOMS)

— AXE 2 Promouvoir la politique de vaccination

Contexte et enjeux

La politique vaccinale s'intègre dans la politique de lutte contre les maladies infectieuses. La vaccination est un acte majeur et solidaire de prévention individuelle et collective. C'est un excellent moyen simple et sûr de prévenir certaines maladies infectieuses et d'éviter ainsi des décès et/ou des séquelles graves. Il s'agit de réduire les inégalités vis à vis des maladies infectieuses en augmentant la couverture vaccinale, notamment chez les enfants, et en maintenant un niveau d'adhésion élevé aux vaccinations. En effet, pour protéger la population, il est nécessaire d'atteindre ou maintenir un taux de couverture vaccinale d'au moins 95% aux âges appropriés.

Par rapport aux recommandations nationales, il existe un retard dans la réalisation du ROR (rougeole-oreillons-rubéole) à La Réunion puisque ce n'est que vers 7-8 ans (et non avant 2 ans) que 93% des enfants ont reçu une dose.

Même si la vaccination est globalement perçue de manière favorable par la population

et les professionnels de santé, il existe des freins qui peuvent rendre difficile le maintien ou l'augmentation de la couverture vaccinale. Pour promouvoir la vaccination, il est nécessaire de prendre en compte ces freins et les facteurs qui favorisent l'adhésion de la population. Les professionnels ont un rôle prépondérant dans ce processus d'adhésion à la vaccination.

Les principaux motifs invoqués par les parents qui n'ont pas fait vacciner leurs enfants et qui n'envisagent pas de le faire, sont la bénignité de ces maladies et la crainte des complications liées à la vaccination. D'autres facteurs apparaissent liés à une opinion défavorable des parents vis-à-vis des vaccins (méfiance à l'encontre des médicaments) ou le recours à l'homéopathie ou l'acupuncture. Il apparaît aussi que la négligence des familles ou le fait que, selon elles, le médecin n'ait pas proposé le vaccin, entrent également en jeu.

Les réticences des professionnels peuvent être en rapport avec une non perception du risque épidémique, une maladie jugée bénigne, une méconnaissance des complications dont la fréquence de survenue est jugée faible, la crainte d'effets indésirables de la vaccination et une méconnaissance du calendrier vaccinal.

Les objectifs en matière de promotion de la santé sont les suivants :

- lutter contre la perception de bénignité des maladies infectieuses notamment la rougeole, les oreillons et la rubéole,
- vaincre l'attentisme face à la vaccination en montrant l'intérêt de respecter le calendrier vaccinal,
- démontrer l'intérêt collectif de la vaccination.

Domaines stratégiques

Périnatalité et petite enfance
Risques sanitaires

Mesure 2.1 : Informer et sensibiliser la population

Objectifs généraux :

- favoriser une meilleure compréhension des enjeux de la protection vaccinale notamment par les parents
- convaincre de l'intérêt de se faire vacciner.



LES AXES STRATEGIQUES

Objectifs opérationnels :

- relayer les campagnes nationales et diffuser les supports de communication nationaux
- concevoir et diffuser des supports de communication adaptés au contexte local
- mener des actions de sensibilisation plus particulièrement auprès des parents de jeunes enfants

Acteurs :

ARS-OI, CIRE, organismes de protection sociale, Conseil général, structures d'accueil du jeune enfant, Rectorat, Université, Hôpitaux et centres de vaccinations, services de santé au travail et médecine de prévention des fonctions publiques, URPS et ordres professionnels (médecins généralistes et pédiatres, pharmaciens, sages-femmes), ASV et CCAS...

Mesure 2.2 : Informer et former les professionnels de santé

Objectifs généraux :

- actualiser les connaissances des professionnels sur les recommandations et le respect du calendrier vaccinal
- donner aux professionnels les moyens de faire adhérer la population à la vaccination, notamment pour la rougeole, les oreillons et la rubéole

Objectifs opérationnels :

- informer les médecins généralistes et pédiatres sur la situation vaccinale et épidémiologique locale
- sensibiliser les professionnels aux maladies infectieuses
- sensibiliser les professionnels aux recom-

- mandations et au calendrier vaccinal
- diffuser aux professionnels des supports d'information sur la vaccination

Acteurs :

ARS-OI, CIRE, organismes de protection sociale, Conseil général, Rectorat, Université, Hôpitaux et centres de vaccinations, URPS et ordres professionnels (médecins généralistes et pédiatres, pharmaciens, sages-femmes)...

Mesure 2.3 : Faciliter l'accès à la vaccination des populations vulnérables et les plus à risque de ne pas se faire vacciner

Objectif général :

- améliorer la couverture vaccinale des populations non vaccinées ou les plus à risque de ne pas de se faire vacciner

Objectifs opérationnels :

- mener des actions de proximité auprès des publics cibles
- mobiliser les acteurs en contact avec ces publics spécifiques

Acteurs :

ARS-OI, organismes de protection sociale, Conseil général, Santé scolaire et universitaire, Hôpitaux et centres de vaccinations, UCSA, URPS et ordres professionnels (médecins généralistes et pédiatres, pharmaciens, sages-femmes), professionnels du social, professionnels du médico-social...



Orientation 6

DÉVELOPPER LA PRÉVENTION AU BÉNÉFICE DES PATIENTS ET DE LEUR ENTOURAGE

— AXE 1

Renforcer l'autonomie des personnes atteintes de maladies chroniques

Contexte et enjeux

Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves et/ou de récidives.

Ces maladies comprennent :

- des maladies comme le diabète, l'asthme, l'insuffisance rénale chronique, le cancer, les maladies cardio-vasculaires...
- des maladies rares comme la mucoviscidose,
- des maladies transmissibles persistantes comme le Sida,
- des troubles mentaux de longue durée, la douleur chronique ou les conséquences de certains actes chirurgicaux.

LES AXES STRATEGIQUES

Les maladies chroniques constituent un problème majeur de santé publique à La Réunion. A titre d'exemple, on peut citer :

- le fort pourcentage de personnes diabétiques de type 2 traitées (7,8% contre 3,9% en métropole), ce qui place La Réunion en tête de toutes les régions de France,
- une part importante d'asthmatiques avec une prévalence chez les enfants plus élevée qu'en métropole,
- une forte croissance de l'insuffisance rénale chronique terminale,
- une surmortalité par cardiopathie ischémique supérieure à la moyenne nationale et un âge moyen de survenue des accidents vasculaires cérébraux nettement inférieur à la métropole.

Il s'agit donc de mettre en œuvre des mesures visant à aider les personnes atteintes de maladies chroniques à mieux connaître leur maladie pour mieux la gérer. A cet égard, l'éducation thérapeutique doit désormais s'inscrire dans le parcours de soins du patient avec comme objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. En effet, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. Une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient.

Domaine stratégique Maladies chroniques

Mesure 1.1 : Informer les personnes malades, leur entourage et les soignants

Objectif général :

- permettre à chacun de connaître les facteurs de risque et les complications de la maladie pour mieux les appréhender et prévenir leur survenue

Objectifs opérationnels :

- encourager la production et la diffusion d'information sur les maladies chroniques (diabète, maladies respiratoires, maladies neurologiques, maladies cardio-vasculaires...)
- faciliter la connaissance des filières de prise en charge
- faciliter la connaissance et l'accès aux droits et accompagner les personnes dans leurs démarches

Acteurs :

ARS-OI, organismes de protection sociale, Hôpitaux, établissements médico-sociaux, réseaux de santé, associations dont associations de patients, professionnels de santé et du social, mutuelles...

Articulation :

Programme Sophia

Mesure 1.2 : Développer l'éducation thérapeutique du patient

Objectif général :

- aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique

Objectifs opérationnels :

- soutenir la structuration de programmes d'éducation thérapeutique pour les maladies chroniques relevant des priorités régionales
- développer la formation des professionnels à l'éducation thérapeutique
- renforcer la complémentarité et le travail en réseau des professionnels
- faciliter l'implication des associations de patients

LES AXES STRATEGIQUES

Acteurs :

ARS-OI, CGSS, Hôpitaux, établissements médico-sociaux, réseaux de santé, associations de patients, professionnels de santé...

Articulation :

- Schéma d'organisation des soins (SOS-PRS)
- Programmes d'éducation thérapeutique du patient

— AXE 2

Préserver les capacités d'autonomie des personnes vieillissantes

Contexte et enjeux

L'île de La Réunion est confrontée au vieillissement de sa population et à l'accroissement des situations d'incapacité et de dépendance des personnes vieillissantes. En effet, en 30 ans, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans est passé de 22 000 à 71 000. En 2006, le nombre de personnes âgées était de 94 400 et devrait atteindre les 250 000 en 2030, soit le 1/4 de la population totale.

Le vieillissement a une incidence directe sur l'état de santé des personnes et leurs capacités d'autonomie ainsi que sur les coûts de santé. Il convient donc, compte tenu de l'évolution démographique de la population réunionnaise, de promouvoir des actions de prévention en faveur des personnes vieillissantes afin de préserver leur autonomie et prévenir les risques associés au vieillissement (chutes, dénutrition, maladie d'Alzheimer ...).

Les troubles nutritionnels sont fréquents chez les personnes âgées, et ceci d'autant plus que l'âge avance, que les personnes sont en institution et qu'elles sont atteintes de démence. Les troubles nutritionnels sont plus souvent une dénutrition qu'un excès pondéral, et ils sont liés à de multiples pathologies. La prévention des affections liées à l'âge par l'alimentation est un point majeur étudié en particulier pour la survenue des cancers.

Associer l'activité physique à un apport nutritionnel adapté est également fondamental pour prévenir les chutes et éviter la perte

d'autonomie. Il s'agit d'une forte préoccupation des personnes âgées à domicile, des associations les regroupant, ainsi que des établissements de santé et médico-sociaux. Pour les personnes âgées, les activités physiques préviennent la dépendance physique, les chutes et contribuent à une meilleure qualité de vie. Elles participent au recul du sentiment de diminution des capacités physiques. Elles constituent également un support privilégié en termes d'intégration sociale et de solidarité.

Domaine stratégique

Handicap et vieillissement

Mesure 2.1 : Prévenir les chutes des personnes âgées

Objectif général :

- favoriser l'adoption de stratégies de prévention des chutes chez les personnes âgées et diminuer le risque, la fréquence, la gravité et l'impact psychologique des chutes à domicile et en institution

Objectifs opérationnels :

- développer des ateliers de prévention des chutes et de maintien de l'équilibre
- aider les personnes âgées dans l'aménagement de leur habitat
- aider les personnes âgées dans l'utilisation de leur matériel orthopédique
- favoriser la pratique régulière d'une activité physique adaptée

Acteurs :

ARS-OI, DJSCS, Conseil général, communes, organismes de protection sociale, mutuelles, EPHAD, établissements de soins de suite, professionnels de santé (kinésithérapeutes, soignants), réseau gérontologique, associations de personnes âgées, CODERPA...

Articulation :

Schéma d'organisation médico-sociale (SOMS)



LES AXES STRATEGIQUES

Mesure 2.2 : Prévenir les problèmes de la nutrition

Objectifs généraux :

- donner aux personnes âgées, à domicile ou en institution, les moyens d'améliorer leur équilibre alimentaire et prévenir la survenue de maladies aiguës ou chroniques (cancers...)
- diminuer la prévalence de la dénutrition en particulier dans les établissements de santé et médico-sociaux

Objectifs opérationnels :

- informer la personne âgée et son entourage sur les recommandations en matière d'équilibre alimentaire et de pratique d'une activité physique quotidienne
- mettre en place des actions visant à maintenir le désir de bien se nourrir et le plaisir de bien manger
- sensibiliser les professionnels de santé au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées hébergées en EHPAD
- mettre à disposition des professionnels de santé des outils de repérage des troubles de la nutrition adaptés au contexte réunionnais
- promouvoir et améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées
- intervenir auprès des fournisseurs de repas à domicile et en institution

Acteurs :

ARS-OI, Conseil général, communes, organismes de protection sociale, EHPAD, professionnels de santé (médecins généralistes, gériatres, nutritionnistes, diététiciens, chirurgiens-dentistes...), réseau gérontologique, associations de personnes âgées, CODERPA, mutuelles, prestataires de service...

Articulation :

Schéma d'organisation médico-sociale (SOMS)

Mesure 2.3 : Préparer et faciliter le retour à domicile après une hospitalisation

Objectif général :

- améliorer l'accompagnement des personnes âgées en renforçant le partenariat entre les secteurs ambulatoire, hospitalier

et social pour éviter une aggravation de l'état de la personne et des ré-hospitalisations

Objectifs opérationnels :

- permettre aux services sociaux d'évaluer les besoins de la personne durant son hospitalisation
- informer les personnes âgées et leur entourage sur les dispositifs de maintien à domicile et les prises en charge existantes
- favoriser l'articulation Ville/Hôpital entre les professionnels libéraux et les établissements

Acteurs :

ARS-OI, Conseil général, organismes de protection sociale, établissements de santé, professionnels de santé libéraux, réseau gérontologique, prestataires de service (SSIAD), mutuelles...

Articulation :

- Schéma d'organisation des soins (SOS-PRS)
- Schéma d'organisation médico-sociale (SOMS)

— AXE 3

Maintenir la qualité de vie des personnes dépendantes ou atteintes de maladies chroniques

Contexte et enjeux

La perte d'autonomie correspond à la difficulté d'assumer seul la satisfaction des besoins élémentaires de la vie (manger, boire, se vêtir, se laver...), mais aussi d'entretenir sa maison, de gérer ses comptes, de faire ses courses ou de rencontrer d'autres humains. C'est l'ensemble de ces incapacités qui fait craindre la vieillesse, le handicap (dont le handicap psychique) ou la maladie chronique (ex : personnes vivant avec le VIH).

Le choix du maintien à domicile des personnes dépendantes reste la solution privilégiée par une grande majorité de la population mais nécessite une forte implication des familles et entourage. Cela est bien souvent synonyme de solitude pour ceux



LES AXES STRATEGIQUES

qui prennent en charge et accompagnent la personne atteinte. En France, plus de 70% des aidants passent plus de six heures par jour à prendre en charge le malade. Ce surcroît de charge domestique s'effectue alors qu'une partie des aidants exerce encore un travail. Les personnes touchées et leurs familles doivent faire face à de nombreuses difficultés, notamment lors des moments où la charge est particulièrement lourde : l'annonce du diagnostic, l'organisation de l'aide lorsque la prise en charge est stabilisée et la gestion des crises. Les aidants familiaux ont parfois l'impression d'être laissés seuls face à leurs difficultés, malgré les progrès accomplis dans l'accompagnement et l'augmentation du nombre de structures de répit. Il est donc nécessaire de les soutenir, de les accompagner et de valoriser leur rôle.

Si les problèmes de santé sont souvent la première cause de perte d'autonomie, les facteurs sociaux et environnementaux peuvent être aggravants ou au contraire peuvent atténuer, voire gommer, leur incidence sur la vie quotidienne. On constate que les personnes dépendantes ou atteintes d'une maladie chronique sont plus souvent confrontées à des problèmes de logement, de revenus, d'emploi et d'accès aux soins. Elles peuvent avoir des difficultés à s'insérer dans la société et souffrir d'isolement. L'aménagement du cadre de vie individuel et collectif apporte un bénéfice important.

Domaine stratégique
Handicap et vieillissement
Santé mentale
Maladies chroniques

Mesure 3.1 : Renforcer le soutien aux aidants familiaux

Objectifs généraux :

- soutenir et accompagner les aidants familiaux dans leur rôle et rompre leur isolement
- renforcer la bientraitance

Objectifs opérationnels :

- développer l'aide professionnelle à domicile et offrir des solutions de répit
- renforcer l'information des aidants familiaux sur leurs droits
- renforcer la formation des aidants fami-

liaux sur les comportements à adopter au quotidien pour limiter certains impacts de la maladie

- apporter un soutien psychologique aux aidants notamment par la mise en œuvre de groupes de parole

Acteurs :

ARS-OI, Conseil général, organismes de protection sociale, établissements de santé et EPHAD, professionnels de santé et du social, réseaux de santé, prestataires de service, associations, mutuelles, IREPS...

