

# État de santé et organisation sanitaire

L'état de santé des populations d'outre-mer est présenté sous l'angle des spécificités démographiques, des pathologies et des réponses apportées en termes d'organisation sanitaire.

## L'offre de soins spécialisée dans les archipels polynésiens éloignés de Tahiti

L'offre de soins spécialisée dans les archipels polynésiens éloignés de Tahiti est portée par le « réseau inter-îles ». Celui-ci est soutenu par le pays, la Caisse de prévoyance sociale et le centre hospitalier de Polynésie française, pour un coût annuel de 153 millions XPF (1,3 millions euros). Le bilan 2014 montre un impact social et financier positif. Cependant la fragilité de l'offre de soins de proximité obère le bénéfice attendu.

La Polynésie française, située à 18 000 km de Paris, est composée de cinq archipels : Îles-du-vent (dont la capitale Tahiti), Îles-sous-le-vent, Australes, Tuamotu-Gambier, Marquises, éparpillés sur un territoire aussi vaste que l'Europe.

La population s'élève à 268 207 habitants<sup>1</sup> dont les trois-quarts résident à Tahiti ; les bassins de population des autres îles sont faibles et dispersés. 43,1 % de la population a moins de 20 ans ; l'espérance de vie est de 75 ans ; le taux de chômage atteint 22 %.

Collectivité d'outre-mer, la Polynésie française bénéficie, par la loi organique de 2004, d'un statut d'autonomie

interne à spécialité législative. Elle est compétente dans le domaine de la santé et dispose d'un ministère de la Santé. Le haut-commissaire de la République en Polynésie française représente l'État.

Les dépenses de santé sont financées à hauteur de 60,2 % par les cotisations salariales, versées à la Caisse de prévoyance sociale, de 28 % par la Polynésie française, et de manière plus marginale par les ménages (6,4 %) et l'État (2,5 %) [22].

Le système de soins dans les archipels éloignés repose sur :

- un niveau de proximité immédiate porté quasi exclusivement par le secteur public aux Australes, Marquises et Tuamotu-Gambier, et par les secteurs public et libéral aux Îles-sous-le-vent. Il inclut les soins de santé primaires et les équipements permettant la prise en charge du patient dans l'attente d'un transfert vers un niveau supérieur ;
- un niveau de proximité renforcée répondant aux besoins d'hospitalisation des patients (un hôpital aux Îles-sous-le-vent, un aux Marquises) ;
- un niveau territorial assurant des activités de soins spécialisés de dernier recours : le centre hospitalier de la Polynésie française basé à Tahiti. Trois cliniques

**Bruno Cojan**  
**Xavier Malatre**  
Médecins-inspecteurs de santé publique, Direction de la santé, Polynésie française  
**Frédéric Labrousse**  
Responsable du Réseau inter-îles, Centre hospitalier de Polynésie française

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.*

1. Données ISPF, RP 2012



privées et les professionnels libéraux complètent l'offre de soins.

L'offre de soins dans les archipels est particulièrement dégradée. L'étude 2015 sur les Australes, Tuamotu-Gambier et Marquises [7] montre que :

- la densité (pour 100 000 habitants) des médecins généralistes (32) et des infirmiers (223) est la plus basse de la nation <sup>2</sup> ;
- le *turn-over*<sup>3</sup> médical moyen est phénoménal : 251 % ;
- la couverture pour 1 000 habitants est de 23 semaines par an pour les médecins, celui des infirmières est de 70 semaines par an.

### Le réseau inter-îles<sup>4</sup>

Au début des années 1990, les cardiologues (pour le rhumatisme articulaire aigu<sup>5</sup>), les ophtalmologues et les psychiatres ont mis en place, avec les généralistes des archipels, des consultations spécialisées avancées. Des études de la Caisse de prévoyance sociale [20, 21] ou de la Direction de la santé<sup>6</sup> ont permis de formaliser ce dispositif dans le schéma d'organisation sanitaire. Une convention cadre entre le centre hospitalier de la Polynésie française et la Caisse de prévoyance sociale (2003, 2006)<sup>7</sup>, annexée d'avenants et de contrats d'objectifs annuels, instaure la cellule du réseau inter-îles. Celle-ci est chargée de gérer les missions de consultations spécialisées avancées dans ces archipels. La Caisse de prévoyance sociale prend en charge les frais de transport et le fonctionnement du réseau inter-îles, la Direction de la santé assure les frais de missions, le centre hospitalier de la Polynésie française met à disposition le personnel (infirmiers, médecins, sages-femmes) financé par sa dotation globale.

### Impact des consultations spécialisées avancées

#### Indicateurs observés et analysés

- Activité du réseau inter-îles
- Évacuations sanitaires (évasans)
- Salaires, indemnités et coût d'hébergement des missionnaires
- Frais de transport

2. En référence à la démographie des médecins et des professions de santé (RPPS) au 1<sup>er</sup> janvier 2014

3. Taux de *turn-over* = [(Nbre d'arrivée pendant l'année N + Nbre de départ pendant l'année N) / 2] × 100 / Effectif réel moyen de l'année N

4. Site internet du Réseau inter-îles : <http://www.chpf.pf/reseau-inter-iles/presentation>

5. Site internet du RAA en Polynésie française : <http://chez.mana.pf/~costes/>

6. Malatre X. *Consultations spécialisées avancées, besoins exprimés, état des lieux et perspectives*. Présentation Powerpoint, DS, Polynésie française, 2002.

7. Convention-cadre pour l'établissement de contrats d'objectifs relatifs aux missions de praticiens du CH Polynésie française et de la Direction de la santé dans les structures publiques de santé publique, entre la Polynésie française et la CPS et le centre hospitalier Polynésie française, avril 2006.

● Coût total du dispositif du réseau inter-îles et coût théorique lié aux évasans en l'absence du réseau inter-îles si les patients avaient été évacués vers Tahiti pour y bénéficier d'une consultation spécialisée

● Entretiens auprès des partenaires (professionnels de santé, réseau inter-îles, DS, centre hospitalier Polynésie française, Caisse de prévoyance sociale)

### Bilan d'activité 2006 à 2014

Chaque année, environ 10 000 consultations spécialisées avancées sont réalisées [19]. La variation de chaque discipline est liée à la disponibilité de spécialistes (figure 1).

Les missions sont constituées de demi-journées d'activité et de temps consacré aux déplacements. Ces derniers représentent près de 40 % du temps total de mission (tableau 1).

Le nombre d'évasans augmente de 8 % sur la période, leur coût de 40 %. Le nombre de patients augmente de 6,5 %. Les réquisitions diminuent de 14 %.

### Avantages sociaux des consultations spécialisées avancées

● Selon les patients : elles apportent une réponse aux besoins de soins à proximité immédiate du patient, améliorent le lien patient-médecin, et le suivi des patients, évitent la rupture de la vie professionnelle et familiale, enfin elles diminuent le nombre d'accompagnateurs familiaux.

● Selon les professionnels de santé : elles permettent la diminution des urgences liées à l'absence de suivi, la baisse des évacuations pour le suivi spécialisé de longues maladies, la diminution des évasans urgentes au profit d'évasans programmées, une approche plus adaptée du patient par les médecins spécialistes du fait d'une meilleure connaissance du terrain.

### Analyse financière

*Le poids des déplacements* : Le temps consacré aux déplacements diffère selon les professions. Il est le moins important pour les praticiens hospitaliers (32 %).

*La comparaison du coût du dispositif* réseau inter-îles à un coût théorique en l'absence de ce dispositif montre un bénéfice pour l'assurance maladie. Les évacuations sanitaires inter-îles représentent 2 % de la consommation de biens et de soins médicaux [22]. Sur la période 2006-2013 l'augmentation du coût (40 %) est liée à l'augmentation des tarifs aériens (21 %), à celle du nombre des patients (6,5 %) et à une augmentation des demandes d'entente préalable (11 %). Cette dernière semble provenir d'une part des consultations spécialisées avancées contribuant à l'amélioration des prises en charge, d'autre part de l'offre limitée des soins primaires.

La diminution des réquisitions (-14 %) est un impact positif du réseau inter-îles.

### Conclusions

L'immense dispersion géographique des îles et des populations de la Polynésie française induit des stratégies

figure 1

**Nombre annuel de consultations spécialisées avancées par discipline, de 2006 à 2014**

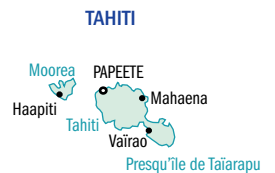
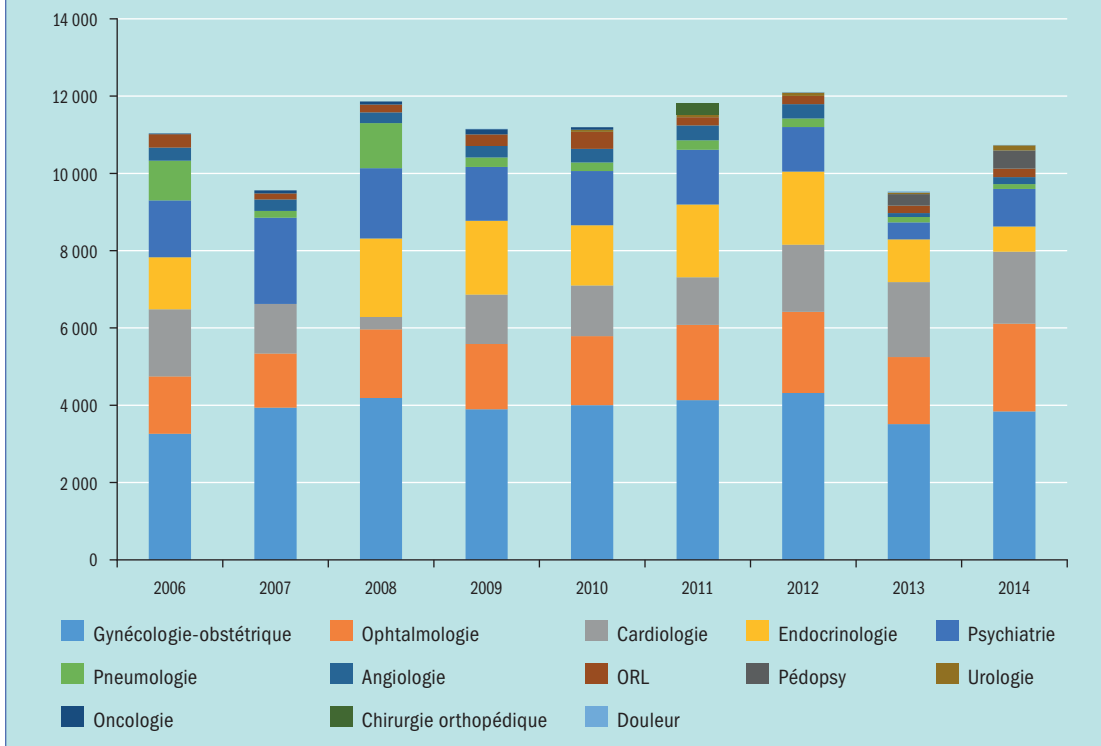