Articulation :

- Schéma d'organisation des soins (SOS-PRS)
- Schéma d'organisation médico-sociale (SOMS)

Mesure 3.2 : Favoriser le maintien à domicile

Objectif général :

- garantir le plus longtemps possible le libre choix entre domicile et hébergement en structure spécialisée pour les personnes dépendantes
- améliorer la prise en charge à domicile

Objectifs opérationnels :

- renforcer l'offre à domicile de services de soins et d'aide
- améliorer l'accessibilité au logement et son adaptation
- améliorer la coordination des professionnels qui interviennent autour de la personne dépendante et de son entourage

Acteurs :

ARS-OI, Services de l'Etat, Conseil général, organismes de protection sociale, professionnels de santé et du social, réseaux de santé, prestataires de service, associations...

Articulation :

- Schéma d'organisation des soins (SOS-PRS)
- Schéma d'organisation médico-sociale (SOMS)

LES AXES STRATEGIQUES

Mesure 3.3 : Faciliter l'insertion socio-professionnelle

Objectifs généraux :

- sensibiliser les acteurs de l'insertion sociale et professionnelle aux besoins spécifiques des personnes dépendantes ou atteintes de maladies chroniques
- inciter les personnes à la participation active dans la société et renforcer le lien social entre les générations et/ou les groupes
- lutter contre les discriminations

Objectifs opérationnels :

- informer les professionnels concernés sur les pathologies et difficultés inhérentes au vieillissement, au handicap et aux maladies chroniques
- encourager le développement d'actions d'insertion et d'adaptation du milieu de vie aux spécificités des personnes dépendantes ou atteintes de maladies chroniques
- faciliter l'accès à l'hébergement et au logement
- faciliter l'accès et le maintien dans l'emploi
- développer les services d'accompagnement

Acteurs :

ARS-OI, DJSCS, DIECCTE, Collectivités territoriales, organismes de protection sociale, mutuelles, services de santé au travail et médecine de prévention des fonctions publiques, professionnels concernés (santé, social, économique...) réseaux de santé, associations, structures médico-sociales, bailleurs sociaux...

Articulation :

- Schéma d'organisation des soins (SOS-PRS)
- Schéma d'organisation médico-sociale (SOMS)

Mesure 3.4 : Faciliter l'intégration en milieu préscolaire et scolaire

Objectif général :

- faciliter la scolarité des élèves atteints de maladies chroniques ou en situation de handicap

Objectifs opérationnels :

- développer des projets d'accompagnement individualisés
- développer des projets personnels de scolarisation
- promouvoir la formation des personnels accompagnants

Acteurs :

ARS-OI, Rectorat, MDPH, Collectivités territoriales, associations d'usagers...

Articulation :

- Schéma d'organisation médico-sociale (SOMS)
- Projet académique Santé-Social en faveur des élèves 2009-2012

— AXE 4

Renforcer la prévention des événements indésirables associés aux soins

Contexte et enjeux

Une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge.

L'infection associée aux soins (IAS) englobe tout événement infectieux en rapport plus ou moins proche avec un processus, une structure, une démarche de soins, dans un sens très large. L'IAS comprend l'infection nosocomiale, au sens de contractée dans un établissement de santé, et couvre également les soins délivrés en dehors des établissements de santé.

Les infections nosocomiales sont les complications les plus fréquentes de l'hospitalisation et, avec les actes invasifs et les médicaments, à l'origine des événements indésirables graves (EIG) associés aux soins les plus fréquents.

Les IAS concernent les patients, malades ou non, mais également les professionnels de santé et les visiteurs.

Au niveau national, la part des événements indésirables graves associés aux soins et observés dans les établissements de santé est de l'ordre de 6,2 EIG pour 1000 journées d'hospitalisation. De plus, 4,5% des

LES AXES STRATEGIQUES

séjours sont causés par un EIG dont 2,6% par un EIG évitable.

Lors de l'enquête nationale de prévalence de 2006, le taux global de prévalence des infections nosocomiales était de 5,38% et le taux de prévalence des infectés de 4,97%.

Il convient donc de prévenir la survenue ou l'extension des infections associées aux soins, dont les infections nosocomiales, dans l'ensemble des secteurs de soins (établissements de santé, établissements médico-sociaux et soins de ville). La démarche de prévention se situe dans l'ensemble du parcours de soins et de la vie en collectivité et s'inscrit dans l'organisation régionale du système de santé.

La prévention des infections nosocomiales est complexe car la plupart d'entre elles relèvent de plusieurs facteurs. S'il est difficile de maîtriser tous les facteurs liés à la situation médicale des patients dans l'état actuel des connaissances, la qualité des soins et la sécurité de l'environnement hospitalier doivent faire l'objet d'une vigilance renforcée et d'actions de prévention. La vigilance accrue autour de l'application de gestes simples d'efficacité démontrée, comme l'hygiène des mains entre chaque soin et le port de gants pour réaliser un geste invasif sont des éléments fondamentaux de la sécurité des soins.

Domaine stratégique **Risques sanitaires**

Mesure 4.1 : Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections associées aux soins

Objectif général :

- assurer une meilleure qualité des soins et une meilleure sécurité pour les patients dans les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et les soins de ville

Objectifs opérationnels :

- accompagner les établissements dans la mise en place d'une politique de prévention des infections associées aux soins
- adapter les actions de prévention aux spécificités locales et sectorielles

Acteurs :

ARS-OI, établissements de santé, établissements médico-sociaux, médecine libérale, URPS, CCLIN-ARLIN...

Articulation :

- Schéma d'organisation des soins (SOS-PRS)
- Schéma de prévention (SP) – volet veille, alerte et gestion des urgences sanitaires

Mesure 4.2 : Renforcer la prévention du risque infectieux soignants/soignés

Objectif général :

- améliorer l'éducation des personnels et garantir une meilleure sécurité des soins

Objectifs opérationnels :

- promouvoir la vaccination des personnels en contact avec les patients
- promouvoir les bonnes pratiques assurant la sécurité des patients auprès du personnel soignant

Acteurs :

ARS-OI, établissements de santé, établissements médico-sociaux, médecine libérale, URPS, CCLIN-ARLIN, services de santé au travail et médecine de prévention de la fonction publique hospitalière...

Mesure 4.3 : Développer l'information du public et des patients

Objectif général :

- améliorer la transparence sur l'existence et la gestion du risque infectieux

Objectifs opérationnels :

- faciliter l'accès des usagers à l'information sur les risques d'infections associées aux soins
- organiser des actions d'information et de formation des usagers sur les infections associées aux soins

Acteurs :

ARS-OI, établissements de santé, établissements médico-sociaux, médecine libérale, URPS, CCLIN-ARLIN, associations d'usagers et de patients... ■







Mayotte

1^{ERE} PARTIE – L'ETAT DES LIEUX ET ANALYSE

P 68 PRESENTATION GENERALE DE MAYOTTE

- 68 • Données géographiques et historiques
- 68 • Données démographiques
- 69 • Principales données de l'état de Santé

P 70 ETAT DES LIEUX

- 70 • Quelques éléments historiques de la prévention à Mayotte
- 71 • Les acteurs de la prévention à Mayotte
 - Les acteurs associatifs
 - Les professionnels en milieu libéral
 - Les acteurs institutionnels
- 74 • Les principaux déterminants influençant l'état de santé à Mayotte
 - Un environnement propice au développement des maladies
 - Un accès et une offre de soins insuffisants
 - Une protection sociale incomplète
 - Des facteurs sociodémographiques et socio-économiques très défavorables
 - Un cadre légal et réglementaire partiellement appliqué
 - Des facteurs socioculturels et individuels influents

P 77 ANALYSE ET SYNTHESE

- 77 • Forces
 - Des acteurs de la prévention reconnus sur le terrain et une population à l'écoute
 - L'existence de nombreux groupes communautaires structurés (associations environnementales, culturelles et traditionnelles)
 - Des leaders d'opinion bien identifiés
 - Une moitié environ de la population officielle de Mayotte scolarisée
 - Un système de recueil des données sanitaires renforcé
- 78 • Faiblesses
 - Pas ou peu de coordination entre les acteurs de la prévention
 - La quasi-absence de structures médico-sociales
 - Des associations spécialisées peu nombreuses et encore jeunes
 - La proportion importante de non-affiliés à Mayotte
 - La cohérence des politiques publiques
 - Pas ou peu d'évaluation des programmes de prévention actuels
- 79 • Conclusion

2^{EME} PARTIE – LES AXES STRATEGIQUES

P 80 DÉVELOPPER UNE POLITIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

80 • **Axe 1 Construire une politique régionale commune**

- Mesure 1.1 : Mobiliser les acteurs sur des stratégies communes
- Mesure 1.2 : Renforcer le partenariat entre les acteurs de prévention
- Mesure 1.3 : Développer une stratégie de communication partagée cohérente
- Mesure 1.4 : Développer la coopération internationale dans le domaine de la prévention

81 • **Axe 2 Améliorer les connaissances pour mieux agir**

- Mesure 2.1 : Structurer les connaissances et mettre en place dispositif d'observation pluridisciplinaire à Mayotte
- Mesure 2.2 : Mettre en place des études et des recherches
- Mesure 2.3 : Partager l'information et capitaliser les expériences

81 • **Axe 3 Structurer l'offre de prévention**

- Mesure 3.1 : Pérenniser et professionnaliser les associations spécialisées actuelles
- Mesure 3.2 : Promouvoir la création de nouvelles associations spécialisées
- Mesure 3.3 : Inciter à la mise en place de réseaux
- Mesure 3.4 : Promouvoir la création d'établissements médico-sociaux
- Mesure 3.5 : Renforcer la prévention dans les dispensaires et dans le secteur libéral

82 • **Axe 4 Favoriser et orchestrer le rattrapage réglementaire**

- Mesure 4.1 : Informer sur la réglementation en vigueur dans le domaine de la prévention
- Mesure 4.2 : Définir des objectifs en relation avec l'application de la réglementation

83 • **Axe 5 Améliorer les milieux de vie de la population**

- Mesure 5.1 : Améliorer l'environnement physique
- Mesure 5.2 : Améliorer l'environnement alimentaire
- Mesure 5.3 : Améliorer l'environnement en milieu professionnel

84 • **Axe 6 Limiter l'impact des facteurs socio-économiques**

- Mesure 6.1 : Renforcer le lien Santé/Social
- Mesure 6.2 : Informer en tenant compte des facteurs culturels et religieux influents
- Mesure 6.3 : Accompagner les parents dans leur rôle d'acteur de prévention
- Mesure 6.4 : Lutter contre le phénomène de stigmatisation
- Mesure 6.5 : Appliquer la réglementation en matière de lutte contre les addictions

85 • **Axe 7 Garantir un accès égal pour tous à un système de prévention**

Mesure 7.1 : Favoriser l'effectivité de l'accès aux droits

P 86 DÉVELOPPER UNE POLITIQUE D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

86 • **Axe 1 Renforcer les connaissances et compétences des personnes et organismes relais**

Mesure 1.1 : Renforcer les connaissances et compétences des professionnels de la prévention

Mesure 1.2 : Informer les leaders d'opinion, les instances religieuses locales, les associations locales

86 • **Axe 2 Mettre en place des programmes d'éducation pour la santé, sur le long terme**

Mesure 2.1 : Concevoir des programmes d'éducation pour la santé

Mesure 2.2 : Expérimenter les programmes à petite échelle (Projet pilote)

86 • **Axe 3 Renforcer la mobilisation communautaire**

Mesure 3.1 : Développer les actions de proximité dans les quartiers (appui des associations)

Mesure 3.2 : Favoriser les contrats locaux de santé

87 • **Axe 4 Renforcer le rôle de l'Education Nationale**

Mesure 4.1 : Appliquer la réglementation en matière de prévention dans les établissements scolaires

Mesure 4.2 : Développer l'acquisition des aptitudes individuelles à la prévention chez les scolaires

P 87 RENFORCER LA PRÉVENTION SÉLECTIVE DE CERTAINES MALADIES OU DE CERTAINS RISQUES

87 • **Axe 1 Renforcer le diagnostic et le dépistage précoce de certaines pathologies et certains risques**

Mesure 1.1 : Soutenir des actions destinées à améliorer le repérage et le dépistage des cancers

Mesure 1.2 : Soutenir des actions destinées à améliorer le repérage et le dépistage des IST

Mesure 1.3 : Initier et soutenir des actions destinées à améliorer le dépistage des problèmes liés à la nutrition chez les jeunes enfants

Mesure 1.4 : Initier et soutenir des actions destinées à améliorer le repérage et le dépistage du handicap (déficiences motrices, visuelles, santé mentale...)

Mesure 1.5 : Initier et soutenir des actions destinées à améliorer le repérage et le dépistage des maladies neurodégénératives chez les personnes âgées

87 • Axe 2 Promouvoir la politique de vaccination pour améliorer la couverture vaccinale

Mesure 2.1 : Renforcer les services effectuant les vaccinations

Mesure 2.2 : Mener des actions d'information et de sensibilisation auprès de la population

Mesure 2.3 : Augmenter la couverture vaccinale

Mesure 2.4 : Augmenter la couverture vaccinale de certaines IST

Mesure 2.5 : Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections associées aux soins dans les établissements de santé

P 88 DÉVELOPPER UNE PRÉVENTION AU BÉNÉFICE DES PATIENTS ET DE LEUR ENTOURAGE**88 • Axe 1 Renforcer l'autonomie des personnes atteintes de maladies chroniques**

Mesure 1.1 : Informer les personnes malades, leur entourage et les soignants sur la maladie

Mesure 1.2 : Renforcer le soutien et l'accompagnement des aidants familiaux

Mesure 1.3 : Développer l'éducation thérapeutique du patient

Mesure 1.4 : Renforcer et aider l'intégration en milieu scolaire des élèves atteints de maladies chroniques ou porteurs de handicap

Mesure 1.5 : Adapter l'habitat aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques

88 • Axe 2 Préserver les capacités d'autonomie des personnes vieillissantes

Mesure 2.1 : Renforcer le soutien et l'accompagnement des aidants à domicile

88 • Axe 3 Renforcer la politique de prévention des évènements indésirables associés aux soins

Mesure 3.1 : Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections associées aux soins dans les établissements de santé

L'ETAT DES LIEUX ET ANALYSE

1

PRESENTATION GENERALE DE MAYOTTE

— Données géographiques et historiques

D'une superficie de 374 km², Mayotte comprend deux îles principales, la Grande-Terre prenant la forme d'un hippocampe de 363 km², la Petite-Terre (11 km²), et une trentaine d'îlots, inhabités. L'ensemble submerge un vaste lagon corallien de 1 100 km².

Mayotte est située dans le Canal du Mozambique à l'Ouest de l'Océan Indien, elle est à 12° 4' de latitude Sud, et appartient géographiquement à l'archipel des Comores. Elle est encadrée au Nord par l'archipel de la fédération Islamique des Comores, au Sud par Madagascar, et au Nord Est par les Seychelles. Les îles Mascareignes, à savoir la Réunion, Maurice et Rodrigues, sont pour leurs parts situées à 1 500 km au Sud Est de Mayotte, au-delà de Madagascar. Mayotte n'est distante des côtes de l'Afrique de l'Est que de 300 km.

Mayotte est un territoire français depuis 1841. Le protectorat français s'étend sur les trois autres îles de l'archipel des Comores en 1886.

Fin 1974, la consultation des populations des Comores donne lieu à un décompte île par île. Mayotte refuse l'indépendance à 63.8 %. Début 1976, la population consultée à nouveau, veut rester française à une écrasante majorité. Peu après, un référendum statutaire lui apporte le statut de Collectivité territoriale à caractère départemental.

Le 27 janvier 2000, les principaux partis politiques de l'île signent « l'accord sur l'avenir de Mayotte ». Depuis le 13 juillet 2001, l'île dispose d'un nouveau statut : celui de collectivité départementale. Mayotte est devenue le 101^{ème} département français le 31 mars 2011 et la 5^{ème} région d'Outremer. Elle est dotée

d'un Conseil Général organisé sur la base de 17 communes auxquelles correspond un canton sauf pour Mamoudzou qui en regroupe trois.

— Données démographiques

Mayotte se distingue par un accroissement important de la population. Depuis 1978, la population a quadruplé pour atteindre 186 452 en 2007 (Insee), soit une densité moyenne de 511 habitants/km² avec des extrêmes de 2.182 habitants au km² en Petite-Terre.

L'accroissement naturel annuel était de 3,1 % pour la période 2002-2007. Ce taux élevé s'explique d'une part, par une natalité particulièrement importante (environ 5 enfants/femme) et d'autre part, par une forte pression migratoire en provenance des autres îles des Comores.

Évaluée, entre 1997 et 2002, à 55.000 personnes, la population étrangère à Mayotte avoisinerait aujourd'hui les 70.000 habitants soit 37.5 % de la population totale contre 34.2 % en 2002 (données INSEE).

La population est majoritairement jeune (53 % des personnes sont âgées de moins de 20 ans). Elle se concentre essentiellement sur le littoral Nord/Est (54 %) et, de plus en plus, dans les habitats très denses des villes. A la fois musulmane et africaine, la population mahoraise est profondément marquée par l'Islam (95 % de la population est musulmane) et par les croyances ancestrales austronésienne et bantou. La société s'organise sur un mode traditionnel. Cette société traditionnelle, en mutation rapide, est l'objet de changements sociaux fondamentaux : affaiblissement des structures familiales, rupture entre les modes de vie d'une génération à l'autre, urbanisation massive avec l'exode rural des

	Mayotte	Métropole
Moins de 20 ans	53 %	25 %
20 – 74 ans	46 %	67 %
+ de 75 ans	1 %	8 %
Espérance de vie des hommes	72 ans	77 ans
Espérance de vie des femmes	76 ans	84 ans

Mahorais et l'afflux urbain des immigrés en situation irrégulière.

— Principales données de l'état de Santé

Globalement, l'île est caractérisée par un faible taux de mortalité (3.1 ‰ en 2007) qui s'explique par l'extrême jeunesse de la population mahoraise et par l'amélioration des conditions de santé publique et du niveau de vie.

Même si l'on assiste à une baisse de la natalité, celle-ci reste encore forte, avec un indice synthétique de fécondité de 5.0 enfants par femme en 2007 contre 5.4 en 2005.

Sur le plan sanitaire, Mayotte reste un territoire fragile en raison de son emplacement géographique type « carrefour ». Des voyageurs en provenance du continent africain, des pays arabes (Pèlerinage à la Mecque) et des îles voisines des Comores l'exposent à des menaces sanitaires.

Des conditions environnementales et sociales préoccupantes (habitat insalubre, non accès à l'eau potable pour 25% de la population, absence de politique d'assainissement et de traitement des déchets...) maintient l'île à un niveau préoccupant de pathologies vectorielles et d'hygiène importants.

Par ailleurs, l'évolution des modes de consommation fait apparaître une modification des comportements notamment alimentaires préjudiciables à la santé. Cette situation tient à deux facteurs : une politique de production agricole locale très insuffisante malgré une demande croissante et, de manière corollaire, une importation massive de produits alimentaires pas toujours favorables à

la santé. Ainsi, Mayotte est un territoire atypique avec à la fois une forte prévalence des maladies infectieuses et l'apparition de maladies plus occidentales (diabète, HTA, cancer).

La méconnaissance de l'état de santé de la population est un constat qui reste d'actualité. Elle est due à la mise en place tardive d'un système organisé de recueil d'informations et l'absence d'un Observatoire Régional de Santé (ORS). Globalement, l'état de santé de la population est caractérisé par :

> Une situation préoccupante des maladies infectieuses transmissibles

- pathologies vectorielles : paludisme, chikungunya, fièvre de la vallée du Rift
- IST/ SIDA (encore peu de personnes ayant recours au dépistage),
- tuberculose, lèpre,
- leptospirose, fièvre typhoïde,
- épidémies « saisonnières » : bronchiolites...

> Un enjeu majeur que constitue la santé de la mère et surtout de l'enfant

- ...avec une situation préoccupante des maladies liées à la nutrition
- malnutrition des enfants (béri-béri en 2004, marasme en 2008),
- accidents domestiques (brûlures),
- affections bucco-dentaires des enfants,
- retard vaccinal des enfants.

> Le développement des maladies chroniques

- diabète (10% selon l'étude MAYDIA 2008),
- insuffisance rénale,
- hypertension artérielle, obésité,
- cancers.

> Un recours aux substances psychoactives par les jeunes, en particulier l'alcool et le cannabis.



L'histoire de la prévention à Mayotte puise ses origines dans l'histoire même de l'île, dont la partie sanitaire est en définitive récente si on la compare à celle de la métropole, ou de La Réunion. C'est de cette histoire, et des particularismes de l'île, qu'ont émergé au fil des statuts de l'île de Mayotte, les acteurs issus de la société civile et institutionnelle de la prévention.

Cette partie se propose de faire l'état des lieux et le bilan des actions de prévention.

— Quelques éléments historiques de la prévention à Mayotte

L'histoire sanitaire occidentale de Mayotte est relativement récente et débute officiellement en 1841 (date de la cession de l'île à la France), mais ne devient effective qu'en 1843, lors de la prise de possession de Mayotte. Cette présence sanitaire est alors limitée à un chirurgien de Marine localisé à Dzaoudzi dans l'enceinte d'un hôpital construit à partir de 1848. Une épidémie de variole se produit en 1898 (2300 décès environ) et des tournées de vaccination contre cette affection débutent à partir de 1905. Des évaluations sur l'importance des grandes endémies sont également réalisées la même année (Blin, 1905). En 1941, un poste médical est créé à Mamoudzou (60 lits) et l'hôpital sera officiellement créé en 1950.

C'est dans ce contexte que l'île de Mayotte, partie du Territoire des Comores de 1946 à 1975, va mettre en place ses premières grandes campagnes de prévention :

- distributions mensuelles de quinine dans les écoles en 1950,
- pulvérisations intra domiciliaires à partir de 1954,
- création en 1970 du service de Santé de base et des grandes endémies (SSBGE),
- campagne de vaccination de masse par le BCG en 1970, associée les années suivantes à une vaccination antitétanique puis anti rougeoleuse suite à une épidémie en 1971,
- premières études entomologiques approfondies sur les vecteurs du paludisme et de la filariose lymphatique (Subra, 1974)

En 1976, Mayotte devient Collectivité Territoriale. L'île comprend 2 hôpitaux et 12 dispensaires, et est répartie en 6 secteurs dirigés par un médecin. Ces derniers doivent permettre de décentraliser les soins et de favoriser la mobilité des équipes dans le sens d'une action préventive et éducative. Chacun est chargé de l'exécution des programmes de lutte anti vectorielle, de la chimioprophylaxie de masse, de l'hygiène du milieu et de l'éducation sanitaire, de la PMI, des vaccinations, de la médecine scolaire, du dépistage et du traitement des grandes endémies et des soins courants au poste médical. Tous ces secteurs dépendent dorénavant d'une direction des Affaires Sanitaires et sociales. Au fil des années, l'hôpital de Mamoudzou s'étoffera jusqu'à atteindre le plateau technique actuel et prendre le nom de Centre Hospitalier de Mayotte (CHM).

L'éducation à la santé débute réellement en 1976-1977, où il est décidé d'investir la population pour mieux expliquer et persuader sur la nécessité de changement de comportement afin d'améliorer la santé de l'île. La démarche consiste alors en un dialogue direct avec la population, l'admission des matrones accoucheuses à l'hôpital comme aide sage femme mais aussi et surtout la politique de formation des jeunes collégiens incités aux métiers de la santé aboutissant à l'ouverture de l'école d'infirmiers de Mayotte.

Le programme de développement de la planification familiale, même si il se heurte d'emblée à un obstacle majeur (l'un des principes fondamentaux de l'Islam est que toute limitation imposée des naissances est contraire à la volonté divine), permet de sensibiliser les familles et de faire baisser à la fois le taux de natalité et la fécondité générale.

Dans les années 80-90 se développe la prévention communautaire. Des professionnels de santé, bénévoles (association APROSASOMA) ou issus d'institutions (Direction de l'enseignement, centre de formation paramédical...etc..) relayent sur le terrain des messages sur la contraception, les IST, la vaccination, la nutrition ou les maladies vectorielles aux groupes communautaires qui en font la demande (associations villageoises, écoles...) et luttent contre l'illettrisme. Des films, des diaporamas ou

des pièces de théâtre font alors office de vecteurs à des messages essentiellement oraux. Au milieu des années 1990 (1992 et 1997), l'APREDEMA (association pour la prévention de la délinquance) et le COTES (comité territorial d'éducation pour la santé) sont créées à l'initiative des agents de la DASS et du CHM soucieux des risques sanitaires qu'ils rencontraient. Les premiers projets de prévention se formalisent avec le COTES. A la même époque (de 1992 à 2000), pour faire face au manque de personnel médical et aux déséquilibres socio-économiques dans une société traditionnelle, les médecins mettent en place le premier programme d'animateurs sanitaires de quartiers de la DASS. Ce programme sera renforcé en 2001 par la création d'un comité de pilotage de prévention et de promotion de la santé.

La législation en matière de santé s'étoffe et plusieurs ordonnances vont permettre la modernisation de la santé à Mayotte notamment :

- l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte,
- l'ordonnance du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte ayant permis la mise en place de la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM), assurant ainsi les remboursements des frais de soins.

Cette dernière ordonnance marque une étape importante vers le droit commun, en précisant notamment que le CHM participe à des actions de santé publique, en particulier les actions de prévention et d'éducation à la santé. Le 1er janvier 2004, les dispensaires de Mayotte, jusque là en gestion par la DASS Etat, sont rattachés au CHM (soit une vingtaine de sites et près de 400 agents dont 50 médecins). Dès lors, la planification sanitaire arrêtée depuis plusieurs années devient effective avec la création de 4 sites intercommunaux, hôpitaux dits de «référence», maillant ainsi avec les dispensaires de proximité la «carte sanitaire» de l'île.

La partition entre l'Etat et la Collectivité

Départementale de Mayotte (CDM) en matière sanitaire et sociale aboutit à la création d'une Direction de la Solidarité et du Développement Social et du transfert du personnel associé. Ainsi, la CDM se voit attribuer la responsabilité de quelques directions dont la DSPMI dans laquelle se trouve un service d'éducation pour la santé. Ce dernier comprend des éducateurs de santé (information, éducation et communication en matière de santé réalisées dans les salles d'attentes des consultations de PMI, dans les établissements scolaires et dans les villages) et des agents sanitaires de proximité (lien entre la population et les professionnels de santé, essentiellement à domicile).

— Les acteurs de la prévention à Mayotte

Le champ des acteurs de la prévention reste assez limité à Mayotte, même s'il faut noter une évolution ces dernières années grâce à la mise en place de réseaux et à la montée progressive du nombre de professionnels de santé libéraux sur l'île. On peut identifier 3 catégories :

- les acteurs associatifs,
- les professionnels en milieu libéral,
- les acteurs institutionnels.

Les acteurs associatifs

Première association spécialisée en éducation pour la santé à Mayotte, l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (anciennement Comité Territoriale d'Education pour la Santé ou COTES) conduit des actions auprès de la population depuis sa création à la fin des années 80, d'abord en tant que pôle de l'association pour la promotion sanitaire et sociale de Mayotte (APROSASOMA), puis en tant qu'association autonome à partir de 1997. Avec comme objectif de favoriser l'accès à la prévention et aux soins, l'association a toujours développé des actions de proximité en tenant compte des spécificités locales. Elle a ainsi été une structure opérationnelle pour tous les acteurs locaux dans le cadre notamment des campagnes de sensibilisation et d'éducation pour la santé.



L'organisation actuelle de la politique de promotion de la santé conduit l'ARS-OI à orienter la structure dans des missions classiques des IREPS, à savoir constituer :

- un Pôle de développement de projets en promotion de la santé (conseil, formation, méthodologie en éducation pour la santé, mobilisation sociale), en appui des autres associations;
- un Pôle de référence documentaire départemental.

L'IREPS intervient également dans des actions de prévention dont le champ n'est pas encore couvert par une structure spécialisée : addictologie, nutrition, brûlures, risques sexuels... Son positionnement central et son rôle de relais local de l'INPES sont fondamentaux en matière de prévention.

D'autres associations spécialisées dans la prévention, l'éducation pour la santé ou le dépistage existent à Mayotte. Elles sont récentes et leur nombre reste faible. On peut notamment citer REDECA (dépistage du cancer), REPEMA (réseau périnatalité), REVIST 976 (réseau IST/VIH/SIDA) et RE-DIABYLANG (réseau diabète). Ces réseaux ont pour la plupart été créés en 2009 sous l'impulsion de l'ARS-OI qui les finance presque exclusivement.

Outre ces réseaux, d'autres associations « historiques » à but sanitaire sont toujours présentes à Mayotte : Narike M'sada (VIH/SIDA), le Club des jeunes diabétiques (AJD) créé en 2005 et une antenne de l'UFSBD (santé bucco-dentaire) créée en 2009. Il faut également noter l'existence d'associations ou d'ONG dont l'action s'inscrit également dans la prévention : La Croix-Rouge, Médecins du Monde, Solidarité Mayotte...

Les associations environnementales sont présentes dans pratiquement tous les villages de Mayotte. Dynamiques, financées en partie par les communes, elles développent des actions dans le domaine de la promotion de la santé ou de l'éducation en lien avec l'environnement. Elles constituent aussi un appui à l'application de la politique environnementale et sont opérateurs dans l'alerte, dans la promotion du tri sélectif dans la mise en place de la mobilisation sociale ou d'actions visant à nettoyer ou à

assainir l'espace public dans les villages... Elles se sont récemment regroupées au sein de la Fédération Mahoraise des Associations Environnementales (FMAE).

Les professionnels en milieu libéral

En matière de prévention, les professionnels libéraux interviennent auprès de la population. Ils interviennent dans différents champs tels que la santé, le social, l'éducation, l'environnement, l'animation.

La démographie des professionnels de santé libéraux est en faible croissance sur le département.

Néanmoins, de par leur proximité avec les populations, ils ont un rôle prépondérant notamment en matière d'information, de repérage et de dépistage. A titre d'exemple, on peut citer sur Mayotte le réseau de médecins sentinelle (médecins libéraux et issus des dispensaires) dont l'un des objectifs est de documenter des épidémies de gastro-entérites ainsi que de détecter rapidement la circulation d'un arbovirus sur l'île.

Les acteurs institutionnels

Différents acteurs institutionnels contribuent aux côtés de l'ARS-OI à définir et mettre en œuvre des politiques de promotion de la santé chacun dans leur champ de compétence et à leur échelon territorial d'intervention.

Au niveau de l'Etat, on peut citer des services déconcentrés qui participent également à la promotion de la santé : la direction de la jeunesse, du sport et de la cohésion sociale (DJSCS), la direction de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DEAL), la direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DAAF), la direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIECCTE).

Le Vice-rectorat de Mayotte assure la mission du service de la promotion de la santé en faveur des élèves qui a pour objectif de veiller au bien être des élèves, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective. Le service de la promotion de la santé en faveur des élèves voit

le jour en 1981 à l'occasion de la création d'un poste d'infirmière d'Etat, initialement pour les collèges de Mamoudzou et Dzaoudzi, du fait de la présence d'internats dans ces établissements. Ses activités consistaient dans un premier temps à quelques soins curatifs de base, la remise à jour de l'état vaccinal des scolaires et de l'information sur la contraception, la filariose...

Ce service aujourd'hui n'est effectif que dans le second degré, le personnel constate une demande de soins très importante de la part des collégiens et lycéens. Les pathologies observées ont un lien direct avec les conditions de vie souvent précaires des élèves (malnutrition, parasitoses diverses, abcès, teigne, gale...).