tableau 1

**Nombre d'évacuations sanitaires urgentes (réquisitions) et programmées (sur demande d'entente préalable DEP) de 2006 à 2013, nombre de patients et coût en millions de XPF**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
DEP	22 154	23 689	25 507	25 639	23 769	22 534	21 534	24 628
Réquisitions	3 336	3 134	2 799	3 023	2 833	2 685	2 678	2 878
Total evasans	25 490	26 823	28 306	28 662	26 602	25 219	24 212	27 506
% Réquis/total	13,1%	11,7%	9,9%	10,5%	10,6%	10,6%	11,1%	10,5%
Patients	13 726	14 371	14 786	14 819	14 135	13 987	13 503	14 624
Coût	1 052	1 094	1 224	1 248	1 114	1 201	1 254	1 478



innovantes et adaptées aux besoins des patients. La mise en place des missions des consultations spécialisées avancées du réseau inter-îles en est une. Tant sur le plan social que financier, ce dispositif montre sa pertinence.

Les avantages des consultations spécialisées avancées ne doivent pas pour autant obérer la nécessité d'assurer l'offre de soins primaires, la prévention et la promotion de la santé, au risque de développer un système de soins déséquilibré. L'impact positif potentiel des consultations

spécialisées avancées est fortement entravé par la fragilité de l'offre de soins primaires (et notamment par le turn-over phénoménal des médecins de la Direction de la santé) et aussi par les difficultés de mise en place des données médicales partagées.

L'efficacité du dispositif de réseau inter-îles ne peut s'améliorer qu'à condition de renforcer l'offre de soins de proximité en stabilisant les personnels et en équipant les structures des nouvelles technologies d'information médicale (dossier médical partagé et télé-médecine). 🐟



## La Réunion et Mayotte, des spécificités régionales à prendre en compte dans la veille sanitaire

**Laurent Filleul**  
**Frédéric Pagès**  
**Jean-Louis Solet**  
Département de coordination des alertes et des régions, cellule de l'Institut de veille sanitaire en Région océan Indien, Saint-Denis, La Réunion

**M**ayotte et La Réunion sont deux territoires français insulaires du sud-ouest de l'océan Indien, situés à plus de 9 000 km de la France métropolitaine. Mayotte située dans l'archipel des Comores dans le canal du Mozambique, est le 101<sup>e</sup> département français et comprend près de 214 700 habitants dont 40 % sont d'origine étrangère. Avec 570 habitants au km<sup>2</sup>, Mayotte est le département français le plus dense après ceux d'Île-de-France. La structure par âge de la population mahoraise révèle une population très jeune. Au recensement 2012, la moitié de la population a moins de 17 ans et demi (contre 23 ans en Guyane et 39 ans en métropole). À l'autre extrémité de la pyramide, les personnes âgées de 60 ans et plus ne représentent que 4 % de la population (13 % à La Réunion et 24 % en métropole). Mayotte est ainsi le département le plus jeune de France.

La Réunion, département-région, comprend 844 994 habitants et se situe à l'est de Madagascar, à proximité de l'île Maurice. La croissance démographique se poursuit à un rythme soutenu et l'Insee y prévoit à l'horizon 2030, 1 million d'habitants.

Ces deux îles se caractérisent par leur climat tropical, leurs nombreux échanges de proximité mais aussi avec l'Asie du Sud-est et le sous-continent indien. Si la transition épidémiologique est plus avancée à La Réunion qu'à Mayotte, le fardeau des maladies infectieuses reste non négligeable dans les deux îles tandis que celui des pathologies chroniques et de surcharge ne cesse d'y croître de manière inquiétante du fait des pratiques alimentaires locales.

Ainsi, aux problèmes de santé publique observés en France métropolitaine (épidémies saisonnières, pathologies cardiovasculaires, population vieillissante et ses pathologies associées...) s'ajoutent des infections spécifiques à forte prévalence telles que la leptospirose, les arboviroses, mais aussi des pathologies potentiellement ré-émergentes comme le bérubéri et la filariose. Par ailleurs, les prévalences du diabète, de l'obésité et de l'asthme sont préoccupantes.

Ces spécificités sanitaires ainsi que le caractère insulaire de ces territoires nécessitent une veille sanitaire adaptée et réactive. Cette veille sanitaire se doit d'être locale mais également internationale car il est indispensable de connaître l'état sanitaire des pays voisins, qui appartiennent au même « bloc épidémiologique » pour certaines pathologies infectieuses mais également chroniques.

### L'expérience du chikungunya

Cette épidémie survenue dans l'océan Indien en 2005-2006 illustre bien cette nécessité de développer une surveillance épidémiologique adaptée à cette région. Elle a particulièrement touché La Réunion et Mayotte avec près de 38 % de la population infectée. Elle a montré que ces îles étaient particulièrement exposées au risque d'arboviroses. En effet, elles entretiennent de nombreux échanges touristiques, familiaux, étudiants ou professionnels avec plusieurs pays de la zone océan Indien où des arboviroses circulent de manière endémique ou épidémique. L'arrivée de voyageurs infectés sur le territoire, couplée à la présence de moustiques vecteurs, peut à tout moment entraîner l'apparition de chaînes de transmission de la maladie voire d'épidémies si les conditions sont favorables. En raison des nombreux vols quotidiens vers la métropole, de nombreux cas de chikungunya ont été pris en charge en 2005-2006 dans le département des Bouches-du-Rhône. Depuis, *Ae. Albopictus* s'y est bien implanté et un même afflux de cas pourrait y déclencher à l'avenir une ou des chaînes de transmission.

Cette épidémie, qui a eu un impact sanitaire sans précédent, a également démontré l'intérêt d'une bonne articulation entre les professionnels de santé et les acteurs locaux de la santé publique. Cette proximité entre les acteurs de terrain présente un intérêt opérationnel majeur pour la détection d'événements sanitaires inhabituels mais également pour la surveillance épidémiologique. La constitution de réseaux de professionnels de santé et leur animation sur le terrain sont donc une priorité, pour disposer d'une vision sur l'état de santé de la population mais également assurer une réactivité optimale face à des situations émergentes en développant au quotidien chez les professionnels de santé la culture du signalement.

### Un travail en réseau

La cellule de l'Institut de veille sanitaire en région océan Indien (Cire OI) coordonne un réseau de médecins sentinelles financé par l'Agence de santé océan Indien (ARS OI). Ces médecins volontaires contribuent à la surveillance en routine des syndromes grippaux, des virus circulants et des gastro-entérites. Lors de crises sanitaires ou d'épidémies, ils peuvent également mettre sous surveillance des pathologies spécifiques.

Les données produites par ce réseau ont ainsi permis en 2011 d'adapter le calendrier vaccinal contre la grippe

## Chiffres sur asthme, diabète, obésité

### À La Réunion

#### Asthme

- Une étude descriptive de la mortalité par asthme à La Réunion au cours de la période 1990-1998 ainsi que de la morbidité de l'asthme ayant nécessité une admission hospitalière au cours de la période 1998-2002 a montré que la mortalité par asthme y est, selon la classe d'âge et le sexe, 3 à 5 fois plus élevée qu'en métropole, et les hospitalisations pour asthme sont 2 fois plus [40].
- En 2005-2007, une étude nationale a montré que les taux comparatifs de décès par asthme étaient plus de 2 fois supérieurs à La Réunion qu'en métropole, et les risques d'hospitalisation pour asthme également plus élevés [14].
- L'enquête nationale en milieu scolaire effectuée en 2005-2006 révèle qu'à La Réunion la prévalence cumulée de l'asthme au sein de cette population est de 21,6 % et la prévalence des sifflements dans l'année écoulée de 17,6 % [9]. Ces résultats placent La Réunion parmi les régions ayant les plus forts taux.

### À Mayotte

#### Asthme

Pas de données sur l'asthme à Mayotte.

#### Diabète

- Les résultats de l'enquête épidémiologique REDIA (Réunion-diabète), menée entre 1999 et 2001 par l'Inserm, donnent une prévalence globale ajustée sur le sexe et l'âge dans la population adulte (30-69 ans) de 17,7 % et environ 10 % dans la population globale, soit 3,5 fois plus qu'en métropole [12].
- La prévalence du diabète de type 2 sur l'échantillon REDIA 2 (suivi de la cohorte REDIA : de 3 096 personnes alors âgées de 23 à 78 ans) était de 22,7 % sur la période 2006-2009.
- La Réunion était caractérisée par la fréquence du diabète traité la plus élevée de France en 2009 : 8,8 %, soit le double de la valeur nationale (4,4 %) [36].
- Le taux standardisé de mortalité est 3,8 fois plus élevé à La Réunion comparativement à la moyenne métropolitaine (61 décès pour 100 000 contre 16 pour 100 000) [11].

#### Obésité

D'après l'enquête REDIA 2001, plus de la moitié des femmes (52 %) ont un problème de surpoids contre 46 % des hommes. Par contre l'obésité est plus importante chez les femmes (19 % contre 10 % chez les hommes) [12].



### LA RÉUNION



#### Diabète

Selon les résultats de l'étude Maydia, la prévalence totale du diabète est estimée à 10,5 % entre 30 et 69 ans [39]. Une personne sur 10 âgée de plus de 30 ans est diabétique et une personne sur 5 au-delà de 60 ans.

#### Obésité

Selon les résultats de l'étude Maydia, le surpoids concerne 35 % des hommes et 32 % des femmes. L'obésité concerne 17 % des hommes et surtout 47 % des femmes et est encore plus fréquente qu'à La Réunion [39].