L'ordonnance n°2007-1801 du 21 décembre 2007 relative à l'adaptation à Mayotte de diverses dispositions législatives prévoit la recentralisation des actions de prévention santé à l'Etat, comme en Métropole. Concernant les domaines de la prise en charge des IST, tuberculose, lèpre, vaccination, cette politique de recentralisation rendue effective à Mayotte en 2008, a été confiée au CHM dans le cadre de sa mission en santé publique particulièrement développée à Mayotte. Ainsi, une convention signée entre la DASS (à l'époque) et le CHM permet à ce dernier de développer des actions auprès de la population. Cette démarche consiste à allier soins, prévention et éducation pour la santé, avec une orientation de l'activité des dispensaires dans cet objectif. Depuis 2009 et sur financement de l'Agence de Santé, le CHM accueille également le centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ainsi qu'une consultation en addictologie. Suite à l'identification de cas humains de fièvre de la vallée de Rift à Mayotte en 2007-2008, une surveillance de cette maladie a été mise en place en juillet 2008, couplée à une surveillance de la dengue, du chikungunya, du West Nile et de la leptospirose. Cette « veille sérologique » est assurée par le laboratoire de biologie du CHM, à partir des prélèvements effectués par les médecins des dispensaires et du réseau sentinelle.

Le Conseil Général (Direction de la Solidarité et du Développement Social – DSDS) dispose de moyens humains ayant une par-

faite connaissance du terrain, qu'il s'agisse des éducateurs à la santé (une vingtaine) ou les agents sanitaires (une trentaine) qui mènent des actions de proximité auprès de la population (planification familiale, PMI, vaccination...). Le Conseil Général, dans le cadre d'une politique volontariste, met également à disposition des communes des techniciens spécialisés en santé environnementale qui contribuent à l'amélioration du cadre de vie de la population.

Du côté des communes, des chefs de projet sont mis à leur disposition dans le cadre du dispositif du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS) de la Politique de la Ville. L'un de leurs axes d'intervention concerne la promotion pour la santé dans les quartiers. L'Etat peut donc contractualiser avec les communes pour la mise en place d'ateliers Santé-Ville au bénéfice de la population, ou prochainement à travers des contrats locaux de Santé.

L'ordonnance n° 96-0422 du 20 décembre 1996 a attribué à la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM) une mission de prévention des risques professionnels (PRP). La concrétisation de cette activité s'est réalisée en avril 1998 par la création du service PRP et la mise en place de sa commission paritaire. Ce service a pour mission de développer et de coordonner la prévention des accidents du travail (AT) et des maladies professionnelles (MP) dans les entreprises. Il aide les entreprises et les branches professionnelles à évaluer leurs risques et les conseille sur les actions à mettre en œuvre. Une évolution réglementaire par l'ordonnance n°2006-1588 du 13 décembre 2006 relative au régime de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles, rapproche Mayotte du modèle national de gestion de ce risque.

En qualité d'assureur social du risque professionnel avec une priorité donnée à la prévention, la mission globale de gestion de ce risque par la CSSM est de contribuer à la solidité globale du système d'assurance du risque AT/MP. Son service PRP agit dans et vers les entreprises, pour les rendre autonomes dans leurs actions de maîtrise du risque, et contribuer ainsi à réduire la sinistralité immédiate et différée.

La CSSM développe également depuis quelques années des programmes de prévention « Santé », seul ou en partenariat avec l'Agence de Santé Océan Indien ou le Centre hospitalier de Mayotte : prévention des abcès, hygiène bucco-dentaire, prévention des accidents domestiques (brûlures), prévention de l'alcoolisme et des IST...

En ce qui concerne la Santé au travail, Un comité de prévention a été récemment constitué. Piloté par la DIECCTE, Il regroupe le service PRP de la CSSM, le médecin inspecteur du travail Réunion-Mayotte et la MEDETRAM. Ce comité coordonne les actions de prévention, contrôle les structures et contribue ainsi à la prévention des risques professionnels. La mise en place des différents services de la médecine du travail sont récents : MEDETRAM en 2001, médecine de prévention du CHM en 2007 et celle de l'Etat en 2011.

Le recours à la médecine du travail reste cependant limité :

- Code du travail mahorais moins favorable que le code métropolitain,
- Obligation d'adhésion à MEDETRAM pas toujours respectée par les employeurs,
- Interrogation sur l'intérêt de la visite médicale chez certains employeurs et salariés,
- Faiblesse des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail (Code de la sécurité sociale).

— Les principaux déterminants influençant l'état de santé à Mayotte

Tous les déterminants de santé à Mayotte, qu'il s'agisse des facteurs endogènes, environnementaux, ou liés aux modes de vie et au système de santé, impactent fortement l'état de santé à Mayotte. Cependant certains ont une influence plus forte que d'autres, ou sont particulièrement spécifiques à l'île pour mériter d'être développés dans cette partie.

Un environnement propice au développement des maladies

Le déterminant de santé apparaissant comme étant un des plus importants à Ma-

yotte est l'environnement physique compte tenu de trois causes principales :

- un milieu tropical chaud et humide, propice à la prolifération des vecteurs (insectes notamment) et à la multiplication des agents infectieux,
- de nouveaux modes de consommation et de vie, entraînant des répercussions sur la production de déchets ou sur l'utilisation des milieux aquatiques,
- une démographie galopante qui crée une pression sur le foncier et augmente considérablement les rejets, la pollution et la promiscuité.

Des retards considérables ont été pris en matière d'équipements de desserte en eau, d'assainissement, de voiries, de collecte et d'élimination des déchets, et de nombreux quartiers d'habitat informel se « bidonvillisent ». Les maladies infectieuses comme la leptospirose, les arboviroses, la typhoïde ou hépatite A touchent en priorité les habitants de ces zones. La propagation de ces maladies sous forme de bouffées épidémiques est un risque de chaque instant.

Un accès et une offre de soins insuffisants

Une offre de soins insuffisante face à une démographie galopante est un facteur qui, parmi d'autres, impacte défavorablement la santé de la population mahoraise.

Le secteur sanitaire de l'île comprend un hôpital central installé à Mamoudzou, dont le plateau technique est comparable à celui d'un département de moyenne importance, 4 centres de référence assurant les accouchements physiologiques, l'urgence de proximité et la dispensation des médicaments tout en laissant actifs 12 dispensaires chargés de l'accueil en ambulatoire. Le secteur libéral comprend 215 professionnels de santé répartis comme suit : 26 médecins généralistes, 9 médecins spécialistes, 7 sages-femmes, 16 pharmaciens, 101 infirmiers, 31 masseurs-kinésithérapeutes, 4 psychologues, 4 orthophonistes, 10 chirurgiens dentistes et 4 opticiens (août 2011). De manière générale :

- la faible démographie en professionnels de santé pour les soins y compris les soins de premiers recours est flagrante. A fortiori, peu de temps est consacré par ces acteurs à des actions de prévention, de dépistage, de suivi et de protection de la population,

- La médecine de proximité est embryonnaire et peu développée,
- On note une insuffisance du dépistage et de la prévention en matière de santé. Il faut citer pour exemple le suivi des femmes enceintes qui ne peut être assuré de manière exhaustive par les services de PMI ne comprenant que 7 médecins seulement pour près de 8500 naissances par an, ou encore l'absence de dépistage en matière de prévention du handicap,
- Certains services de soins spécialisés essentiels comme la dialyse sont absents du département.

Il faut enfin signaler que les transports sanitaires ne sont pas encore en place à Mayotte.

Une protection sociale incomplète

Seuls deux des huit minima sociaux sont actuellement applicables à Mayotte, ceux pour les adultes handicapés et les personnes âgées, mais à un niveau inférieur à celui de la métropole et des DOM.

Il faut noter à Mayotte l'absence de CMU, de CMU-C, d'Aide Médicale de l'Etat et de l'application du ticket modérateur dans le secteur libéral. Les prestations sociales sont globalement trois fois inférieures au niveau métropolitain, et il n'existe pas de régime d'invalidité, ni de retraite complémentaire. Le niveau des prestations non encore étendues (revenu minimum d'insertion, allocation de parent isolé et allocation de solidarité spécifique) se situera à compter de leur mise en place, en 2012, à environ le quart de ce qu'elles représentent en métropole ou dans les DOM. La montée en charge de ces prestations sera ensuite progressive sur une période de 20 à 25 ans.

Des facteurs sociodémographiques et socio-économiques très défavorables

Ces facteurs interviennent à 3 niveaux : la précarité, la démographie et la pression migratoire, qui sont des déterminants majeurs pour la mise en place d'une politique de prévention.

Mayotte a une population particulièrement pauvre : 1 habitant sur 5 gagne moins de 100 euros par mois, le revenu moyen annuel est de 4 480 € pour les Français de Mayotte et de 2 280 € pour les étrangers vivant à Mayotte. Le niveau de préca-

rité constitue indéniablement à Mayotte un frein au recours à la prévention, qui n'est pas perçue comme une notion prioritaire par rapport aux besoins fondamentaux que sont l'alimentation, le logement ou le soin curatif.

L'accroissement naturel annuel de la population mahoraise s'établissait à 3,1 % pour la période 2002-2007. Cette population en constante augmentation diminue d'autant la capacité des services de soins et de prévention à assumer leur rôle en matière de prévention.

Les chiffres officiels de l'immigration clandestine font état de 50 000 personnes en situation irrégulière (sur un total probable de 220 000 personnes) et dépourvues de tout système de protection sociale. A noter que d'autres indicateurs tendraient à démontrer que le nombre de personnes en situation irrégulière pourrait être beaucoup plus élevé que celui-là. C'est donc une partie importante de la population de Mayotte qui :

1. qui n'a que peu d'accès aux structures sanitaires et à la prévention en matière de santé, du fait d'une limitation volontaire des déplacements,
2. qui peut à tout moment être reconduite à la frontière. Parmi cette population, des personnes seront alors amenés à interrompre des traitements curatifs ou préventifs, ce qui dans certains cas, constituera un risque supplémentaire de propagation de maladies infectieuses.

Un cadre légal et réglementaire partiellement appliqué

L'application progressive du droit commun est en cours à Mayotte, telle que le prévoit la loi organique du 21 février 2007 (et le projet de loi ordinaire le complétant) portant dispositions statutaires et institutionnelles pour l'Outre-mer. Mais du fait de l'accession de Mayotte à différents statuts ces dernières années (Collectivité territoriale puis Collectivité Départementale et enfin département d'outre-mer), il n'est pas toujours aisé de savoir quel droit s'applique. Il faut aussi noter dans les administrations et institutions mahoraises, la faiblesse des effectifs chargés du contrôle de l'application de la réglementation pour certains aspects



touchant la prévention au sens large. Ainsi, les quelques exemples cités ci-dessous constituent une réalité de chaque instant :

- la plupart des bars et restaurants de Mayotte n'appliquent pas la Loi Evin, cette dernière définissant des zones fumeurs et non-fumeurs dans les établissements fréquentés par le public,
- la vente d'alcool aux mineurs est une pratique courante,
- les conditions de conservation et de délivrance des denrées alimentaires, dans les écoles comme dans certains commerces de rue, sont non conformes aux normes sanitaires et source potentielle de toxoinfections (non respect des dates de péremption et des températures de conservation notamment)
- les règles élémentaires d'urbanisme et de non-construction dans les zones à risques naturels (inondations, glissements de terrain...) ou concernées par la Loi Littoral (front de mer) ne sont pas appliquées,
- les blocs sanitaires de nombreuses écoles du département ne sont pas aux normes,
- les effectifs du service de la santé des élèves ou de la PMI sont très insuffisants au regard des missions et des obligations qui leur incombent...
- etc...

Des facteurs socioculturels et individuels influents

Traditions, croyances et Islam sont très présents à Mayotte. Si l'Islam s'accommode assez bien de la médecine occidentale, certaines pratiques traditionnelles d'origine bantoues ou austronésiennes sont parfois des facteurs positifs (en tant que recours à un soin en l'absence de structure sanitaire par exemple), parfois des obstacles. Dans ce dernier cas, elles sont toujours difficiles à lever. Quelques exemples :

L'attribution de la maladie à des facteurs externes à l'individu : « j'ai mal car je suis ensorcelé », sous-entend « aller à l'hôpital ne servirait à rien ». L'individu ne s'attribue ainsi pas un contrôle sur la maladie, et donc est moins susceptible de mettre en place un comportement préventif ou curatif. Cependant ceci peut constituer un facteur favorable dans l'acceptation de la maladie notamment,

- Le fatalisme de manière générale et

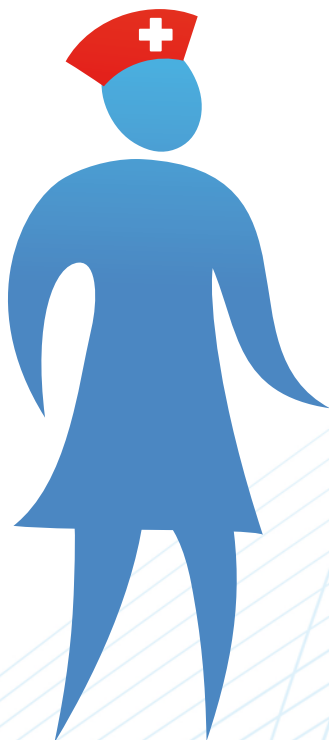
l'acceptation de la mort, de la maladie ou de la douleur : « tout est écrit », d'où des traitements qui ne sont pas perçus comme nécessaires, particulièrement en phase terminale (peu de projection dans l'avenir). La famille ne demande que très rarement les causes de la mort d'un parent, ce qui peut constituer un frein au dépistage de maladies héréditaires,

- Une définition particulière de la santé : « la santé, c'est l'indépendance, c'est pouvoir marcher », donc difficulté de faire respecter des régimes ou l'observance d'un traitement, ou de convaincre le patient de rester hospitalisé en observation pour permettre un bon suivi, Et ce d'autant plus lorsque la maladie est chronique et qu'elle ne pourra pas être soignée par des traitements,
- Le refus des corps étrangers : les PACs (pompes à accès central), ou encore le stérilet sont perçus comme indésirables..., le refus de la césarienne : « la vraie femme, c'est celle qui accouche par les voies naturelles » qui constituent des croyances partagées par la communauté.

Il faut également citer comme frein à la prévention, des aspects touchant à la sphère de la connaissance ou de l'information :

- une méconnaissance, de manière générale, du système de santé à Mayotte et des droits en matière d'accès et d'offre de soins curatifs ou préventifs,
- une faible connaissance, du fait d'un accès limité à l'école, de notions en biologie, en anatomie, en physiologie...
- un manque d'information sur la notion d'équilibre alimentaire (en matière d'alimentation à Mayotte, c'est la notion du goût qui prédomine). Dès lors, et compte tenu de changements d'habitudes alimentaires apportées par la société occidentale, le terrain est favorable au développement du diabète, de l'obésité ou de l'hypertension,
- l'absence de témoignage des malades eux-mêmes, qui entretient de fait une ignorance des maladies, des moyens de les éviter ou de les soigner (cancers, IST...).

Parmi les facteurs socioculturels, il faut citer l'influence croissante du système occidental :



- Au sein de la famille

La langue française est principalement maîtrisée par la population jeune scolarisée et moins par certains parents qui parlent davantage le shimaore, shibushi entre autres, ce qui peut induire une déstructuration de la cellule familiale traditionnelle du fait que c'est l'enfant/le jeune qui détient et donne l'information à ses parents,

De même, il y a une incompréhension du système judiciaire métropolitain mis en place (ex : la notion « les enfants du juge »), ce qui entraîne parfois une crainte d'action de la part des parents pouvant être perçue comme une démission.

- Chez les jeunes

Les enfants et les jeunes ont besoin de repères pour avoir une croissance favorable à la santé (que ce soit au niveau physique, mental ou social), et deux modèles parfois contradictoires se côtoient actuellement : les repères traditionnels (ex : la religion, la structure familiale, les valeurs et rôles de chacun) et les repères occidentaux (ex : la liberté individuelle, les nouvelles habitudes alimentaires, la consommation de biens et d'images, le recours à des substances psycho actives, etc). Les médias jouent également un rôle important dans la diffusion de

ces nouveaux repères.

- Au sein de la communauté

En réponse à des problématiques, on instaure des structures calquées sur le modèle occidental, mais dans lesquelles la communauté ne se reconnaît pas, ou qui ne correspond pas à ses modes de vie ou d'existence. Dès lors, ces structures sont sous-utilisées, voire rejetées.

Comme influence culturelle forte, on peut citer la perception du bien commun à travers la notion du « cirikali », qu'on peut traduire par « les pouvoirs publics », mais associée à d'autres notions touchant à la gratuité : « ce qui est public m'appartient également, j'y ai droit », ce qui entraîne notamment une déresponsabilisation individuelle vis-à-vis des services assurés par l'Etat.

Enfin, au-delà du groupe, d'autres facteurs individuels impactent également l'état de santé des individus, notamment :

- Vulnérabilité individuelle perçue,
- Responsabilité individuelle perçue,
- Facteurs psychologiques individuels :
ex – estime de soi, capacité à dire non, peur du dépistage, ...

Cette partie se propose de détailler les forces et les faiblesses de la prévention à Mayotte. Ces éléments sont issus des groupes de travail et donc des acteurs de la prévention ayant participé aux travaux d'élaboration de ce schéma.

— Forces

L'île peut se prévaloir de posséder quelques atouts qui constituent -ou constitueront - des leviers et des appuis pour mener ou poursuivre les actions futures de prévention.

Des acteurs de la prévention reconnus sur le terrain et une population à l'écoute

Les médiateurs les éducateurs de santé, les agents sanitaires de proximité ou les techniciens spécialisés en santé environnementale du Conseil Général, de l'IREPS ou de l'ARS-OI bénéficient sur le terrain

d'une bonne image, suite aux différentes campagnes de prophylaxie de masse des années 80 (filariose, paludisme), ou des séances d'éducation sanitaire au village (IST/VIH, environnement, nutrition, contraception...) ou de l'aide à domicile.

Les acteurs de la prévention s'accordent à dire que la population est plutôt réceptive aux messages de prévention, pour peu qu'ils soient bien expliqués et transmis par les bons vecteurs.

L'existence de nombreux groupes communautaires structurés (associations environnementales, culturelles et traditionnelles)

Le tissu associatif local est particulièrement présent et dynamique à Mayotte. Chaque village possède au moins une association culturelle, environnementale ou sportive et plusieurs associations féminines (« Shicao »).



Ces groupes communautaires identifiés et structurés peuvent constituer un point à partir duquel les associations spécialisées en éducation à la santé peuvent délivrer des messages sanitaires et initier des démarches de mobilisation sociale. A titre d'exemple, pour Mayotte, il a été essentiel d'appréhender au travers de la crise sanitaire telle que l'épidémie du chikungunya, la potentialisation qu'apportent les relais communautaires aux efforts des professionnels.

Des leaders d'opinion bien identifiés

L'un des particularismes de ce département est de pouvoir encore identifier aujourd'hui, dans chaque village, des leaders d'opinion de tout horizon. Ces leaders n'appartiennent pas forcément à la sphère politique. Certains se rencontrent dans la société religieuse, comme les foundis et les imams, et servent souvent de « caisse de résonance » lors de grandes campagnes de prévention (vaccination, débats publics...). D'autres sont des personnes ayant pris une part importante dans l'histoire du village ou du département, et dont la notoriété, l'expertise ou l'activité sociale peut significativement orienter l'action d'un grand nombre d'habitants. Ces personnes sont connues dans les villages et respectées par tous.

Une moitié environ de la population officielle de Mayotte scolarisée

89 000 élèves étaient scolarisés lors de la rentrée 2010-2011. Ce chiffre qui représente près de la moitié de la population officielle constitue une réelle opportunité pour développer, en cohérence avec les programmes de l'Education Nationale, l'éducation pour la santé dans un environnement normalisé.

Un système de recueil des données sanitaires renforcé

Avec la création de la cellule de veille sanitaire à la DASS, et la mise en place du recueil systématique des Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO), les informations sanitaires et les données épidémiologiques sont dorénavant mieux étoffées et plus complètes en ce qui concerne un certain nombre de pathologies. Le CHM, à travers le pôle de Santé Publique, collecte également des données sanitaires. L'IREPS pour

sa part organise la structuration de son centre de ressources en éducation pour la santé.

— Faiblesses

Il ne faudra pas négliger, dans la mise en place de ce schéma, les défauts et dangers relatifs au développement - ou la mise en place - de la prévention sur le département. C'est sur ces points que devront se porter les efforts pour améliorer le dispositif actuel.

Pas ou peu de coordination entre les acteurs de la prévention

Il n'existe pas ou peu de dispositifs transversaux et intersectoriels permettant un travail en partenariat entre ces acteurs et la définition de stratégies communes d'intervention. Les projets partagés concernent au mieux deux ou trois acteurs sur le territoire, et aucune instance - ou pôle de compétence - ne fixe les priorités ou les concepts.

La quasi-absence de structures médico-sociales

Excepté l'activité propre du conseil général, très peu d'acteurs sont présents sur le terrain en matière d'appui social. Pourtant il existe une très forte demande de pouvoir rester dans la vie ordinaire (pouvoir circuler, accéder à toutes les infrastructures, aller à l'école, tenir un emploi, avoir une vie sociale et culturelle et bénéficier des aménagements rendant tout cela possible. Le manque crucial de structures d'accueil ou d'hébergement médico-social (un seul établissement, les Bengalis, accueille quelques personnes handicapées) et le manque d'assistantes sociales dans des institutions requérant leurs compétences est une réalité de tous les instants.

Le manque crucial de structures d'accueil ou d'hébergement médico-social (un seul établissement, les Bengalis, accueille quelques personnes handicapées) et le manque d'assistantes sociales dans des institutions requérant leurs compétences est une réalité de tous les instants.

Des associations spécialisées peu nombreuses et encore jeunes

Les réseaux spécialisés ont été créés fin 2009 pour les plus anciens d'entre eux et sont encore dans une phase de structuration interne. Ils démarrent donc leur professionnalisation et n'ont pu encore se coordonner avec l'ensemble des acteurs de proximité pour démultiplier leurs actions de prévention.

La proportion importante de non-affiliés à Mayotte

40% des personnes ayant les droits pour s'affilier à la caisse de sécurité sociale ne le seraient pas, faute d'avoir un compte bancaire permettant les remboursements des frais avancés. Ainsi, en comptant la proportion officielle des étrangers en situation irrégulière, les non-assurés sociaux du département représentaient près de 60% du total de la population.

Les actions de prévention doivent donc à chaque instant tenir compte de cette proportion importante de non-affiliés et sortir du cadre « normalisé » habituel, pour éviter que ces populations n'en soient exclues.

Pas ou peu d'évaluation des programmes de prévention actuels

L'évaluation permet de démontrer l'efficacité et la performance des actions mises en place. L'évaluation aux différentes étapes du processus doit porter sur la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience et l'impact des actions. Les programmes actuels de prévention manquent d'évaluation tant pendant l'action (en vue de corrections éventuelles) qu'à l'exploitation finale des résultats. Il serait donc nécessaire, au préalable de chaque programme, de fixer les critères et les indicateurs d'évaluation, en explorant également les sciences sociales et économiques.

La cohérence des politiques publiques

Concilier la politique de l'immigration et les objectifs de prévention et d'éducation pour la santé est un exercice particulièrement complexe, notamment dans un département où les flux migratoires sont importants, et compte tenu du fait d'objectifs et de moyens assez dissemblables. Cela néanmoins induit l'exclusion de fait des étrangers en situation irrégulière du dispositif de prévention.

— Conclusion

Cet état des lieux a permis de décrire et de montrer les conditions de la mise en place progressive de la promotion de la santé à Mayotte, dans des environnements physique, économique, démographique et socioculturel très influents, mais éloignés de ceux rencontrés en métropole ou même dans les autres Départements d'Outre Mer.

Dès lors, les schémas « classiques » basés sur des programmes et des actions à partir de concepts venus de l'extérieur ne peuvent s'appliquer directement. L'île ne peut également compter que sur une faible démographie d'acteurs de santé au sens large, et d'associations spécialisées dans le domaine de la prévention en particulier. Quant aux structures médico-sociales, elles sont jusqu'à maintenant quasi-absentes du territoire.

L'île peut cependant compter sur des leviers intéressants et originaux, comme la présence d'un tissu associatif très étoffé, de leaders d'opinion influents et d'un nombre très élevé de scolaires, auprès desquels les actions peuvent être amplifiées.

Néanmoins, il faudra également tenir compte des fortes disparités sociales de santé qui prédominent sur le territoire, du fait d'un contexte économique très défavorable et d'une proportion importante de non-affiliés.

Le principal enjeu de ce schéma de prévention est donc de poursuivre, pour les 5 années à venir l'organisation et la montée en charges des ressources en promotion de la santé, pour construire une politique régionale commune avec l'ensemble des acteurs. Les objectifs et mesures proposés dans la deuxième partie devront donc rester en adéquation avec les réalités économiques, sociales et statutaires de Mayotte, et s'attacher en particulier à structurer un ensemble cohérent. ■

LES AXES STRATÉGIQUES

1

DÉVELOPPER UNE POLITIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.

— Axe 1 Construire une politique régionale commune

Mesure 1.1 : Mobiliser les acteurs sur des stratégies communes

Mettre en place la commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux. Développer une culture d'éducation pour la santé, élaborée à partir de concepts validés et partagés, afin de mieux définir les moyens d'action et de garantir son financement.

Objectifs :

- Coordonner les actions de prévention,
- Définir les orientations et les prioriser,
- Définir les cofinancements entre les acteurs de prévention.

Mesure 1.2 : Renforcer le partenariat entre les acteurs de prévention

L'action phare du renforcement du partenariat entre les acteurs de la prévention consistera à créer à Mayotte un pôle de compétences en éducation pour la santé et en promotion de la santé.

Les pôles de compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé sont des plateformes ressources offrant des services à tout acteur institutionnel ou associatif intervenant dans le champ de la promotion de la santé. Ils fédèrent les compétences et ressources présentes dans la région et constituent des carrefours d'échanges entre tous les acteurs impliqués dans l'éducation et la promotion de la santé (institutions, professionnels, associatifs...). Ce pôle doit permettre :

- de développer une veille permanente sur l'état de la prévention en termes d'acteurs, d'actions, d'évolution des comportements et de phénomènes émergents,
- de partager les connaissances, les études,

les outils et les méthodes.

L'IREPS, porteur du pôle, serait chargé de l'animation et de la coordination des activités de la plate-forme.

Mesure 1.3 : Développer une stratégie de communication partagée et cohérente

L'objectif principal est de définir des priorités en matière de communication avec les partenaires concernés et de développer une communication claire, précise et adaptée aux publics visés. Les objectifs opérationnels sont les suivants :

- définir et élaborer des actions de communication en partenariat,
- relayer les campagnes nationales,
- adapter les messages et actions de communication aux différents contextes culturels mahorais,
- développer des outils de communication adaptés aux différents publics mahorais visés.

Mesure 1.4 : Développer la coopération internationale dans le domaine de la prévention

Compte tenu de la part importante des soins consacrés à Mayotte aux populations autres que mahoraises, on peut légitimement penser que la mise en place d'actions portant sur la promotion de la santé dans les pays voisins de l'île permettrait de limiter l'incidence de certaines maladies, réduirait le risque de d'apparition d'épidémies en lien avec ces pathologies, et permettrait d'améliorer le climat social entre les populations. Cette mesure viserait à développer le partage d'expériences et de connaissances en matière de prévention sanitaire par l'éducation à la santé avec les autres pays de la région, et en particulier avec les Comores :

- Formation des acteurs locaux,
- Promotion des structures de prévention et/ou de soins,
- Définition d'actions de prévention.

Cet aspect pourrait notamment être mis en œuvre à travers le tissu associatif des îles de la région (à titre d'exemple, des échanges précédents entre l'IREPS Mayotte et MAYCO, avec l'association Collaboration Action Pérennisation ont encore des

LES AXES STRATÉGIQUES

répercussions positives aujourd'hui en termes de communication et partage entre les populations).

— Axe 2 Améliorer les connaissances pour mieux agir

Mesure 2.1 : Structurer les connaissances et mettre en place un dispositif d'observation pluridisciplinaire à Mayotte

Objectif général :

Disposer de données et de connaissances pluridisciplinaires pouvant guider et adapter les actions de prévention au contexte local.

Objectifs opérationnels :

- Identifier les connaissances et acteurs existants à Mayotte,
- Identifier les besoins d'informations,
- Développer une veille de l'existant, mobiliser les données disponibles et assurer le recueil régulier d'indicateurs partagés,
- Identifier les besoins d'informations,
- Plaidoyer pour l'intégration de Mayotte dans les études et projets nationaux (en sachant bien évidemment que la méthodologie sera à adapter à Mayotte, notamment en termes de modalités de recueil).

Mesure 2.2 : Mettre en place des études et des recherches

Objectif général :

Développer les connaissances pouvant guider et adapter les actions de prévention au contexte local

Objectifs opérationnels :

- Réaliser des études socio-comportementales sur les comportements à risques, sur mes comportements de protection et de prévention, sur les attitudes face aux politiques et aux messages de prévention, sur les normes (au travers de la tradition et ou de la religion) ;
- Réaliser des enquêtes sur le vécu de certains groupes de malades (IST VIH ..)
- Réaliser des études de connaissances sur les moyens de protection, de transmission, de prévention et sur la maladie ;
- Réaliser des études épidémiologiques

pour améliorer la connaissance de certaines maladies génétiques (cancer de la peau, drépanocytose, leucémie) et des études de séroprévalence (chlamydiae).

Lien avec le VAGUSAN

Mesure 2.3 : Partager l'information et capitaliser les expériences

Objectif général :

Permettre à tous les acteurs d'accéder à des données partagées et de mieux appréhender les phénomènes, acteurs et action de prévention dans une approche intersectorielle

Objectifs opérationnels :

- favoriser la diffusion et l'accès des données par l'ensemble des acteurs concernés, y compris aux acteurs de la Réunion,
- favoriser l'appropriation des connaissances par les acteurs,
- capitaliser les données quantitatives et qualitatives issus des différents travaux et favoriser l'élargissement à un réseau de recherche plus large,
- faciliter les échanges entre acteurs de la recherche et acteurs de terrain,
- développer un système d'information géographique en promotion de la santé.

— Axe 3 Structurer l'offre de prévention

Poursuivre la structuration des associations spécialisées en éducation pour la santé et les promouvoir

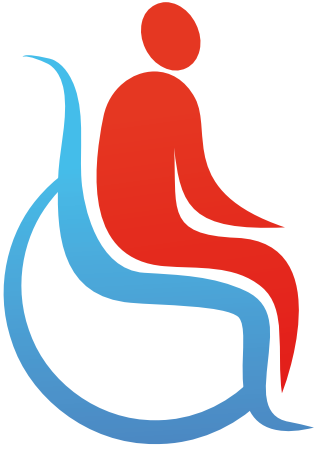
Mesure 3.1 : Pérenniser et professionnaliser les associations spécialisées actuelles

Les recommandations sont les suivantes :

- Promouvoir les formations professionnalisantes, sur 3 niveaux :
- Formation de formateurs pérennes,
- Formation d'approfondissement pour les professionnels de santé,
- Formation des acteurs de terrain pour relayer l'information.
- Privilégier des plans triennaux ou quinquennaux de financement, pour donner une vision à plus long terme des actions de prévention,
- Les appuyer dans la recherche et les



LES AXES STRATÉGIQUES



demandes de financement (demandes de financement au niveau national).

Mesure 3.2 : Promouvoir la création de nouvelles associations spécialisées

L'objectif à terme est de pouvoir couvrir les principales thématiques de santé prioritaire pour le département.

Mesure 3.3 : Inciter à la mise en place de réseaux

Vu la faible démographie médicale et le faible nombre d'opérateurs œuvrant dans le domaine de l'éducation pour la santé il serait souhaitable que les acteurs de santé puissent se constituer en réseau (lien associations/ville/hôpital) pour optimiser l'offre et la qualité des soins. Ces réseaux d'éducation pour la santé, qui restent à développer ou à conforter sur le territoire, permettent également la mutualisation des ressources humaines et matérielles. L'offre en matière de prévention de proximité pourrait également être regroupée dans des maisons de la santé.