à La Réunion alors que celui-ci préconisait antérieurement de vacciner à une période inadaptée, car postérieure à la survenue des épidémies de grippe. Nous voyons ici l'intérêt de disposer de données locales et d'utiliser leur interprétation pour une mise en application adaptée des politiques nationales.

L'expérience du chikungunya a également entraîné la création d'un réseau de surveillance au sein des pays de la zone : le réseau Seg-One Health (surveillance épidémiologique et gestion des alertes) [41]. Ce réseau repose sur les structures nationales de veille sanitaire humaines et animales et permet des échanges hebdomadaires sur l'actualité épidémiologique dans la zone de l'océan Indien. Il permet d'anticiper des problèmes

sanitaires survenant sur des îles voisines, de coordonner des protocoles de réponses et éventuellement de mutualiser des moyens de réponses. Aider un partenaire disposant de moyens humains, financiers ou techniques moindres n'est pas seulement une démarche altruiste mais peut permettre de circonscrire la transmission de pathogènes et ainsi d'empêcher leur diffusion dans la sous-région.

### Un dispositif régional de surveillance continu et réactif

Afin de suivre certaines de ces spécificités locales, des dispositifs de surveillance épidémiologique ont été mis en place par la Cire OI afin de disposer d'informations

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.



en continu pour évaluer les tendances. Ces informations sur l'état de santé de la population sont régulièrement transmises aux autorités sanitaires qui peuvent ensuite adapter leur politique de santé et/ou mettre en place des plans de réponses.

Ainsi par exemple les arboviroses, la leptospirose, les pathologies saisonnières, le paludisme font l'objet d'une surveillance spécifique en sus des maladies à déclaration obligatoire. De même, compte tenu de l'éloignement de La Réunion du centre anti-poisons et de toxicovigilance dont elle dépend (CAP-TV de Marseille), un réseau local de toxicovigilance a été mis en place avec l'objectif de recueillir les signaux d'intoxication survenus sur l'île. Il permet de prendre les mesures de gestion adéquates et de les décrire d'un point de vue épidémiologique afin d'orienter la prévention à court et long termes.

À côté de cette surveillance spécifique, un système de surveillance syndromique a été développé à La Réunion et à Mayotte. Il repose sur l'utilisation de données collectées en routine par des systèmes informatisés et intègre de multiples sources de données existantes. Ce système répond à de multiples objectifs : le suivi des tendances d'activité sanitaire, la détection d'événements de santé inhabituels, l'estimation d'impacts sanitaires d'événements exceptionnels mais aussi la constitution d'un réseau de professionnels de santé. Il est coordonné au niveau national par le Département de coordination des alertes et des régions (DCAR) de l'InVS. À La Réunion et à Mayotte cette surveillance, animée par la Cire OI, a été renforcée dès l'alerte de la pandémie grippale en 2009 et a ainsi suivi l'évolution de la pathologie qui a impacté les deux îles bien avant la métropole. Elle a permis d'anticiper et d'adapter des réponses face à un contexte et une situation sanitaire sans précédents.

Aujourd'hui, les sources de données utilisées sont multiples : activité des urgences, du Samu-centre 15, données de mortalité, remboursements de la Caisse générale de sécurité sociale. Elles permettent de surveiller en continu plusieurs indicateurs qui couvrent les différentes formes d'une maladie : de la forme bénigne (consultation médicale) aux formes sévères (hospitalisations) jusqu'au décès. Aujourd'hui, c'est un véritable réseau de professionnels de santé et d'épidémiologistes qui a été créé à Mayotte et à La Réunion afin de faire évoluer la veille sanitaire. Ce système, qui se doit de ne pas entraîner une surcharge de travail aux partenaires, progresse, s'améliore et prouve son efficacité. Il a également démontré que des données d'activité habituellement utilisées pour de la planification pouvaient être utiles à la veille sanitaire en apportant des informations importantes pour la santé publique.

### Des besoins d'indicateurs sanitaires régionaux

Si les systèmes de surveillance continus contribuent à une bonne visibilité de la situation sanitaire de la population de Mayotte et de La Réunion, il est indispensable

de disposer de données épidémiologiques locales, à des échelles fines, pour permettre des analyses descriptives et analytiques.

Il s'agit d'un enjeu important pour élaborer et suivre les politiques de santé au sens large. Or l'éloignement ne facilite pas la réalisation d'études. Les grandes enquêtes nationales concernent le plus souvent la métropole, pour des raisons majoritairement financières, et l'extrapolation des résultats est souvent inadaptée pour les départements d'outre-mer. Une déclinaison locale faite par des acteurs locaux serait pourtant possible notamment en milieu scolaire (addictions, comportements sexuels, suicides, comportements alimentaires, etc.). En matière de risque environnemental, il est impossible de faire une évaluation de risque quand les pratiques de la population ne sont pas connues, notamment sur le plan alimentaire : consommation de poissons pélagiques pour l'exposition au mercure, de légumineux, de fruits pour les expositions aux insecticides et au plomb. Cela nécessite de disposer de structures locales de recherche, voire de registres afin de pouvoir mener des études et identifier des facteurs de risques. Car si les bases de données médico-administratives disponibles peuvent servir pour la description, elles sont encore insuffisantes pour expliquer les situations sanitaires observées.

Des études complémentaires à Mayotte et à La Réunion, réalisées au niveau local, sont donc nécessaires afin d'acquérir des connaissances et répondre aux nombreuses interrogations qui persistent comme la prévalence élevée des malformations congénitales à La Réunion, de la mortalité périnatale, des avortements chez les mineures, du diabète et des pathologies associées dans les DOM, ainsi que du fardeau des maladies cardiovasculaires, première cause de mortalité à La Réunion.

Au total, il faut retenir que la situation géographique (éloignement et proximité avec des zones à risque sanitaire) nécessite de disposer de structures de veille sanitaire réactives mais également d'offres de soins, réactives et autonomes au niveau local. Des organisations spécifiques ont été mises en place dans les DOM mais elles doivent être renforcées et complétées par des moyens dédiés en prenant en compte les spécificités régionales notamment les nombreux gaps de connaissance (prévalence des hépatites, du VIH, etc.) mais aussi la dimension internationale qui s'impose à la dimension outre-mer. 🐟

## Saint-Pierre-et-Miquelon : un faible nombre d'habitants dans un contexte géographique difficile

**S**aint-Pierre-et-Miquelon est situé dans l'océan Atlantique nord. Cet archipel français d'Amérique du Nord se situe à 25 km au sud de l'île canadienne de Terre-Neuve. Ancien département d'outre-mer, puis collectivité territoriale à statut particulier, c'est aujourd'hui une collectivité d'outre-mer.

Deux îles principales composent l'archipel : Saint-Pierre, la plus petite, abrite 86 % de la population, et Miquelon qui est constituée de deux presqu'îles : Grande Miquelon et Langlade reliées entre elles par un isthme de sable depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle.

La population, en progression lente depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle, comptait au 1<sup>er</sup> janvier 2009, selon les chiffres de l'Insee, 6 082 habitants soit respectivement 5 478 et 604 habitants sur les communes de Saint-Pierre et Miquelon-Langlade.

À Saint-Pierre, un centre hospitalier emploie environ 200 personnes, dont une vingtaine de personnels médicaux. Chaque année plusieurs spécialistes y viennent en mission. La Caisse de prévoyance locale a contribué à la création, en 2007, d'un centre de santé distinct de l'hôpital. À Miquelon, il existe un poste médical doté d'un médecin. En 2014, plus de deux millions d'euros ont été investis dans le domaine de la télé-médecine, excellente réponse à l'éloignement, à ce titre des pré-consultations en cancérologie, en dermatologie, ont significativement permis des réponses plus précoces dans des domaines variés.

Les prises en charge nécessitent une coopération développée avec les hôpitaux canadiens, en particulier, Saint-Jean de Terre-Neuve pour les urgences vitales (environ 60 par an), Halifax et Moncton au New Brunswick. Il est à signaler que la Royal Rescue canadienne peut être amenée à intervenir en soutien d'évacuation, en particulier dans les périodes de tempêtes.

L'hôpital de Moncton présente l'intérêt d'un environnement francophone et l'on peut penser que les coopérations à venir vont s'intensifier, un projet de journées médicales entre l'hôpital de Saint-Pierre et Moncton sont à l'étude.

La Caisse de prévoyance sociale mène régulièrement des négociations tarifaires avec les établissements canadiens dont les prix peuvent être, à acte médical similaire, 3 à 4 fois plus élevés.

À Saint-Pierre-et-Miquelon, les compétences dévolues aux agences régionales de santé sont exercées par un service déconcentré de l'État placé sous l'autorité du préfet : l'administration territoriale de santé (*article L. 1441-1 du Code de la santé publique*). Celle-ci met en œuvre et coordonne la politique de santé dans toutes ses composantes, pour mieux adapter les réponses aux spécificités et aux besoins locaux. L'administration territoriale de santé bénéficie de l'aide de l'ARS d'Aquitaine dans les domaines médicaux, pharmaceutiques ou encore de la veille sanitaire.

Compte tenu du faible nombre d'habitants, le coût de l'offre de santé à Saint-Pierre-et-Miquelon est élevé. Rapporté au nombre d'habitants c'est le plus élevé d'outre-mer.

Les dépenses de santé du régime général de l'Assurance maladie sont importantes. Elles progressent de 9,8 % en 2012 pour atteindre 32,4 millions d'euros<sup>1</sup>. L'Institut d'émission des départements d'outre-mer (IEDOM) indique, dans son rapport sur l'année 2012, que cette évolution est liée à la progression des dépenses maladies en raison de l'augmentation de la dotation globale hospitalière (+9,9 %) et des soins à l'extérieur de l'archipel (+14,2 %), qui représentent respectivement 47 %

1. Rapport de l'IEDOM, Saint-Pierre-et-Miquelon, 2012

### SAINT-PIERRE et MIQUELON



et 24 % des dépenses du régime général de l'Assurance maladie. Les prestations versées pour couvrir les accidents du travail, stables durant les années 2010 et 2011, s'accroissent également en 2012 pour s'établir à 1,1 million d'euros. Ce coût provient aussi notamment des évacuations sanitaires pour les malades réclamant des soins ne pouvant être prodigués sur place. Au nombre de 1 254 en 2006, et 1 269 en 2014, elles ont eu lieu à 82 % vers le Canada (principalement Saint-Jean de Terre-Neuve) et à 18 % vers la métropole.

Le Plan stratégique territorial de santé, adopté en 2015, s'est fixé des objectifs plutôt classiques, mais que le contexte géographique et les caractéristiques locales ne rendent pas aisés :

- piloter le système de santé pour permettre une continuité dans la prise en charge des patients ;
- structurer l'accès aux soins et aux prises en charge médico-sociales en filière ;
- organiser les parcours santé. 🐟

**Emmanuel Kiss de Montgolfier**  
Directeur de l'administration territoriale de santé de Saint-Pierre-et-Miquelon



# La Martinique : un contexte de vieillissement accéléré de la population

**Olivier Coudin**  
Directeur de l'offre  
médico-sociale,  
agence régionale de  
santé de Martinique

L'allongement de l'espérance de vie signe le progrès d'une société, mais implique également de nouvelles problématiques auxquelles celle-ci doit faire face.

Selon les études de l'Insee, la projection des tendances démographiques conduit à un doublement de la part des personnes de plus de 60 ans. Elle passe de 18 % en 2007 à 36 % en 2030. La Martinique deviendra alors le deuxième département le plus âgé de France.

La problématique du vieillissement est intimement liée à celle de la dépendance. On estime à 8000 le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés. Pour la population des plus de 75 ans, cela représente une personne sur cinq vivant à domicile et trois sur quatre vivant en institution. Cette population de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer devrait être multipliée par 3 d'ici 2040.

Les conséquences de cette maladie rendent plus difficile l'expression de la solidarité familiale, qui est ancrée dans la culture antillaise. Les liens de solidarité, la coexistence voire la cohabitation de plusieurs générations dans une unité de lieu (maison, ilot, lotissement, quartier...) sont de moins en moins fréquents en Martinique. Le taux de chômage (60 % des moins de 25 ans) pousse les plus jeunes à s'éloigner de leurs parents et grands-parents pour trouver un emploi. L'apparition de maladies de type Alzheimer rend éminemment plus problématique la possibilité d'un maintien au domicile même avec le soutien d'un aidant naturel.

De plus, en Martinique, une part significative et croissante de la population âgée dispose de revenus modestes et se trouve en situation de précarité, du fait de nombreux facteurs dont celui de carrières incomplètes.

En 2003, une personne sur cinq âgée de 60 à 74 ans, et une sur deux âgée de plus de 75 ans étaient bénéficiaires du minimum vieillesse.

En 2007, les ménages âgés de plus de 60 ans, disposaient de revenus inférieurs à ceux de la moyenne française avec une précarité en augmentation depuis 2003.

Le revenu moyen des personnes dépendantes est de 1500 euros par mois, soit 260 euros de moins qu'en France métropolitaine. Le phénomène de paupérisation s'accroît avec l'âge, le revenu médian mensuel des personnes dépendantes sexagénaires est de 2250 euros, de 1100 euros pour les personnes dépendantes de 80 ans et plus et de 700 euros pour les nonagénaires.

## Le vieillissement : un défi et une opportunité économique pour la population active

Ainsi l'augmentation de l'offre d'hébergement engendre un besoin significatif de structures et de professionnels

de l'accompagnement et de l'assistance. Les besoins en personnel en institution devraient croître de 25 % en 10 ans.

Ce que l'ARS de Martinique décide et fait aujourd'hui est donc indispensable pour éviter que le défi auquel nous devons faire face ne devienne une crise du vieillissement non ou mal préparée dans vingt ans.

À ce défi s'ajoute un autre enjeu sociétal, celui d'apporter une réponse à la problématique des personnes handicapées vieillissantes.

Les personnes handicapées bénéficient également de l'allongement de l'espérance de vie.

Ceux dont ils étaient dits dans les années 70 qu'ils ne vieilliraient pas atteignent et dépassent les 60 ans.

Au handicap originel peuvent donc s'ajouter ceux liés au vieillissement naturel de la personne, ce qui traduit des besoins différents en termes de prises en charge, tant médicale que psychologique.

En Martinique, de nombreux adultes handicapés sont pris en charge dans leur famille et ignorés des dispositifs médico-sociaux. Il ne faut pas négliger que l'allocation adultes handicapés (AAH) constitue parfois le seul revenu du foyer.

Aussi, certaines personnes ne faisant l'objet d'aucun accompagnement spécifique sont amenées à solliciter les équipements médico-sociaux lorsqu'elles avancent en âge ou que leurs parents, chez qui elles vivent, deviennent trop âgés pour s'en occuper.

## La réponse aux besoins des personnes âgées en Martinique

Sur le secteur personnes âgées, au 31 décembre 2014, sont autorisés en Martinique : 11 services de soins infirmiers à domicile, 31 établissements, dont 23 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (incluant des places d'accueil de jour et des lits d'hébergement temporaire), et 2 accueils de jour autonomes.

En 2009, le taux d'équipement en structures d'hébergement complet se situe à 48,1 lits pour 1000 personnes de 75 ans et plus (120,9/1000 au niveau national).

Au regard de ce constat de retard d'équipement de la région, un plan de développement du secteur médico-social de la Martinique a été acté.

À compter de 2009, l'État s'est engagé, avec le conseil général, dans la création de 1000 nouvelles places pour personnes âgées et 750 places pour les personnes en situation de handicap. L'objectif est de contribuer à la réduction du déficit d'équipement de la région par la création d'une offre adaptée et diversifiée.



Sur le secteur personnes âgées, 550 places ont été créées au 1<sup>er</sup> mai 2015.

L'installation des places s'opère de manière régulière, mais à un rythme moins soutenu que les autorités le souhaitent. Ces retards sont dus notamment à la fragilité financière de certains promoteurs et à des problèmes de fonciers rencontrés par des porteurs de projet.

Mais au-delà du rattrapage du retard, il sera nécessaire de s'appuyer sur une véritable politique de proximité pour proposer à la population martiniquaise des solutions favorisant le maintien à domicile et un parcours de santé cohérent limitant au maximum les points de ruptures dans ces mêmes parcours.

L'ARS a également procédé au déploiement de dispositions spécifiques pour accompagner les personnes âgées atteintes de maladie neuro dégénératives et de leur famille. Ces réponses ont été développées dans le cadre du Plan national Alzheimer 2008-2012, mis en place jusqu'en 2014.

Ainsi, le département dispose de 4 accueils de jour Alzheimer dont 2 autonomes. D'ici juillet 2015, trois appels à projet seront lancés avec le conseil général pour la création de trois accueils de jour autonomes supplémentaires.

La région compte 36 places d'hébergement temporaires réparties sur 7 structures.

L'ARS a également financé l'installation de deux unités d'hébergement renforcé et de quatre pôles d'activité et de soins adaptés (PASA). Un nouveau PASA sera opérationnel d'ici la fin d'année 2015.

Deux équipes spécialisées Alzheimer à domicile sont autorisées en Martinique.

Le dispositif « Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie » (MAIA) a été installé fin 2011. Il est géré par le conseil général en lien avec la Société martiniquaise de gériatrie et de gérontologie. Une extension du dispositif est prévue en 2015.

La plateforme d'accompagnement et de répit a été inaugurée en mai 2013. Une seconde sera financée en 2015.

On évalue à 18 000 le nombre d'aidants familiaux en Martinique.

À cet égard, il est à souligner que l'ARS a expérimenté en 2014, un nouveau dispositif baptisé *Préfix* par son promoteur. Il a été proposé à des aidants naturels de malades de type Alzheimer des week-ends de répit (activités de détente, ateliers de soutien psychologique, groupes de parole...), couplés à une action de baluchonnage<sup>1</sup>. Le dispositif est en cours d'évaluation.

La politique régionale de santé fait face à plusieurs enjeux : d'une part favoriser la réduction des inégalités territoriales et sociales tout en assurant l'accès aux soins et la qualité du système de santé pour tous ; et d'autre part ancrer de façon encore plus forte la coordination entre tous les acteurs au sein d'une politique régionale

déclinée territorialement, c'est-à-dire au plus près de l'utilisateur, de son cadre de vie et des besoins spécifiques.

Cette approche a permis de diviser notre région en quatre territoires de proximité (Nord Caraïbe, Nord Atlantique, Centre, Sud) sur lesquels est mise en place une organisation spécifique pour définir les réponses les plus appropriées aux problématiques de santé infra-territoriale.

Cette politique repose sur la collaboration la plus poussée de tous les acteurs du terrain, des institutionnels aux bénévoles associatifs en passant par les structures sanitaires et médico-sociales, les professionnels de santé, les réseaux de santé. Elle vise à la meilleure coordination des intervenants.

En s'appuyant sur une connaissance fine des besoins des sous-territoires et de leur réalité, l'ARS travaille à l'émergence de nouveaux modes de prise en charge avec le maintien à domicile comme axe fort.

Le concept d'« Ehpad à domicile » constitue une piste.

L'idée de départ est de créer une plateforme multi-service qui interviendrait au domicile ou dans un substitut de domicile des personnes âgées (petites unités de vie). Cette orientation permet de s'affranchir de lourds coûts et des difficultés de portage d'une opération immobilière.

De plus, la population âgée de la Martinique disposant d'un revenu moyen inférieur à la moyenne nationale, la recherche d'autres modes de prises en charge moins coûteux que l'Ehpad classique est activée.

L'ARS, en lien étroit avec l'Agence française de développement, mène sur l'année 2015 une réflexion sur la création de cet Ehpad à domicile.

### L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes

La problématique de l'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées et des impacts dans l'accompagnement de ces publics remet en question la barrière d'âge entre adultes handicapés et personnes âgées.

Faute d'observatoire local (type CREAL) produisant des données fiables et actualisées sur le sujet, l'ARS Martinique ne dispose pas de chiffres et d'état des lieux sur le sujet. Nous avons connaissance de l'émergence de cette thématique et de sa place sur le territoire au travers des échanges avec les gestionnaires de structures et en particulier les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

Pour répondre à ce besoin, dans un premier temps, l'ARS a décidé de financer l'extension d'un foyer d'accueil médicalisé en 2015 et la création d'une maison d'accueil spécialisée fin 2016, proposant des places pour personnes handicapées vieillissantes.

D'autres pistes ont été formulées en interne, comme la création de places spécifiques dans un Ehpad. « L'Ehpad à domicile » peut aussi être une solution.