Mesure 3.4 : Promouvoir la création d'établissements médico-sociaux

Le développement de l'offre concerne également la création de nouvelles structures dont Mayotte ne dispose pas : CAPSA, établissements spécialisés pour les personnes atteintes du SIDA, établissements et services nécessaires à la prise en charge des personnes handicapées pour lesquelles il n'existe à ce jour qu'un accueil à temps partiel, prise en charge des personnes âgées, la mise en place d'un service de soins de suite et de réadaptation permettant le retour à domicile une fois l'état de santé stabilisé. etc...

L'évolution de la législation dans le cadre de la départementalisation de l'île devrait permettre l'arrivée de ces établissements médico-sociaux à moyen terme.

[Lien avec le SOMS](#)

Mesure 3.5 : Renforcer la prévention dans les dispensaires et dans le secteur libéral

Cette mesure accompagne de manière générale le renforcement de l'offre de soins en

général (augmentation des professionnels de santé) et l'extension de l'offre de soins pour plus de proximité avec la population.

[Lien avec le SOS-PRS](#)

— Axe 4 Favoriser et orchestrer le rattrapage réglementaire

Depuis la mise en place de l'identité législative au 1^{er} janvier 2008, l'essentiel des lois et des règlements en vigueur en métropole est désormais applicable à Mayotte. Quelques exceptions demeurent néanmoins, dans les domaines de la fiscalité ou des minima sociaux (voir le point 2-3-3 de la première partie).

Dans les faits (voir le point 2-3-5 de la première partie), cette réglementation n'est que peu appliquée. Quatre domaines en particulier sont concernés :

- la préservation du cadre de vie,
- l'offre de soins,
- la lutte contre les addictions,
- l'accessibilité pour les handicapés,
- la prévention en milieu scolaire.

Mesure 4.1 : Informer sur la réglementation en vigueur dans le domaine de la prévention

Cette mesure doit être précédée d'un toilettage de la réglementation applicable à Mayotte. L'information vise à :

- Donner les bases réglementaires,
- responsabiliser les organismes et collectivités chargés des contrôles en matière d'application de la loi.

Mesure 4.2 : Définir des objectifs en relation avec l'application de la réglementation

Force est de constater qu'une amélioration notable de la prévention au sens large pourrait être réalisée si la réglementation existante était appliquée. Dans cet objectif, le renforcement des opérations du contrôle par les communes apparaît comme indispensable. Cependant, le cadre actuel de la fiscalité des communes de Mayotte ne leur donne pas les moyens de l'action (l'application de la fiscalité locale est programmée pour 2014).

LES AXES STRATÉGIQUES

Néanmoins une partie des moyens humains et matériels pourraient être consacrés à la mise en application du cadre législatif, y compris pour le régime des sanctions...

— Axe 5 Améliorer les milieux de vie de la population

Comme rappelé dans l'axe 4, l'application de la réglementation constituée à Mayotte un premier moyen, à moindre coût, de réduire durablement les expositions à des facteurs de risques et de développer/améliorer les facteurs de protection.

Mesure 5.1 : Améliorer l'environnement physique

Les enjeux en santé environnementale de l'île de Mayotte, sont nombreux et prioritaires au regard de l'impact sanitaire régulièrement mesuré, et du décalage important avec la réglementation et l'application des règles d'urbanisme (cf Etat des lieux). La dimension interministérielle caractérisant le traitement de ces sujets appelle à une définition partagée des priorités dans le cadre du Plan Régional en Santé Environnement (2^{ème} génération) en cours d'élaboration. Ce Plan sera ensuite décliné au sein des contrats locaux de santé afin d'identifier, à partir d'un diagnostic partagé, les enjeux et les actions sur un territoire donné.

L'accent sera en particulier porté sur 5 grands thèmes, comprenant les enjeux suivants :

- **Eau et Santé** : Accès à l'eau potable, qualité des eaux brutes et des eaux distribuées destinées à l'alimentation humaine (dont réduction des polluants à la source), qualité des eaux de baignades, renforcement des réseaux d'eau potable et d'assainissement... L'objectif est la réduction significative de l'incidence des maladies hydriques (typhoïde, hépatite A, diarrhées...)
- **Hébergement et Habitat Indigne** : Une correspondance sera recherchée avec le futur Plan Départemental mis en place autour de la Loi Letchimy, qui comprendra également l'Accueil et l'Insertion autour de l'habitat. Agir sur les lieux de

vie réduit l'incidence des maladies respiratoires, l'asthme, et les allergies, mais permet également de diminuer les accidents domestiques (brûlures notamment à Mayotte) et les cancers liés à l'exposition aux polluants intérieurs. L'amélioration de l'habitat revêt également un caractère prioritaire au vu des nombreux habitats précaires présents dans les villages de Mayotte.

- **Aménagement urbain** : Lutte contre l'habitat spontané, mise en place de l'assainissement collectif, maîtrise de l'assainissement autonome, réduction des eaux stagnantes ... La réduction des maladies liées au péril fécal (diarrhées, parasitoses) et aux eaux contaminées (dermatoses, leptospirose, maladies vectorielles) reste toujours d'actualité à Mayotte.
- **Maladies transmises par les moustiques** : Recherche de nouvelles stratégies de lutte contre les vecteurs respectueuses de l'environnement, réduction du nombre de gîtes larvaires, adéquation entre recherche opérationnelle et protocoles d'intervention, distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée sont les principaux objectifs qu'il faudra relever dans les 5 années à venir. Ces mesures viseront à réduire l'impact des maladies vectorielles, qu'elles soient endémiques (paludisme), épidémiques (chikungunya, dengue) ou émergentes (Fièvre de la Vallée du Rift).
- **Points noirs environnementaux et risques émergents** : la collecte et l'élimination des déchets (y compris les déchets spéciaux et dangereux), la préservation des zones sensibles, l'évaluation et la prévention des risques naturels (glissement de terrain, inondation), la réduction des sites et sols pollués (décharges) ou la surveillance environnementale vis-à-vis des polluants émergents sont des domaines pour lesquels Mayotte accuse un retard important, qu'il conviendra de combler dans les années à venir.

De fait, les maladies infectieuses citées ci-dessus sont particulièrement traitées dans le VAGUSAN (Veille Alerte et Gestion des

LES AXES STRATÉGIQUES

Urgences Sanitaires) notamment sur le volet de la surveillance. Le VAGUSAN est une composante du schéma de prévention et fera l'objet d'une consultation en parallèle des programmes avant la fin du semestre. Il est d'ores et déjà consultable sur le site de l'Agence.

De manière générale et en particulier pour les enjeux en santé environnementale, l'adhésion de la population sera recherchée à travers la mobilisation communautaire par l'ensemble des acteurs de prévention de l'île.

Lien avec le PRSE2

Mesure 5.2 : Améliorer l'environnement alimentaire

La sécurité sanitaire alimentaire pourra être renforcée par le contrôle de toute la chaîne de production alimentaire, de la production primaire à la distribution. Par ailleurs, pour compléter le dispositif, les denrées alimentaires importées à Mayotte font l'objet d'une inspection. Ce domaine est coordonné par la mission interservices de sécurité sanitaire des aliments, dénommée MISSA, regroupant les services de la Direction de l'Alimentation de l'Agriculture et de la Forêt, de la Direction des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi, de l'Agence de Santé Océan Indien, de la Direction Régionale des Douanes et de l'Unité Territoriale de Mayotte de la Direction de la Mer Sud Océan Indien, en charge des politiques de sécurité sanitaire des aliments.

Un autre volet pourra consister à améliorer l'offre alimentaire en déclinant localement le Programme National pour l'Alimentation et le Programme National Nutrition Santé (PNNS 2).

Mesure 5.3 : Améliorer l'environnement en milieu professionnel

Objectif : préserver la santé et assurer la sécurité des salariés dans l'entreprise.

Les enjeux de la gestion du risque professionnel dans les années à venir se situent dans la mobilisation de tous les acteurs de

la prévention pour gagner en efficacité et dans l'amélioration de la connaissance des risques pour mieux cibler et anticiper les besoins en prévention.

Plusieurs axes peuvent être proposés :

- Construire et développer le réseau local des acteurs de la prévention (institutionnels, organisations professionnelles, internes à l'entreprise...) pour des actions plus concertées et démultipliées,
- Améliorer la connaissance des risques par la promotion des déclarations de tous les accidents de travail et des maladies professionnelles et leur analyse,
- Développer l'information et la formation aux entreprises et leur mobilisation dans les actions de prévention,
- Construire et mettre en place les autres acteurs de la prévention encore inexistantes à Mayotte : ORST (Observatoire régional de santé au travail), CRRMP (Commission régionale de reconnaissance des maladies professionnelles), consultations de pathologies professionnelles, CRPRP (Comité régional de prévention des risques professionnels), ARACT (Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail), fédérations professionnelles.

Le plan d'actions de prévention de la CSSM est inscrit dans son CPG (Contrat pluriannuel de gestion) pour une période de 4 ans. Ce CPG est une déclinaison locale des orientations nationales définies dans la Convention d'objectifs et de gestion (COG) pour la branche AT/MP. Le CPG reprend des priorités d'actions reposant sur une coordination nationale et des actions locales adaptées aux spécificités et au contexte de Mayotte. La construction du prochain CPG 2013-2016 devra répondre au besoin de coordination des différents acteurs pour agir sur des risques prioritaires.

— Axe 6 Limiter l'impact des facteurs socio-économiques

La grande priorité visant à réduire l'incidence des facteurs socio-économiques porte sur la lutte plus générale contre la précarité financière, et que cette dernière

LES AXES STRATÉGIQUES

Mesure 6.1 : Renforcer le lien Santé/ Social

Force est de constater que les actions préventives visant à diminuer un risque pour la santé peuvent présenter un coût qui ne peut être assumé par les populations les plus précaires. Aussi il est indispensable, le plus en amont possible, de travailler avec les services de la cohésion sociale afin que l'impact socio-économique de l'action préventive soit acceptable.

Mesure 6.2 : Informer en tenant compte des facteurs culturels et religieux influents

Un focus particulier pourra être porté sur :

- L'information sur les maladies dont on pense qu'elles n'existent pas : VIH, cancer... ou l'alcoolisme...
- Le recours au témoignage pour rationaliser le discours,
- Les comportements fatalistes face à la maladie (chercher à projeter vers l'avenir et renforcer le sentiment de contrôle de sa maladie),
- Les maladies génétiques et la manière de les dépister,
- L'intérêt des actes chirurgicaux et de certains « corps étrangers » pour prolonger la vie.

Mesure 6.3 : Accompagner les parents dans leur rôle d'acteur de prévention

Objectifs :

- renforcer les compétences éducatives des parents et les rendre conscients de leur rôle d'acteurs de prévention auprès de leurs enfants,
- leur redonner confiance.

Mesure 6.4 : Lutter contre le phénomène de stigmatisation

Objectif : éviter la stigmatisation au sein de la société de catégories de personnes atteintes de pathologies ou porteuses de handicap.

Recommandations :

- promouvoir la bien-traitance et véhiculer une image positive des personnes atteintes de maladies ou porteuses de handicap à travers des actions de communication et de prévention,
- sensibiliser et former l'ensemble des professionnels à cette problématique.

Mesure 6.5 : Appliquer la réglementation en matière de lutte contre les addictions

Objectif : éviter la banalisation de certains comportements à risque et l'incitation à la consommation.

Recommandations :

- informer les populations dès le plus jeune âge sur la réglementation relative à la vente et à la consommation des drogues illicites et de produits licites (tabac, alcool),
- renforcer les actions auprès des producteurs et distributeurs en faveur du respect de la réglementation notamment en matière d'incitation à la consommation chez les jeunes.

— Axe 7

Garantir un accès égal pour tous à un système de prévention

Mesure 7.1 : Favoriser l'effectivité de l'accès aux droits

Objectif : réduire les difficultés d'accès aux droits notamment pour les personnes les plus démunies.

Recommandations :

- renforcer l'information de la population sur leurs droits et les conditions d'accès,
- former le personnel à l'accueil des structures de santé sur les conditions d'accès,
- accompagner les personnes dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.



DÉVELOPPER UNE POLITIQUE D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

L'éducation pour la santé permet aux personnes d'adopter le meilleur mode de vie pour leur santé et celle des autres.

— Axe 1 Renforcer les connaissances et compétences des personnes et organismes relais

L'IREPS et les associations spécialisées sont particulièrement légitimes à intervenir auprès des professionnels de santé et des leaders d'opinion pour informer, former et/ou sensibiliser sur la prévention et sur les thématiques prioritaires identifiées par la commission de coordination de la prévention.

Mesure 1.1 : Renforcer les connaissances et compétences des professionnels de santé et de la prévention

- Professionnels de santé et IFSI
- Médiateurs de la santé de la DSDS.

Recommandations :

- Adapter le contenu des formations aux différents niveaux d'intervention des professionnels,
- Former à la prévention des maladies environnementales et hydriques.

Mesure 1.2 : Informer les leaders d'opinion, les instances religieuses locales, les associations locales

S'appuyer sur les maîtres coraniques et les fundis des madrasas (école coranique) pour passer des messages de prévention aux jeunes enfants, et sur les associations locales pour passer des messages à leurs adhérents.

— Axe 2 Mettre en place des programmes d'éducation pour la santé, sur le long terme

Mesure 2.1 : Concevoir des programmes d'éducation pour la santé

Ils seront conçus en tenant compte de la littérature scientifique internationale ainsi

que de la spécificité locale (via un groupe de travail). Ces programmes structurés viseront notamment à développer les compétences psychosociales et éducatives propres à la santé des individus et groupes, via des techniques pédagogiques participatives et expérientielles, s'inscriront sur le long terme, et ne seront pas spécialement centrés sur une problématique de santé.

Mesure 2.2 : Expérimenter les programmes à petite échelle (Projet pilote)

Un projet pilote permet d'évaluer et ajuster le programme, dans la perspective de l'étendre à plus large échelle.

— Axe 3 Renforcer la mobilisation communautaire

Mesure 3.1 : Développer les actions de proximité dans les quartiers (appui des associations)

Objectif : S'appuyer sur les associations culturelles, sportives ou traditionnelles, le service d'Education à la santé du Conseil général, l'Education nationale et les professionnels de santé libéraux pour assurer le relais des messages sanitaires en privilégiant l'oralité (vidéos, diaporamas...). Maintenir et favoriser le tissu associatif local implique :

- De les accompagner pour les aider à se structurer,
- Les inciter à se fédérer,
- Qu'elles se sentent confortées et légitimes dans l'accomplissement du projet,
- De les associer aux débats publics,
- De les inciter à maintenir la culture de projet et le bénévolat.

Mesure 3.2 : Favoriser les contrats locaux de santé

Cette mesure vise à définir les priorités avec les collectivités et formaliser des actions. Cela implique :

- l'apport de la communauté aux stratégies et politiques globales de santé,
- l'engagement de la communauté à la planification et à la gestion des services de santé,



LES AXES STRATÉGIQUES

- l'appropriation de l'identification des besoins sanitaires de la communauté par la population et les associations locales.

Le Contrat Local de Santé (CLS), signé entre l'Agence de Santé, une collectivité territoriale et les acteurs volontaires œuvrant dans le domaine de la santé, doit permettre l'ancrage, tant en territoire urbain qu'en secteur rural, des politiques de santé afin de réduire les inégalités de santé sur ces territoires.

Le CLS constitue ainsi un outil de déclinaison territoriale de la politique régionale de santé, dont l'objectif est de contribuer à une meilleure articulation entre les politiques publiques pilotées par les collectivités territoriales et les politiques de l'Etat, en particulier la politique de la ville.

— Axe 4

Renforcer le rôle de l'Education Nationale

Mesure 4.1 : Appliquer la réglementation en matière de prévention dans les établissements scolaires

Recommandations :

- Développer le service de santé des élèves, en mettant en adéquation les missions et les moyens,
- Renforcer les effectifs en infirmières notamment pour les scolaires du primaire.