L'objectif de l'ARS est d'offrir aux personnes âgées fragilisées, un environnement répondant à leurs besoins de soins, leurs besoins physiques, leurs besoins psychologiques et leurs besoins sociaux, en prenant en compte les spécificités culturelles, sociales et économiques de l'île. 🐟



1. Le baluchonnage est un service de remplacement temporaire d'aidants familiaux vivant avec un proche malade ou handicapé



# Inégalités sociales et cancer aux Antilles françaises

**Danièle Luce**

Inserm U1085-Irset, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe

**Stéphane Michel**

Association martiniquaise pour la recherche épidémiologique en cancérologie

**Jacqueline**

**Deloumeaux**

Registre des cancers de Guadeloupe

**Clarisse Joachim**

Registre des cancers de Martinique

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.

Plusieurs études ont documenté, en France, les inégalités sociales de mortalité, d'incidence, de dépistage, de prise en charge et de survie des cancers, mais les données disponibles restent limitées à la France métropolitaine. Il n'existe notamment aucune information sur les inégalités sociales dans le domaine du cancer en Guadeloupe et en Martinique, malgré des inégalités socio-économiques particulièrement marquées dans ces régions. Comparativement à la population nationale, la population antillaise est caractérisée par des revenus plus bas et plus inégalement répartis, un niveau de formation, qui bien qu'en progression, demeure inférieur à celui de l'Hexagone, un taux d'activité plus faible, un taux de chômage plus élevé, une plus forte proportion de bénéficiaires de minima sociaux. Malgré un accroissement important du nombre de médecins au cours des quinze dernières années, la densité médicale reste nettement inférieure à la moyenne nationale [13, 45]. L'épidémiologie des cancers présente aussi des particularités (tableau 1). L'incidence des cancers est globalement plus faible que dans l'Hexagone, mais est plus élevée pour les cancers de la prostate, de l'estomac et du col de l'utérus. En revanche, les cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures, qui en métropole contribuent fortement aux inégalités sociales de mortalité par cancer chez les hommes, ont aux Antilles des taux d'incidence beaucoup plus faibles.

Les spécificités du contexte social, économique et épidémiologique montrent l'intérêt d'étudier les inégalités sociales dans le domaine du cancer aux Antilles.

L'existence de registres des cancers en Martinique (depuis 1983) et en Guadeloupe (depuis 2008) offre l'opportunité de documenter ces inégalités en s'appuyant sur les données collectées. Les registres ne recueillent cependant pas en routine des données sur la situation sociale. En revanche, ils disposent de l'adresse précise au moment du diagnostic. En l'absence ou en complément de données individuelles, le niveau socio-économique de la zone de résidence est souvent utilisé pour décrire les inégalités sociales de santé. Des indices composites synthétisant ce niveau socio-économique, appelés indices de défavorisation (d'après le terme anglais *deprivation*) peuvent être construits à partir des données du recensement ou d'enquêtes diverses.

## Des indices relatifs au niveau socio-économique à adapter

Des indices de défavorisation ont été développés pour la France, pour certaines régions [17] ou au niveau national [34, 35], mais sont mal adaptés au contexte antillais. Plusieurs variables, utilisées dans ces indices, ne sont pas disponibles ou ont un sens différent. Par exemple, la proportion de logements sans chauffage [34] n'est pas recueillie dans les DOM pour des raisons évidentes; le revenu médian par unité de consommation [17, 35] n'est pas disponible à un niveau géographique fin pour la Guadeloupe; la proportion de propriétaires de leur résidence principale [17, 34] a une signification différente aux Antilles, où les ménages en dessous du seuil de bas revenus sont aussi fréquemment proprié-

tableau 1

### Incidence des cancers en Guadeloupe, Martinique et France métropolitaine

	Hommes			Femmes		
	Guadeloupe	Martinique	Métropole	Guadeloupe	Martinique	Métropole
Lèvre-Bouche-Pharynx	14,2	10,8	16,1	2,9	2,0	5,6
Estomac	13,9	12,2	7,0	7,2	7,3	2,6
Colon-rectum	27,2	27,8	38,4	16,7	21,2	23,7
Larynx	4,3	3,6	5,4	0,4	0,2	0,9
Poumon	11,9	8,4	51,7	4,8	6,2	18,6
Sein	-	-	-	59,4	57,3	88,0
Col de l'utérus	-	-	-	7,8	7,3	6,7
Prostate	171,9	152,3	99,4	-	-	-
Tous cancers	308,7	288,2	362,6	157,8	166,2	252,0

Taux d'incidence standardisés Monde pour 100000 personnes-années. Guadeloupe, Martinique : incidence observée 2008-2011 ; Métropole : estimation pour l'année 2012.

Source : Francim/HCL/InVS/Inca [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

taires de leur logement que les autres. Un indice de défavorisation spécifique, adapté au contexte local a donc été développé [24]. Il a été élaboré à partir des données du recensement de 2008, à l'échelle de l'IRIS (Îlot regroupé pour l'information statistique), la plus petite unité géographique disponible. La Martinique compte 141 IRIS, la Guadeloupe 136. À partir d'une première sélection *a priori* de 137 indicateurs sociaux, démographiques et économiques, des analyses en composantes principales ont permis de sélectionner huit variables : proportion de chômeurs, d'ouvriers, de cadres, d'emplois en CDI, de personnes sans diplôme, de ménages sans voiture, de résidences principales avec eau chaude, et avec climatisation. L'indice de défavorisation est défini comme la première composante d'une analyse en composantes principales de ces huit variables. L'indice a été calculé pour chaque IRIS, et une classification hiérarchique a permis de définir trois classes homogènes.

**Les inégalités sociales d'incidence des cancers présentent des particularités aux Antilles**

L'incidence des cancers en 2009-2010 a été étudiée en fonction du niveau de défavorisation de la zone de résidence. Des résultats préliminaires montrent que l'incidence des cancers varie peu en fonction du niveau de défavorisation chez les hommes, mais est plus élevée dans les zones défavorisées chez les femmes. Dans la zone la plus défavorisée, comparativement à la zone la plus favorisée, l'incidence des cancers de la prostate, du sein et de l'estomac est plus élevée, alors que l'incidence des cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures est plus faible (figure 1). L'incidence du cancer colorectal n'est pas associée à la défavorisation.

Une association positive entre cancer de l'estomac et défavorisation est souvent observée, le cancer de l'estomac étant lié à l'infection à *Helicobacter pylori*, elle-même dépendante du niveau socio-économique. La situation observée pour les cancers de la prostate et du sein est en revanche différente de celle observée dans la plupart des pays industrialisés, où on observe en général des taux d'incidence plus élevés dans les catégories favorisées [23]. D'autres cancers pour lesquels on observe une situation inhabituelle sont les cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures. En France métropolitaine, c'est pour ces cancers, très liés au tabac, que l'on observe les plus fortes inégalités sociales, avec des risques entre 2 et 5 fois plus élevés dans les catégories défavorisées [47]. Aux Antilles, l'incidence est plus faible dans les zones défavorisées. Les données récentes du Baromètre Santé DOM indiquent que dans cette population où la prévalence du tabagisme est dans l'ensemble faible, ce sont les catégories les plus favorisées qui fument le plus (*cf.* article 23).

Cette analyse écologique a été prolongée par une étude de la relation entre incidence des cancers et situation sociale au niveau individuel. Pour compléter les données

des registres, des informations sur la situation sociale (diplôme, catégorie socioprofessionnelle, statut marital, caractéristiques du logement) ont été recueillies par un questionnaire court auprès des cas enregistrés ou de leurs proches. Les analyses en cours visent à étudier les variations d'incidence des cancers en fonction des différents indicateurs de position sociale recueillis pour les cas. Des modèles multi-niveaux sont également utilisés pour prendre en compte simultanément les variables individuelles de situation sociale et l'indice de défavorisation, afin de distinguer dans les inégalités observées la part revenant à la situation sociale de l'individu de celle dépendant d'effets véritablement contextuels, liés à l'environnement collectif.

Bien que les analyses ne soient pas finalisées, les premiers résultats montrent que les inégalités sociales d'incidence des cancers présentent des particularités aux Antilles. Les données des registres, les données complémentaires recueillies sur la situation sociale au niveau individuel et l'indice de défavorisation vont également être utilisés pour documenter les inégalités sociales de prise en charge et de survie des cancers. Il sera possible d'étudier les associations entre position sociale et stade au diagnostic; d'examiner les disparités sociales dans le traitement des cancers; d'étudier les inégalités sociales de survie et d'évaluer dans quelle mesure les différences sociales de stade au diagnostic et de traitement peuvent expliquer ces disparités. Il est également prévu d'étudier les inégalités sociales de dépistage des cancers, à partir à la fois des données de participation aux dépistages organisés et des données déclaratives du Baromètre santé DOM. L'ensemble des travaux en cours permettra de brosser un tableau complet des inégalités sociales face au cancer aux Antilles et pourra aider à définir des stratégies efficaces pour réduire ces inégalités.

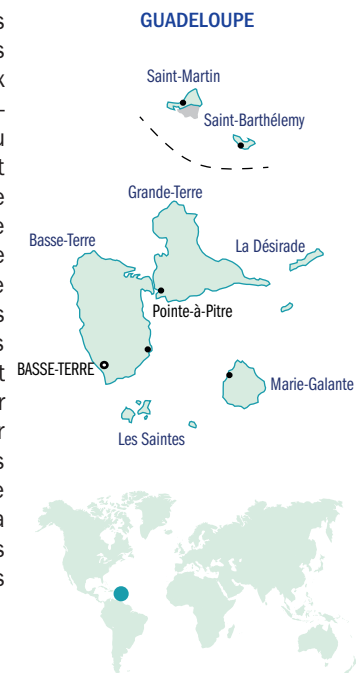
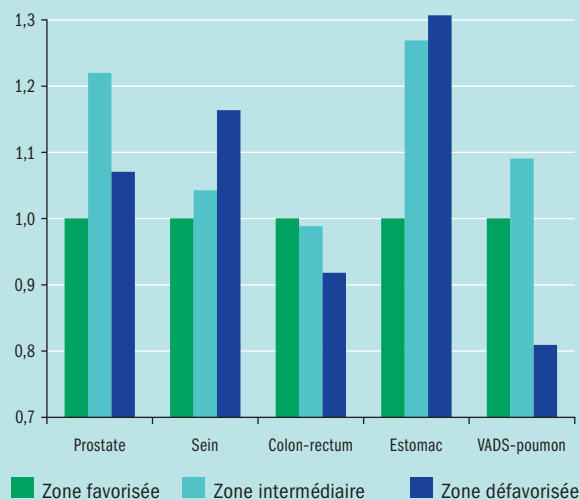


figure 1

**Rapport de taux d'incidence selon la catégorie de défavorisation, par localisation de cancer**





## Prise en charge de l'accident vasculaire cérébral aux Antilles-Guyane

**Julien Joux**  
Service de neurologie  
du CHU  
de Martinique  
« stroke unit »,  
Hôpital Pierre Zobda  
Quitman,  
Fort-de-France

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un terme générique regroupant une constellation d'affections. Deux sous-types principaux dominent : l'infarctus cérébral représentant 80 % des AVC, correspondant à l'occlusion d'une artère cérébrale et l'hémorragie intracérébrale, correspondant à une rupture de ces mêmes artères.

Les causes identifiées des AVC sont les facteurs de risque vasculaires dits traditionnels : l'hypertension artérielle, le diabète, le tabac, les dyslipidémies, l'obésité, la sédentarité... Il existe des causes génétiques et environnementales encore mal définies.

Longtemps négligé par l'ensemble du corps médical et surtout de la neurologie par son absence d'opportunités thérapeutiques, l'AVC est aujourd'hui au cœur des préoccupations nationales. En effet cette pathologie, mal connue du grand public, est la première cause de handicap acquis après 35 ans, la seconde cause de mortalité et la seconde cause de démence dans le monde. Actuellement, le nombre mondial d'AVC par an est estimé à 16 millions (2005) et passerait à 23 millions en 2030 [42].

En France métropolitaine, les données disponibles les plus fiables proviennent du registre dijonnais [4]. En étendant cette analyse au reste du territoire, il y aurait de 100 000 à 145 000 nouveaux AVC par an. Il est important de souligner que 15 à 20 % de ces patients décéderont au terme du premier mois. À noter également que l'AVC n'est pas une pathologie réservée aux patients âgés, en effet, 25 % ont moins de 65 ans lors du premier événement [4].

Depuis 2003 en France, la thrombolyse intraveineuse peut être utilisée pour « déboucher » l'artère en cause dans l'infarctus cérébral et éviter tout ou partie du handicap séquentiel. Elle n'est utilisable que dans les premières heures et nécessite une filière organisée avec une coordination parfaite entre neurologues, urgentistes, Samu et radiologues. Seule une minorité des patients en bénéficie (1 % en 2005) [5] et probablement toujours inférieure à 5 % actuellement.

La prise en charge spécifique dans les unités neuro-vasculaires (UNV) apporte un bénéfice net dans les premiers jours après l'AVC en termes de survie par rapport aux services d'hospitalisation traditionnels. Vingt-deux UNV étaient recensées en 1999 sur le territoire national, 58 en 2006, 116 fin 2012.

Enfin, le dernier volet de la prise en charge réside dans le suivi au long cours des patients victimes d'AVC. Éviter un AVC ou une récurrence d'AVC, c'est avant tout dépister et traiter les facteurs de risques vasculaires traditionnels. Ce programme passe par les médecins

traitants en prévention primaire, et des structures « d'éducation thérapeutique » en prévention secondaire.

La population des Antilles-Guyane est métissée avec une origine africaine prépondérante (70 % sur une étude génétique martiniquaise) [25]. La répartition des facteurs de risque est très différente de celle de la métropole avec une prévalence plus élevée du diabète et de l'hypertension artérielle ; moindre pour le tabagisme. La démographie médicale révèle un manque de médecins généralistes et spécialistes [8]. Dans ce contexte, comment s'organise cette difficile prise en charge des AVC, grande consommatrice de moyens humains et matériels ?

### Épidémiologie des AVC dans la région Antilles-Guyane

Dans les Antilles-Guyane, les seules données épidémiologiques disponibles proviennent de Martinique, avec les études Ermancia I et II. La partie I, réalisée en 1999, a enregistré tous les cas d'AVC survenus pendant une année sur l'île. Les résultats ont confirmé les conclusions des séries afro-américaines avec un taux annuel d'AVC supérieur de 1,5 fois à celui constaté dans la population métropolitaine (Ermancia I) [38]. Les facteurs de risque étaient répartis différemment chez les patients afro-caribéens par rapport aux séries métropolitaines avec 2 fois plus de diabète notamment, mais un tabagisme 3 fois moins important. Il était donc difficile de conclure quant à ce surplus d'AVC en Martinique, les facteurs génétiques ou environnementaux restant difficile à explorer.

La seconde partie d'Ermancia, réalisée en 2012 avec la même rigueur épidémiologique, apportait déjà un élément de réponse. Il a été observé durant 2012 une réduction de 30 % du nombre d'AVC par rapport à 1999 [32]. Le taux annuel rejoignait donc celui de métropole. Ces données ont d'abord permis de conclure que la part génétique avait une moindre importance si elle existait. En effet, la plus grande réduction du nombre d'AVC s'observait chez les femmes de 50 à 70 ans, la cible la plus attentive aux campagnes de prévention des facteurs de risque des dix dernières années. Cette réduction du nombre d'AVC classait la Martinique au même niveau que la métropole et les capitales étrangères, montrant l'efficacité des mesures de prévention.

Aucune donnée n'est encore disponible en Guadeloupe et en Guyane. Cependant, l'étude India en cours de finalisation a pour but, entre autres, de mesurer l'incidence des AVC en Guyane. La Guadeloupe finalise actuellement la création d'un registre des AVC.

### Les structures de soin dans la région Antilles-Guyane

Comme nous le rappelions en introduction, lors d'un AVC, deux mesures permettent de réduire le handicap

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.*

et d'augmenter la survie : la réalisation d'une thrombolyse intraveineuse, sous certaines conditions, dans les premières heures et l'hospitalisation en unité neuro-vasculaire dans les premiers jours.

En Martinique, une unité neuro-vasculaire est ouverte dès 2003 sous l'influence du seul universitaire neurologue de la Caraïbe. Il existe alors une astreinte 24/24h. La thrombolyse à la phase aiguë a été utilisée dès la première année. De 10 patients traités par an initialement, 110 en ont bénéficié dans l'année 2010, soit 20 % des AVC ischémiques.

En Guadeloupe, la thrombolyse intraveineuse va être utilisée moins fréquemment de 2003 à 2010, puis l'arrivée d'un médecin neuro-vasculaire dédié va modifier cette prise en charge avec ouverture d'une UNV (2010) et une utilisation des thrombolytiques actuellement comparable à celle de la Martinique.

En Guyane, la thrombolyse est également proposée aux patients depuis 2003, mais du fait de l'absence de spécialiste neuro-vasculaire sur le territoire, ce geste est prescrit par les urgentistes conseillers de l'astreinte neuro-vasculaire de Martinique au téléphone. Une unité neuro-vasculaire dédiée doit ouvrir à Cayenne dans le courant de l'année 2015.

Des programmes de coopération Antilles-Guyane existent donc déjà et devraient encore se développer. Un projet de télémédecine est en cours entre la Guyane (Cayenne, Kourou, Saint-Laurent du Maroni) et la Martinique. La Guadeloupe a aussi développé des programmes de télémédecine avec les îles alentour (Saint-Martin, Saint-Barthélemy).

Enfin, si la situation médicale aux Antilles-Guyane est difficile par son manque de médecins, la prise en charge des AVC se développe avec des résultats très prometteurs. Une des explications de ce succès est l'unité de lieu des structures médicales sur les différents territoires et la plus grande facilité de coordination des structures universitaires de petite taille. Le fonctionnement de ces filières repose cependant sur la volonté de quelques personnes convaincues par cette prise en charge et la mobilité médicale, importante dans cette zone, tend à fragiliser voire à faire disparaître l'organisation mise en place.

### Les particularités de l'AVC dans la région Antilles-Guyane

La réduction de l'incidence des AVC entre 1999 et 2012 en Martinique (Ermancia I et II) s'est faite sur une partie de la population, les femmes entre 50 et 70 ans, les plus sensibles aux mesures de prévention. Ce résultat nous permet d'impliquer les facteurs de risque traditionnels dans la survenue d'AVC. Cependant, nous ne pouvons négliger les facteurs génétiques et environnementaux. En effet, les sous types d'AVC ne sont pas les mêmes entre les Afro-caribéens et les Caucasiens métropolitains.

À titre d'exemple, les localisations de l'athérome responsables d'infarctus cérébraux sont différentes selon les deux populations (les plaques d'athérome étant

pourtant très liées aux facteurs de risque traditionnels). Cet athérome se trouve dans la région cervicale sur les artères carotides chez les Caucasiens alors qu'il se trouve sur des artères à l'intérieur du cerveau chez les Afro-caribéens. Cette différence est majeure car les artères de la région cervicale sont accessibles à un geste chirurgical en prévention secondaire contrairement aux artères intracrâniennes. Nous retrouvons également cette différence de localisation dans les dysplasies fibro-musculaires [18] (pathologie de la paroi des vaisseaux de nature encore indéterminée mais non liée aux facteurs de risque traditionnels). De même, les AVC du sujet jeune en métropole sont fréquemment liés à une dissection (« déchirure ») des artères cervicales. Chez les Afro-caribéens, ces dissections sont anecdotiques.

Ces différences de localisation de la pathologie athéromateuse sont très discutées, l'implication des facteurs de risque (moins de tabac, plus de diabète et d'hypertension pour la population afro-caribéenne) reste possible mais n'explique pas ces différences. Il est donc fort probable que la part génétique et/ou environnementale soit responsable.

La pratique de la pathologie neuro-vasculaire dans la région Antilles-Guyane doit être adaptée à ces particularités, car les explorations et les traitements diffèrent. Peu d'études de grande envergure se sont concentrées sur cette population. Un travail de recherche conséquent est nécessaire pour améliorer et adapter la prise en charge des AVC dans ces régions.