Mesure 4.2 : Développer l'acquisition des aptitudes individuelles à la prévention chez les scolaires

- Donner aux enfants et aux adolescents les moyens de faire des choix et de prévenir les comportements à risque,
- Obtenir un niveau de connaissance sur la prévention adapté à l'âge (programmes scolaires),
- Responsabiliser les adolescents face à leur statut vaccinal.

pistage des maladies neurodégénératives chez les personnes âgées

— Axe 2

Promouvoir la politique de vaccination pour améliorer la couverture vaccinale

Mesure 2.1 : Renforcer les services effectuant les vaccinations

Mesure 2.2 : Mener des actions d'information et de sensibilisation auprès de la population

Objectif : favoriser une meilleure compréhension des enjeux de la protection vaccinale notamment par les parents et convaincre de l'intérêt de se faire vacciner. Sensibiliser en particulier sur le calendrier vaccinal pour la rougeole, les oreillons et la rubéole

3

RENFORCER LA PRÉVENTION SÉLECTIVE DE CERTAINES MALADIES OU DE CERTAINS RISQUES

— Axe 1

Renforcer le diagnostic et le dépistage précoce de certaines pathologies et certains risques

Mesure 1.1 : Soutenir des actions destinées à améliorer le repérage et le dépistage des cancers

Mesure 1.2 : Soutenir des actions destinées à améliorer le repérage et le dépistage des IST

Mesure 1.3 : Initier et soutenir des actions destinées à améliorer le dépistage des problèmes liés à la nutrition chez les jeunes enfants

Mesure 1.4 : Initier et soutenir des actions destinées à améliorer le repérage et le dépistage du handicap (déficiences motrices, visuelles, santé mentale...)

Mesure 1.5 : Initier et soutenir des actions destinées à améliorer le repérage et le dé-

LES AXES STRATÉGIQUES

4

DÉVELOPPER UNE PRÉVENTION AU BÉNÉFICE DES PATIENTS ET DE LEUR ENTOURAGE

Mesure 2.3 : Augmenter la couverture vaccinale

L'action portera en particulier sur l'amélioration de la couverture vaccinale obligatoire puis visera l'amélioration de la couverture vaccinale pour la rougeole, les oreillons et la rubéole.

Mesure 2.4 : Augmenter la couverture vaccinale de certaines IST

Mesure 1.5 : Adapter l'habitat aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques

— Axe 2 Préserver les capacités d'autonomie des personnes vieillissantes

Lien avec le SOMS

Mesure 2.1 : Renforcer le soutien et l'accompagnement des aidants à domicile

— Axe 3 Renforcer la politique de prévention des événements indésirables associés aux soins

Mesure 3.1 : Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections associées aux soins dans les établissements de santé

Lien avec le SOS-PRS

Il existe une population de personnes âgées et de personnes handicapées en souffrance compte tenue de la perte d'autonomie. Pourtant il existe une très forte demande de pouvoir rester dans la vie ordinaire (pouvoir circuler, accéder à toutes les infrastructures, aller à l'école, tenir un emploi, avoir une vie sociale et culturelle) et bénéficier des aménagements rendant tout cela possible.

— Axe 1 Renforcer l'autonomie des personnes atteintes de maladies chroniques

Mesure 1.1 : Informer les personnes malades, leur entourage et les soignants sur la maladie

Mesure 1.2 : Renforcer le soutien et l'accompagnement des aidants familiaux

Mesure 1.3 : Développer l'éducation thérapeutique du patient

Mesure 1.4 : Renforcer et aider l'intégration en milieu scolaire des élèves atteints de maladies chroniques ou porteurs de handicap



Annexes

P 90 PRIORITÉS DU PLAN STRATÉGIQUE
DE SANTÉ EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

P 92 CHARTE D'OTTAWA

P 96 GLOSSAIRE

ANNEXE 1

PRIORITES DU PLAN STRATEGIQUE DE SANTE EN MATIERE DE PREVENTION

Domaines stratégiques	Priorités du Plan Stratégique de Santé	Objectifs généraux de prévention	Promotion de la santé et éducation pour la santé	Prévention sélective de certaines maladies ou certains risques	Prévention au bénéfice des patients et de leur entourage	
Maladies chroniques	La prévention des maladies chroniques	Agir sur les déterminants de santé pour prévenir l'apparition de certaines pathologies	Poursuivre les études sur les facteurs de risque Impliquer les porteurs de politiques publiques Favoriser la coordination des actions et des messages émis			
		Promouvoir l'accès des populations à risque à une prévention personnalisée et au dépistage	Adapter les actions au contexte local Inscrire toute démarche de prévention dans une logique de proximité Encourager la mobilisation communautaire	Favoriser le dépistage des maladies chroniques		
	L'adaptation du système de santé à la prise en charge des maladies chroniques	Optimiser le parcours de santé des personnes atteintes de maladies chroniques et sa coordination			Développer une ETP de qualité et de proximité	
Périnatalité et petite enfance	La maîtrise pour chaque femme ou couple de son projet d'enfant	Permettre la maîtrise de la fécondité et accompagner les femmes et les couples	Développer l'information sur la sexualité, l'accès à la contraception et l'allaitement maternel			
		Améliorer la santé maternelle		Améliorer le dépistage des grossesses à risque		
	Le capital santé des enfants	Réduire les incapacités liées aux troubles sensoriels			Développer le dépistage de la surdité néonatale permanente	
		Dépister les troubles du langage et des apprentissages			Améliorer le repérage et dépistage précoce des troubles du langage et des apprentissages	
		Diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les jeunes enfants	Renforcer les actions de prévention de l'obésité et du surpoids chez les jeunes enfants		Systematiser le dépistage de l'obésité et du surpoids en école maternelle par la PMI et la médecine scolaire	
		Faire progresser la couverture vaccinale de la rougeole			Sensibiliser et informer professionnels et familles sur la couverture vaccinale	

ANNEXE 1

PRIORITES DU PLAN STRATEGIQUE DE SANTE EN MATIERE DE PREVENTION

Domaines stratégiques	Priorités du Plan Stratégique de Santé	Objectifs généraux de prévention	Promotion de la santé et éducation pour la santé	Prévention sélective de certaines maladies ou certains risques	Prévention au bénéfice des patients et de leur entourage
Santé mentale et addictions	Promotion de la santé mentale et prévention des conduites à risques	Promouvoir la santé mentale	Promouvoir la bientraitance à domicile et au travail		
		Renforcer les mesures de prévention des conduites à risque	Agir sur les déterminants de santé Structurer et coordonner l'offre de prévention auprès des jeunes Améliorer la formation des acteurs		
	Prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux ou de publics spécifiques	Améliorer la prise en charge des patients		Développer le repérage précoce des troubles psychiques	
		Développer la réhabilitation psychosociale			Développer l'ETP
		Faciliter le recours aux soins des publics spécifiques	Favoriser l'accès aux soins des enfants, ados et victimes de violences		
Handicap et vieillissement	La prévention et l'accompagnement précoce	Prévenir l'apparition des déficiences et de la perte d'autonomie tout au long de la vie	Prévention des carences éducatives Favoriser l'accès aux droits des personnes en situation précaire Prévenir les chutes et la dénutrition des PA	Favoriser le dépistage précoce des déficiences dès la petite enfance et de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés	
	Le respect du projet de vie	Adapter l'offre d'accompagnement des PA-PH à leurs besoins			Soutien aux aidants
	La fluidité des parcours				
Risques sanitaires	L'espace de vie et l'environnement urbain	Prévenir et/ou réduire les facteurs de risque pour la santé dans l'espace de vie et l'environnement urbain	Agir sur l'habitat, l'eau, le bruit, les déchets, les expositions CMR Prévenir les accidents de la vie courante Informers la population et les élus		
	Les maladies infectieuses et les intoxications aiguës	Réduire l'incidence des maladies infectieuses d'origine environnementale et celles liées aux soins	Améliorer la connaissance et faire adhérer aux gestes de prévention		
	La veille sanitaire et la réponse aux situations d'urgence				



ANNEXE 2

CHARTRE D'OTTAWA

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente «Charte» en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

Inspirée avant tout, par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette Conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la Santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé.

PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

Conditions indispensables à la santé

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :

- se loger,
- accéder à l'éducation,
- se nourrir convenablement,
- disposer d'un certain revenu,
- bénéficier d'un écosystème stable,
- compter sur un apport durable de ressources,
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

Plaidoyer pour la santé

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs - politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques - peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.

Mise en place des moyens

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même pour les femmes que pour les hommes.

ANNEXE 2

CHARTRE D'OTTAWA

Médiation

Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé.

Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

ACTIONS POUR PROMOUVOIR LA SANTE

Elaboration de politiques pour la santé

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.

La politique de promotion de la santé associe des approches différentes, mais complémentaires : mesures législatives, financières et fiscales et changements organisationnels, notamment. Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité. L'action commune permet d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables.

La politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans

les secteurs non sanitaires, et les moyens de surmonter ces obstacles.

Le but doit être de faire en sorte que le choix le plus facile pour les responsables des politiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé.

Création d'environnements favorables

Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs.

Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé. Le grand principe directeur, pour le monde entier, comme pour les régions, les nations et les communautés, est la nécessité d'une prise de conscience des tâches qui nous incombent tous, les uns envers les autres et vis-à-vis de notre communauté et de notre milieu naturel. Il faut appeler l'attention sur le fait que la conservation des ressources naturelles, où qu'elles soient, doit être considérée comme une responsabilité mondiale.

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide - notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation - est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public. La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé.

Renforcement de l'action communautaire

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés



ANNEXE 2

CHARTRE D'OTTAWA

considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.

Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

Acquisition d'aptitudes individuelles

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaire des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.

Réorientation des services de santé

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

Par delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. Les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception

élargie de la santé, en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évaluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considérés dans son intégralité.

La marche vers l'avenir

La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. Elle résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé.

L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé. Les auteurs de ces stratégies doivent donc partir du principe qu'à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, tous les partenaires, hommes ou femmes, doivent être considérés comme égaux.

L'engagement à l'égard de la promotion de la santé

Les participants à la Conférence s'engagent à :

- se lancer dans le combat afin de promouvoir des politiques pour la santé et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs;
- lutter contre les pressions exercées en faveur de produits dangereux, de la déplétion des ressources, de conditions et de cadres de vie malsains et d'une alimentation déséquilibrée; à appeler également l'attention sur les questions de santé publique posées, par exemple, par la pollution, les dangers d'ordre professionnel, l'habitat et les peuplements;
- combler les écarts de niveau de santé

ANNEXE 2

CHARTRE D'OTTAWA

dans les sociétés et à lutter contre les inégalités dues aux règles et aux pratiques de ces sociétés;

- reconnaître que les individus constituent la principale ressource de santé; à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, ainsi que leurs familles et leurs amis, par des moyens financiers et autres, et à accepter la communauté comme principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;
- réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé; à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, plus important encore, avec la population elle-même;
- reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social et un défi majeur; et à traiter le problème général que posent les modes de vie sur le plan de l'écologie.

Les participants à la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé.

Appel pour une action internationale

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des stratégies et des programmes de promotion de la santé.

Les participants à la Conférence sont fermement convaincus que, si les gens de tous milieux, les organisations non gouvernementales et bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et tous les autres organismes concernés s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales dont s'inspire cette charte, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra réalité.



ANNEXE 3

GLOSSAIRE

A

Atelier santé ville

Les « ateliers santé ville », développés à partir de l'année 2000 dans le cadre des volets santé de la politique de la ville et de la loi de lutte contre les exclusions, ont pour objet de fournir le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets locaux de santé publique. Leur méthode d'élaboration les place en interface entre les élus des villes et la politique de santé de l'Etat ; elle permet en particulier d'associer des groupes d'habitants au diagnostic local et d'adapter ainsi les projets de santé publique au plus près des besoins locaux.

JAKOWLEFF Anne, LANEYRIE Jean-Marie
Ateliers santé ville - Une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

Paris : Editions de la DIV, 2007/09, p. 8
www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/atelier-sante-ville-reperes_cle25cbf4.pdf

C

Communauté

« Une communauté est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. » (Extrait OMS/UNICEF, Alma Ata).

Santé communautaire

« C'est la dynamique qui vise à améliorer la qualité de vie de groupes sociaux en s'appuyant sur la mobilisation des relations intersubjectives, sur les sentiments d'appartenance à un groupe, où sa vie prend du sens, et sur les relations sociales, pour faciliter l'intervention de la population concernant sa santé. »

Compétences en matière de santé

Aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé.

Comportement de santé

Toute activité entreprise par une personne, quel que soit son état de santé objectif ou subjectif, en vue de promouvoir, de

protéger ou de maintenir la santé, que ce comportement soit ou non objectivement efficace dans la perspective de ce but. On peut soutenir que presque tous les comportements ou toutes les activités d'un individu ont des effets sur son état de santé. Dans ce contexte, il est utile d'établir une distinction entre les comportements adoptés délibérément pour promouvoir ou protéger la santé (comme indiqué dans la définition qui précède) et ceux qui sont adoptés indépendamment des conséquences pour la santé. Une distinction est établie entre les comportements en matière de santé et les comportements à risque, qui sont des comportements liés à une vulnérabilité accrue à l'égard d'une cause déterminée de mauvaise santé. Les comportements en matière de santé et les comportements à risque sont souvent liés entre eux dans un ensemble plus complexe de comportements appelés « modes de vie ».

Glossaire de la promotion de la santé

Genève : OMS, 1999, p. 9
www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf

Coopération intersectorielle

Relation entre des éléments de différents secteurs de la société qui a été établie en vue d'agir sur une question, de façon à atteindre des résultats en matière de santé ou des résultats intermédiaires d'une façon qui soit plus efficace, plus rationnelle ou plus durable que si le secteur sanitaire avait agi seul.

Coût avantage

Une évaluation de tous les coûts sociaux et économiques ainsi que des bénéfices attachés à une décision ou un projet. Le rapport avantages/coût est déterminé en divisant les avantages projetés d'un programme par son coût projeté. Les programmes présentant un rapport avantages/coût élevé ont la priorité sur les autres.

Coût bénéfice

Ce rapport mesure la valeur réelle du projet définie comme la valeur actuelle des divers bénéfices divisée par la valeur actuelle des divers coûts. Le critère de sélection est d'accepter tous les projets indépendants ayant un rapport bénéfices-coûts égal ou supérieur à 1.

Coût efficacité

L'analyse coût-efficacité est le principal instrument de comparaison du coût d'une intervention dans le domaine de la santé et des résultats escomptés en matière de santé.

D

Démocratie sanitaire

La démocratie sanitaire ne recouvre pas seulement la participation directe et organisée des citoyens aux délibérations et aux décisions prises par le pouvoir politique. Elle veut garantir l'égalité d'accès aux soins et le droit de savoir pour les patients. Elle peut transformer l'organisation des soins, du seul fait que le profane bénéficie d'un droit à la parole au sein d'un monde médical jusqu'alors réputé fermé.

LETOURMY Alain, NAIDITCH Michel
L'émergence de la démocratie sanitaire en France.

Santé société et solidarité : revue de l'Observatoire Franco-québécois, n°2-2009, 2010, p. 18

www.persee.fr/articleAsPDF/oss_1634-8176_2009num_8_2_1346/article_oss_1634_8176_2009_num_8_2_1346.pdf

Déterminant de santé

Facteurs définissables qui influencent l'état de santé, ou qui y sont associés. La santé publique se rapporte essentiellement aux interventions et aux activités de plaidoyer qui visent l'ensemble des déterminants de la santé modifiables, non seulement ceux liés aux actions sur les individus, tels les comportements en matière de santé et le mode de vie, mais également les facteurs tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès aux services de santé appropriés et l'environnement physique. Les déterminants de la santé interagissent entre eux et engendrent des conditions de vie qui influent sur la santé. »

Déterminants sociaux

Ensemble des conditions socialement produites qui influencent la santé : facteurs sociaux-économiques (ex : revenus, emploi, éducation), facteurs culturels (ex : croyance, religions), facteurs environnementaux (ex : qualité de l'air, conditions de

ANNEXE 3

GLOSSAIRE

travail), facteurs personnels (ex : habitudes de vie...).