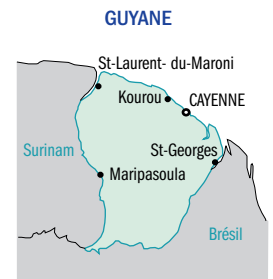
### Conclusion

Les AVC dans la région Antilles-Guyane étaient plus fréquents que dans les régions métropolitaines il y a encore quelques années. Ces différences sont en train de s'estomper, probablement grâce à une plus grande maîtrise des facteurs de risque vasculaires. Le changement de mentalité vis-à-vis de ces facteurs de risque a été plus long mais s'opère de la même façon qu'en métropole, aidé des programmes nationaux et locaux de prévention.

L'organisation de la prise en charge des AVC dans la région Antilles-Guyane s'est développée au même titre que sur le territoire métropolitain, avec actuellement une unité neuro-vasculaire implantée sur chaque île et très prochainement en Guyane. La mise en place de ces filières de soins semble toutefois plus facile dans les petites structures insulaires des Antilles qui centralisent l'ensemble des soins avec des résultats probants rapides.

L'AVC dans les Antilles-Guyane a ses particularités et nécessite des praticiens spécifiquement formés. L'amélioration des soins passera inévitablement par un travail conséquent de recherche hospitalo-universitaire.

Le maintien au long cours de la qualité de la prise en charge reste fragile dans cette région du fait d'une attractivité médicale faible et d'une forte mobilité des praticiens. Le défi pour les prochaines années sera de stabiliser ces filières de soins. 🐟





## Prise en charge des populations vivant en forêt et le long des fleuves en Guyane

**Paul Brousse**  
**Émilie Mosnier**  
**Basma Guarmit**

Pôle des centres délocalisés de prévention et de soins, centre hospitalier de Cayenne

**Mathieu Nacher**

Centre d'investigation clinique Inserm 1424, Centre hospitalier de Cayenne, EA3593 Ecosystèmes amazoniens et pathologie tropicale, Université de Guyane

**Muriel Ville**

Pôle des centres délocalisés de prévention et de soins, centre hospitalier de Cayenne

**E**n Guyane, on appelle « écarts » les lieux d'habitation situés à distance d'un bourg, sans réseau de télécommunication, sans infrastructure routière, où la distinction entre domaines privé et public n'existe pas.

### À l'écart d'une région à l'écart

#### L'isolement

Selon leur taille, ces écarts sont appelés villages (*kondé* en bushinenge) ou hameaux (*campous*). Ils constellent essentiellement les berges des cours d'eau. Pour le seul fleuve Maroni on dénombre ainsi 33 villages et 520 hameaux [1].

La Guyane elle-même est un « écart » : région mono-départementale d'outre-mer pour la France, seul territoire ultramarin et région ultrapériphérique de l'Union européenne en Amérique du Sud, îlot de prospérité pour les pays limitrophes (Brésil et Suriname).

#### Un îlot de prospérité... et de pauvreté

De la même manière, les « écarts » enregistrés avec la métropole concernent de nombreux domaines [8]. Ainsi, l'indice de développement humain (PNUD 2010) intégrant espérance de vie, éducation, social et revenu, est de 0,739 en Guyane et de 0,883 pour la métropole, ce qui exprime un retard de 28 ans (OCDE). La cartographie des déterminants de santé établie par la Fnors classe la majorité de la Guyane, et seulement la Guyane, en classe 4 (la plus démunie). Il y a en Guyane 4,5 fois moins de douches ou de baignoires par logement que dans la zone la plus défavorisée du reste de la France. Le chômage y est endémique. Les étrangers sont surreprésentés, souvent en situation irrégulière, et confrontés à des difficultés d'accès aux soins. L'accroissement attendu de la population entre 2013 et 2027 (Insee) sera de 70 % (métropole 6 %) ce qui fera passer la Guyane de 239 450 à 406 000 habitants.

Cette situation est impactée par d'autres difficultés. Ainsi, l'estimation des dépenses de santé par habitant en 2012 (Insee, Ondam, CnamTS) était de 1 686 euros, pour 3 027 euros en Guadeloupe. Les dépenses de prévention sont à la traîne, la CnamTS y ayant consacré, de 2009 à 2012, 3 euros par an et par habitant en Guyane pour 8 euros en Guadeloupe. Enfin, la santé scolaire ne touche que 35,1 % des élèves contre 91,6 % en Guadeloupe.

#### La prévention et le soin en territoire isolé : les centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS)

Le littoral guyanais est doté d'un réseau routier et d'hôpitaux, mais pas les communes de « l'intérieur ». C'est dans ce contexte que les centres délocalisés

de prévention et de soins (CDPS) et les centres de protection maternelle et infantile essayent de remplir leurs missions dans les communes de « l'intérieur », dans des conditions d'exercice souvent difficiles avec un fort *turnover* des professionnels.

Les 18 CDPS sont animés par une cellule de coordination, et constituent l'un des pôles de l'hôpital de Cayenne. Ce pôle emploie 22,5 ETP<sup>1</sup> de médecins généralistes et spécialistes, 0,5 ETP de pharmacien, 4 sages-femmes, une centaine de personnels non médicaux (cadres, infirmiers, aides-soignantes, agents de service hospitalier, logisticiens, secrétaires, assistantes sociales...). Il repose sur une logistique permettant la fluidité du système : circulation de l'information (téléphonie, internet, télé-médecine), circulation des biens (biomédicaux, prélèvements, fret, carburant) et des personnes (professionnels et usagers) que ce soit par voie terrestre, aérienne ou fluviale.

Le maillage, encore incomplet, du territoire s'enrichit, au départ de certains centres, de six consultations délocalisées accessibles par pirogues et d'une consultation itinérante par camion-santé mutualisé avec la Croix Rouge.

#### Une population variée

La population prise en charge en 2014 représentait 32 152 patients appartenant à des communautés très diverses : six ethnies amérindiennes, quatre bushinenge (noir-marrons), Hmongs, créoles guyanais et antillais, populations étrangères (Suriname, Brésil, Guyana, Haïti, Chine...), métropolitains.

Cette multi-culturalité pose le problème de la médiation culturelle et sociale. La médiation ne se réduit pas au problème de la langue, qui est en partie résolu par l'apprentissage des équipes et par l'embauche de personnels issus des populations concernées.

La part des patients bénéficiant d'une couverture maladie universelle et d'une aide médicale de l'État est considérable, et pourtant 52 % des patients n'ont pas de couverture sociale, soit parce qu'ils n'y sont pas éligibles (situation d'irrégularité sur le territoire), soit parce que leurs droits ne sont pas ouverts. L'accès aux droits et aux soins est donc une priorité à satisfaire pour ces populations vulnérables. C'est pourquoi les soins sont dispensés gratuitement, le financement des CDPS relevant d'une mission d'intérêt général et non de la T2A.

#### Une activité importante

L'activité des centres délocalisés de prévention et de soins est importante, avec 178 914 consultations et

1. Équivalent temps plein.

actes au total en 2014 (médicaux, infirmiers, aides-soignants et sages-femmes), tous les centres ne sont pas médicalisés en permanence. La médecine générale et le « tout-venant » représentent 34 % de l'activité, la pneumologie 16 %, la gynéco-obstétrique et l'infectiologie 9 % chacune, la dermatologie 6 %, traumatologie et rhumatologie représentant chacune 5 % de l'activité. En 2014, 2 345 patients avaient été mis en observation de quelques heures à quelques jours, et plus de 1 900 ont été orientés vers les hôpitaux du littoral.

### Des pathologies très particulières

Les pathologies et risques spécifiques auxquels sont confrontés les CDPS concernent beaucoup les maladies infectieuses : le paludisme à *Plasmodium vivax* et à *Plasmodium falciparum* (210 accès en 2014) pose le problème tant des foyers autochtones résiduels que celui de l'orpaillage illégal en forêt source de résurgences, et de risque de sélection de résistance aux dérivés de l'artémisinine<sup>2</sup>. Le problème du recours à la Primaquine pour prévenir les reviviscences *Plasmodium vivax* nécessite l'élimination préalable d'un déficit en G6PD<sup>3</sup>, qui ne se fait qu'à Cayenne. L'infection VIH est également un problème préoccupant (51 nouveaux patients et une file active de 165 patients), avec des taux d'incidence et de prévalence 10 fois supérieurs à ceux de la métropole et des difficultés de prise en charge de patients très mobiles, qui redoutent la stigmatisation liée au VIH dans de petites communes. La leishmaniose cutanée est très fréquente. Les parasitoses intestinales avec par endroits des taux d'infestation de plus de 50 % de la population. Le risque rabique avec les très nombreuses morsures par chauve-souris ou canidés. On peut aussi citer en 2014 pour les seuls CDPS : la lèpre (13 cas), la maladie de Chagas et la tuberculose, les diarrhées liées au problème de l'eau potable (3 376 cas)...

Le bérubéri, disparu avec le bagne, est en pleine réémergence chez les orpailleurs clandestins (plus de 50 cas). Les problématiques suicidaires sont un réel problème notamment chez les Amérindiens. L'imprégnation mercurielle résultant de la pollution liée à l'orpaillage, le saturnisme et, chez les Noirs marrons, la drépanocytose sont des problèmes fréquents. Les CDPS sont également un véritable laboratoire où s'observe la transition épidémiologique entre les maladies infectieuses et les pathologies chroniques et de civilisation : conduites addictives, hypertension artérielle, diabète, obésité et leur corollaire d'accidents vasculaire cérébraux, insuffisance rénale chronique

### Un plateau technique parfois trop limité

Les moyens techniques locaux sont en progression mais restent largement insuffisants, obligeant à des évacua-

tions sanitaires onéreuses (avion, hélicoptère), difficiles (plusieurs jours de pirogue parfois) souvent évitables s'il y avait eu un plateau technique minimum dans les centres. Aucun centre n'est pour l'instant équipé d'automates de biologie pour l'aide au diagnostic et l'orientation ; par contre, certains bilans sanguins sont possibles mais ils doivent obéir aux règles logistiques propres à chaque centre pour leur acheminement. Aucun centre n'est doté de matériel d'imagerie de type « capteur-plan », ce qui éviterait les déplacements de patients pour de simples radios. Par contre, la majorité des CDPS médicalisés sont dotés d'échographes. Tous ont de quoi répondre à l'urgence (électrocardiogramme-télé médecine, pousse-seringues...), tous peuvent effectuer divers tests rapides (paludisme, dengue, glycémie, hémoglobine, rupture des membranes amniotiques, quick-test pour le tétanos, streptotest, rotavirus, test rapide d'orientation diagnostic pour le VIH...), et tous ont une pharmacie. Les centres délocalisés de prévention et de soins vaccinent les adultes mais aussi les moins de 6 ans lorsqu'il n'y a pas de PMI sur site.