Dépistage

Recherche chez une personne en bonne santé apparente des signes d'une maladie avant qu'elle ne se déclare. On peut faire un dépistage individuel en fonction des risques personnels ou un dépistage de masse qui concerne toute une population (par ex. mammographie pour les femmes de 50 à 70 ans pour détecter le cancer du sein à un stade précoce). Le dépistage de masse est aussi appelé screening.

Développement social

« Le développement social est un processus qui s'appuie sur un repérage des potentialités d'une population, afin de l'aider à prendre la maîtrise de son cadre de vie, à travers une prise de conscience de ses problèmes, la définition.

Diagnostic

Procédure permettant de reconnaître une maladie sur la base des symptômes décrits et des examens pratiqués par le médecin.

E

Education sanitaire

Définit l'action d'induction de comportements dont il est prouvé qu'ils sont favorables à la santé.

Education à la santé

Couvre un champ plus large où prend place la santé au sens de l'OMS, bien-être physique, psychique et social. Mais l'expression « éducation à la santé » laisse entendre que le projet de santé est prédéterminé par les éducateurs (sur des critères objectifs).

Education pour la santé

L'éducation pour la santé comprend des situations consciemment construites pour apprendre, impliquant une certaine forme de communication conçue pour améliorer l'instruction en santé, y compris les connaissances, et pour développer les aptitudes à la vie, qui favorisent la santé de l'individu et de la communauté. L'éducation pour la santé cherche également à stimuler la motivation, les qualifications et la confiance (auto-efficacité) nécessaires pour agir afin

d'améliorer la santé. L'éducation pour la santé informe sur les conditions sociales, économiques et environnementales sous-jacentes affectant la santé, aussi bien que sur les différents facteurs de risque et comportements à risque, et sur l'utilisation du système de santé. Ainsi, l'éducation pour la santé peut impliquer à la fois la communication d'informations et le développement des aptitudes qui démontrent la faisabilité politique et les possibilités organisationnelles de diverses formes d'actions pour agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

Dans le passé, l'expression éducation pour la santé a été employée pour rassembler un large éventail d'actions comprenant la mobilisation sociale et le plaidoyer. Ces méthodes sont maintenant incluses dans la promotion de la santé, et une définition plus étroite de l'éducation pour la santé est proposée ici pour souligner la distinction. D'autres préfèrent définir l'éducation pour la santé plus largement comme la construction d'actions sociales planifiées et d'expériences d'apprentissage conçues pour permettre à des personnes d'obtenir le contrôle des déterminants de la santé et des comportements de santé, et les conditions qui affectent leur état de santé et l'état de santé des autres.

Commission européenne, Rusch E. (coord.) **Glossaire européen en santé publique 2003** <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Autre définition : L'éducation à la santé vise à aider chaque individu à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement.

Education thérapeutique du patient

Un processus continu d'apprentissage, intégré à la démarche de soins. L'éducation du patient est centrée sur le patient et comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements prescrits, les soins à l'hôpital ou dans d'autres lieux de soins, et des informations sur l'organisation des soins et sur les comportements liés à la santé et à la maladie. L'éducation du patient est destinée à aider les patients

et leur famille à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer avec les soignants, à vivre sainement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

Commission européenne, Rusch E. (coord.) **Glossaire européen en santé publique 2003** <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Empowerment

Processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique.

Environnement favorable à la santé

Un environnement favorable à la santé protège les personnes des menaces pesant sur leur santé, et leur permet de développer leurs capacités et leur autonomie (self-reliance) dans la santé. Ce terme englobe les lieux de vie des personnes, les communautés locales, les habitations, les lieux de travail ou de loisir, et comprend également les facilités d'accès que les personnes ont à des ressources de santé et les opportunités d'empowerment qu'elles rencontrent.

Commission européenne, Rusch E. (coord.) **Glossaire européen en santé publique 2003** <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Espérance de vie

Estimation du nombre moyen d'années qu'une personne, à un certain âge, peut s'attendre à vivre. L'espérance de vie à la naissance est un cas particulier, représentant la durée moyenne de vie de la naissance au décès dans une population. C'est une donnée hypothétique calculée sur la base des divers taux actuels spécifiques de mortalité par âge, projetés dans le futur.

Commission européenne, Rusch E. (coord.) **Glossaire européen en santé publique 2003** <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Ethique L' (en éducation pour la santé)

En éducation pour la santé, 4 critères sont retenus par l'OMS. Une action est éthique si :

- l'on s'assure de la participation active de tous les partenaires, usagers et professionnels,
- elle contribue à lutter contre les inégalités et n'en suscite pas de nouvelles,

ANNEXE 3

GLOSSAIRE

- elle est utile et non nocive,
- elle se soumet périodiquement à l'évaluation.

Evaluation en promotion de la santé

L'évaluation peut se définir « comme un processus de production d'un jugement de valeur pour conduire une action par des décisions ». In : Demarteau, 1998, Analyse des Pratiques d'Evaluation de Programme. L'éducation pour la santé et la promotion de la santé sont avant tout des pratiques fondées sur une méthodologie propre. L'évaluation des programmes de santé est elle aussi une pratique. L'évaluation répond à plusieurs enjeux : produire de la connaissance, aider au pilotage de l'action publique, produire du changement en vue d'améliorer les actions, permettre un travail de partenariat entre les acteurs, contribuer à faire progresser collectivement les acteurs, valoriser et communiquer autour du projet. Démarche permanente tout au long de la mise en œuvre du projet, l'évaluation est avant tout une pratique au service de l'ensemble des acteurs, qu'il s'agisse des décideurs, des opérateurs, des promoteurs et des bénéficiaires de l'action.

Equité en santé

L'équité en santé renvoie à un jugement fondé sur la valeur de justice sociale. Elle réfère au redressement du caractère injuste d'une inégalité observée soit dans la distribution d'une ressource qui permet la santé ou dans un état de santé.

F

Facteur de risque

Caractéristique liée à une personne, à son environnement, sa culture ou son mode de vie et qui entraîne pour elle une probabilité plus élevée de développer une maladie. Exemple : une alimentation pauvre en fruits et légumes est un facteur de risque de cancer.

G

Gradient social de santé

Observation d'une correspondance entre la position sociale des individus et leur état de santé. Un gradient social de santé est

observable lorsque la fréquence d'un problème de santé ou d'une exposition à un facteur de risque augmente régulièrement à partir des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées.

I

Inégalités sociales de santé

Il n'existe pas une définition universelle des inégalités sociales de santé. Elles font référence à toute relation entre la santé et l'appartenance à un groupe social. Si l'on se réfère à la définition des inégalités de santé de la Banque de données en santé publique, par similitude, on pourrait écrire que les inégalités sociales de santé sont des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé » observées entre des groupes sociaux. Elles concernent toute la population selon un gradient social, c'est-à-dire avec une fréquence qui augmente régulièrement des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées.

HAMEL Emmanuelle

Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations

Saint-Denis : INPES, 2009/10, p. 35
www.inpes.sante.fr/guide-autoevaluation-qualite/pdf/Guide-qualite-version-integrale.pdf

M

Morbidité

Indicateur de mesure de la fréquence des maladies ou des états de mauvaise santé d'une population. Ecart subjectif ou objectif vis-à-vis de l'état de bien-être idéal. La morbidité est mesurée par des taux de prévalence ou d'incidence.

On peut distinguer :

- Morbidité ressentie mais non exprimée
- Morbidité ressentie et exprimée
- Morbidité diagnostiquée.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique 2003 <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Mortalité (taux de)

Mesure de la fréquence de décès dans

une population. Il est calculé en divisant le nombre de décès pour une période donnée auprès d'une population à risque, par 1000.

Le taux de mortalité d'une population est calculé sur la base de différents indicateurs et en particulier sur les taux de mortalité brut, net, ajusté et standardisé. Le taux de mortalité brut utilise comme dénominateur la population entière, mais depuis que le nombre de décès est plus élevé dans la population âgée, le taux ajusté de mortalité qui tient compte de la structure par âge et par sexe de la population donne un taux plus facilement comparable.

On peut distinguer la :

- mortalité totale (englobe toutes les causes, au sein de la population),
- mortalité spécifique (liée à une cause en particulier, à l'âge, au sexe ou à une autre caractéristique considérée comme importante),
- mortalité différentielle (liée à une cause additionnelle, à un âge différent, au sexe, au statut socio-économique ou à toute autre caractéristique considérée comme importante).

Commission européenne, Rusch E. (coord.)
Glossaire européen en santé publique 2003 <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Mortalité fœtale

Définition : (définition adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1950, a une valeur internationale.) : Décès survenant avant l'expulsion ou l'extraction complète du produit de la conception du corps de la mère, quelle qu'ait été la durée de la gestation; le décès est indiqué par le fait que le fœtus séparé du corps de la mère ne respire pas et ne donne aucun signe de vie (ni battements de cœur, ni pulsations du cordon ombilical, ni mouvements précis des muscles striés).

Mortalité infantile

La mortalité infantile est le nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie. Ce chiffre est rapporté à 1000 naissances d'enfants vivants.

Mortalité néo natale précoce

Nombre d'enfants nés vivants, puis décédés entre la naissance et 28 jours après la naissance, rapporté au nombre de

ANNEXE 3

GLOSSAIRE

naissances vivantes. En d'autres termes, il s'agit du nombre de décès après la naissance divisé par le nombre de naissances vivantes. On distingue parfois la mortalité néonatale précoce (0-6 jours) et tardive (7 à 27 jours).

Mortalité péri natale

Somme de la mortalité et de la mortalité néonatale précoce, représentant le nombre de décès survenus entre le début de la vingt-huitième semaine de la vie intra-utérine et la fin du septième jour de la vie aérienne.

Mortalité post néonatale

Décès d'enfant âgés de 28 jours à 6 mois.

P

Prévention

Actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé.

Commission européenne, Rusch E. (coord.) **Glossaire européen en santé publique 2003** <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Prévention des maladies

La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences. La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie. La prévention secondaire et tertiaire vise à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et ses effets par le dépistage précoce et un traitement approprié ; ou à réduire le risque de rechute et de chronicité, au moyen d'une réadaptation efficace, par exemple. Les expressions « prévention de la maladie » et « promotion de la santé » sont parfois utilisées de façon complémentaire.

Glossaire de la promotion de la santé

Genève : OMS, 1999, p. 4
www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf

Promotion de la santé

La charte d'Ottawa (1986, OMS) propose une définition de la promotion de la santé : «La promotion de la santé est un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci». Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie : il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.»

Ceci inclut de nombreuses dimensions de la vie d'une personne.

Dans cette définition, on y trouve des domaines importants (les déterminants de la santé) :

- conditions de vie et facteurs personnels
- facteurs sociaux
- facteurs économiques
- facteurs environnementaux

Il s'agit donc d'un processus qui intègre les facteurs environnementaux dans un processus beaucoup plus général, lequel « offre un concept positif et complet de santé comme déterminant de la qualité de vie ».

Ses moyens sont :

- l'élaboration d'une politique publique saine
- le renforcement de l'action communautaire
- le développement des aptitudes personnelles
- la réorientation des services de santé
- la création de milieux favorables

Q

QALYs

Indicateur synthétique unidimensionnel utilisé, essentiellement pour effectuer la comparaison « coût – utilité » des programmes de santé. Les QALYs (Quality adjusted Life years) sont définis comme les années de vie en parfaite santé jugées équivalentes aux années effectivement vécues dans un état de santé donné.

Qualité (Démarche)

En promotion de la santé, la démarche qualité se définit comme l'ensemble des caractéristiques liées à une action qui permettent de proposer la meilleure réponse possible aux besoins de santé des populations.

En promotion de la santé, s'assurer de la qualité c'est mettre en place une démarche systématique pour identifier les composantes clefs de l'action et pour repérer toutes les possibilités d'amélioration. Il faut donc se questionner :

- sur la cohérence entre les valeurs et la démarche de l'association qui porte l'action et les principes de promotion de la santé, définis notamment dans la Charte d'Ottawa ;
- sur la conformité de l'action elle-même à ces principes ;
- et s'assurer que le cycle de projet (analyse de situation, planification, animation et gestion de l'action) respecte des principes méthodologiques.

(Extrait Guide INPES d'autoévaluation construit par et pour des associations - Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?).

Qualité de vie

Correspond à l'expérience individuelle de la vie et à la satisfaction engendrée par différents éléments de celle-ci (famille, maison, revenus, conditions de travail, etc.). Ce concept a été adopté comme indicateur dans la mesure des effets des traitements médicaux, utilisant un point de vue subjectif du changement, avant et après traitement. La qualité de vie est un concept très large qui incorpore de façon complexe au niveau de la personne, différentes dimensions : bien-être physique, état psychologique, niveau d'indépendance, relations sociales,

ANNEXE 3

GLOSSAIRE

croyances personnelles et relations aux principaux éléments de l'environnement. L'unité Q.A.LY (année de vie ajustée sur la qualité) est souvent utilisée dans la mesure de l'impact d'un traitement médical sur la qualité de vie (analyse coût - utilité).

Commission européenne, Rusch E. (coord.)
Glossaire européen en santé publique 2003 <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

R

Risque

Probabilité d'un événement défavorable. La perception individuelle du risque est variable selon les sujets, de même que la réponse d'un individu au risque – le risque pour l'un n'est pas nécessairement un risque pour l'autre. Tout dépend de l'exposition au risque, volontaire ou au contraire involontaire et incontrôlable. Conduire une voiture est indispensable, habituel, sous contrôle personnel et n'est donc pas considéré comme représentant une entreprise risquée comparée à celle de voler en avion. Il peut être difficile d'informer du risque en raison de la réaction individuelle qui est intuitive et émotive et parce qu'il n'existe pas de référence commune permettant de juger de divers risques.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)
Glossaire européen en santé publique 2003 <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Facteur de risque

Caractéristique individuelle ou collective, associée de manière causale à l'augmentation de l'incidence de la maladie ou à un problème de santé dans une population et par conséquent à l'augmentation de la probabilité d'un développement individuel de la maladie ou d'un problème de santé.

Portail Santé Environnement Travail - Glossaire

www.sante-environnement-travail.fr/dictionnaire.

S

Santé

Un état de complet bien-être physique, mental et social et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité. La santé est une ressource pour chaque jour de la vie, et n'est pas la finalité de la vie. C'est un concept positif, mettant en avant les ressources sociales et personnelles aussi bien que les capacités physiques.

Cette définition de l'OMS exprime un idéal, qui devrait être le but de toutes les activités de développement de la santé. Dans la médecine et dans la recherche, la santé est souvent comprise comme l'absence d'une maladie ou d'un trouble diagnostiqué. Dans le contexte de la promotion de santé, la santé est appréhendée comme une ressource, qui permet à des personnes de mener une vie individuellement, socialement et économiquement productive face à des situations en perpétuelle changement.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)
Glossaire européen en santé publique 2003 <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Santé communautaire

Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des actions les plus aptes à répondre à ces priorités. L'action communautaire en santé désigne les efforts entrepris collectivement par une communauté pour augmenter sa capacité à agir sur les déterminants de sa santé et ainsi améliorer son état de santé.

HAMEL Emmanuelle

Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations

Saint-Denis : INPES, 2009/10, p. 34
www.inpes.sante.fr/guide-autoevaluation-qualite/pdf/Guide-qualite-version-integrale.pdf

Santé environnementale

En terme de politiques publiques, la santé environnementale vise à réduire les menaces qui pèsent sur les personnes, tant dans leur environnement physique que dans leur cadre de vie (quartier, cité, logement, milieu de travail, etc.) Plus largement, la santé environnementale englobe les déterminants économiques et sociaux.

MENARD Colette, GIRARD Delphine, LEON Christophe
Baromètre santé environnement 2007
Saint-Denis : Editions INPES, 2008, p. 30
www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1114.Pdf

T

Taux de mortalité

Taux d'incidence des décès dans une population.

Taux de mortalité précoce évitable

Le taux de mortalité évitable est « le rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès pour une cause évitable donnée, à la population du groupe d'âge associé à la cause évitable au milieu de la même période ».



Agence de Santé Océan Indien

2 bis avenue Georges Brassens - CS 60050
97408 Saint-Denis cedex 09
Tél : 02 62 97 97 00 - Fax : 02 62 97 97 18

www.ars.ocean-indien.sante.fr