Les moyens de télécommunications en zone isolée (téléphonie, internet...) sont souvent défectueux, ou sous-dimensionnés, aggravant l'isolement, limitant la télé médecine, compliquant la saisie des données et l'indispensable communication entre la cellule de coordination de Cayenne et les équipes sur le terrain.

### Les CDPS au centre d'un réseau de partenaires pour des missions multiples y compris la recherche

Les partenariats des différents centres délocalisés de prévention et de soins, et du pôle sont multiples et concernent de nombreuses missions : rôle dans la veille sanitaire au quotidien en lien avec la Cire Antilles-Guyane



© Merrill Martin

2. Antipaludéen.

3. Glucose 6, Phosphate Deshydrogénase, enzyme dont le déficit peut entraîner une hémolyse (destruction des globules rouges) en présence de ce médicament.



et l'ARS ; mission enseignement et recherche (accueil d'internes, stagiaires, partenariats avec le CIC, l'Institut Pasteur, l'IRD, le CNRS...). Les CDPS tissent avec les autres partenaires les liens nécessaires à des actions communes concourant à un meilleur état de santé des populations. Ces partenaires sont : les hôpitaux, l'assurance maladie, la PMI, la Croix Rouge française, les associations œuvrant en faveur de la promotion de la santé en collaboration avec les autorités coutumières et les pouvoirs locaux, le COREVIH, le rectorat... Enfin, les CDPS sont au croisement des cultures et des nationalités et sont un acteur majeur de la coopération internationale en menant des actions communes avec les équipes soignantes du Brésil et du Suriname.

### Pour parer aux inégalités de santé

Les centres délocalisés de prévention et de soins sont confrontés à un contexte économique et social lourd avec une explosion démographique, une aggravation des inégalités sociales, des risques induits par l'acculturation, des désordres financiers tant pour les familles que pour les institutions, et notamment des difficultés liées au financement des hôpitaux qui doivent se recentrer sur leurs missions.

Dans ce contexte, il faut améliorer le parcours du patient pour réduire les inégalités de santé. Cela passe

par une amélioration des conditions d'accès aux droits, par des actions partenariales de promotion de la santé et de prévention au rang desquelles est inscrite la délégation des missions de PMI aux CDPS par le conseil général, mais aussi par des alternatives à l'hospitalisation à Cayenne (projet de Lits Halte Soins Santé).

En termes d'offre de services, les CDPS visent un meilleur maillage du territoire et une mise à niveau des plateaux techniques décentralisés, la création de véritables unités d'urgence et d'unités d'hospitalisation de courte durée dans les plus gros CDPS, des délégations de tâches interprofessionnelles (dont la vaccination et la petite chirurgie pour les infirmiers en poste isolé), un programme architectural en phase avec les normes actuelles.

Enfin sur le plan de la santé publique, les CDPS s'orientent vers une stratégie de médiation sociale et culturelle, la mise en place d'équipes mobiles de santé publique, et un renforcement des missions de veille sanitaire, de recherche et de coopération internationale.

Le rattrapage sanitaire pour les populations des fleuves et de la forêt nécessitera sans doute un renforcement des moyens existants pour rééquilibrer la situation de la Guyane face à celle des autres DOM. Étant donné la conjoncture et la faible visibilité de ces populations et de leurs problèmes, ce sera difficile. 🐟

## Un projet de santé pour un territoire éloigné de la République : Wallis et Futuna

### Alain Sœur

Directeur de l'Agence de santé des îles Wallis et Futuna

**A**u cœur du Pacifique Sud, l'archipel de Wallis et Futuna est un territoire français qui est le plus éloigné de la métropole. Vu du ciel, c'est une carte postale multicolore : la mer, le lagon les multiples îlots, la montagne de Futuna qui s'abîme dans le bleu de l'océan et le vert de la végétation.

### L'archipel du bout du monde

Pour y aller, il vous faudra bien sûr prendre l'avion, pour Tokyo ou Séoul, puis pour Nouméa. Vous n'aurez plus alors que trois heures de vols si l'airbus ne fait pas un stop aux îles Fidji. Vous êtes parti le samedi, et avec le décalage horaire (+11 heures en été), vous arrivez le lundi à Hihifo, l'aéroport de Wallis.

Un Twin Otter de 20 places dessert l'île de Futuna à partir de Wallis mais la liaison n'est pas quotidienne. La charge utile de l'avion est limitée. Elle impose la pesée des passagers en plus de celle des bagages.

Cette desserte aérienne aléatoire complique singulièrement les évacuations sanitaires.

Dès que vous posez le pied sur le sol de ces îles, vous êtes saisi par les odeurs de tiaré et d'ylang – ylang des

multiples couronnes de fleurs dont on vous honore : vous êtes en Polynésie et la tradition se perpétue.

Pour chacun le rituel est immuable : collier de fleurs à l'arrivée et de coquillages au retour ce qui répond aussi à une contrainte sanitaire : le transport de végétaux par voie aérienne obéit à des règles strictes et le collier de fleurs n'échapperait pas à la vigilance des policiers fidjiens lors de l'escale à Nandi.

Malgré les cyclones qui de temps à autre dévastent l'île, la nature est généreuse en fruits et légumes : la pêche reste une activité importante. La faune aquatique est exempte en principe de ciguatera<sup>4</sup>. Quelques cas sporadiques sont signalés autour de Futuna mais dans l'ensemble la qualité sanitaire du poisson est excellente.

Les hommes et les femmes impressionnent par leur stature (180 cm en moyenne pour toutes les tranches d'âge de 18 à 64 ans pour les hommes et 170 cm pour les femmes). Cependant, comme dans la plupart des îles

**4.** Ciguatera : intoxication alimentaire consécutive à la consommation et produits marins coralliens en parfait état de fraîcheur et habituellement comestibles, rendus toxiques par la présence d'une toxine ayant pour origine une micro-algue, le dinoflagellé *Gambierdiscus*.



du Pacifique sud, les maladies non transmissibles font des ravages, et contrairement aux autres territoires de la République – l'espérance de vie est en baisse et reste inférieure en moyenne de 4 ans à celle de la métropole.

Jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, l'archipel vivait en monde clos. Quelques rares bateaux desservait l'île, les habitants de l'archipel vivant comme autrefois de cultures vivrières et de la pêche. La monnaie fiduciaire n'existait pas sauf au sein d'un cercle limité de métropolitains et de quelques rares commerçants.

Au moment de la Seconde Guerre mondiale, et en particulier ce qu'on nomme la guerre du Pacifique, Wallis devint une base arrière pour l'armée américaine dans son combat contre le Japon. De 1942 à 1944, 6 000 Américains débarquèrent à Wallis et y importèrent « l'American way of life. »

Sur le plan social, ce fut une révolution : les Américains firent appel à la main-d'œuvre locale pour construire deux pistes d'atterrissage et les infrastructures nécessaires à la vie au long cours de cette importante garnison. Ils rétribuèrent les Wallisiens pour ces travaux, introduisant ainsi une économie de marché en rupture totale avec la coutume de l'île.

Avec les Américains, arrivèrent les cigarettes, l'alcool, les sodas et le fameux corned-beef, dont les boîtes aujourd'hui encore s'empilent dans les rayons des supermarchés de l'île et forment de véritables murs de victuailles très prisées des populations de l'archipel.

En 1961, à contre-courant des luttes contre le colonialisme, l'île sollicita son rattachement à la France qui lui accorda un statut spécifique. Sur les trois royaumes, d'Ouvéa, d'Alo et de Sigave, la France installa son administration, développa l'emploi salarié et importa le mode de vie occidental.

En 2015, il existe sur l'archipel quatre supermarchés et une multitude de petits commerces qui mettent à la disposition de chacun des produits venus du monde entier. Les congélateurs des grandes surfaces regorgent de glaces industrielles, de pizzas et de poissons, notamment du filet de panga, ce poisson de la famille des silures, et des poissons-chats élevés dans les eaux douteuses du Mékong et dont la qualité sanitaire a été maintes fois mise en question.

Au rayon des fruits et légumes, ce n'est pas mieux : alors que l'île regorge de fruits magnifiques et délicieux, les rayons sont remplis de pommes et de poires importées de France ou de Nouvelle-Zélande. Le citron, abondant sur les îles, est devenu un objet de curiosité au profit du citron pressé venu de France, vendu en bouteille ou en petite gourde jaune imitant la couleur et la forme de l'espèce disparue. Les légumes sont pour la plupart importés, soit par bateau soit par avion, en particulier les tomates dont le prix atteint des sommets, ce qui ne semble pas rebuter le consommateur.

En sortant, vous passez entre deux murs de bière et de corned-beef, non loin des sodas, des yaourts ou des confitures dont le taux en sucre est renforcé et reste le plus souvent supérieur à celui de la métropole pour

tenir compte des goûts et appétences des habitants du Pacifique.

Dans ce monde industriel et consumériste, un petit marché paysan tente de faire sa place au soleil des tropiques à Wallis le samedi matin. Pour peu qu'on se lève tôt, on y trouve des produits merveilleux mais en quantité limitée et qui font la joie essentiellement des papalagis (prononcer papalanis), c'est-à-dire des métropolitains. C'est une excellente initiative qu'il convient d'encourager afin de redonner du prix, et donc de la valeur, aux produits du terroir.

## Principales pathologies

### Le poids des maladies chroniques

La sédentarité et l'acquisition de nouvelles habitudes alimentaires font aujourd'hui du diabète, de l'hypertension artérielle et des maladies cardiovasculaires une priorité de santé publique.

Peu d'études ont été réalisées sur ce sujet [33], c'est essentiellement aux travaux de la communauté du Pacifique sud (CPS) qu'il convient de se référer, avec une publication de 2004 [43], puis une nouvelle étude menée en janvier-février 2009 et publiée en 2010 sous l'égide de la CPS avec le concours de l'Association pour la prévention et le traitement de l'insuffisance rénale (ATIR) et du Resir (Réseau de l'insuffisance rénale en Nouvelle-Calédonie) [10].

Dans ce rapport, les auteurs rappellent le lien établi entre l'apparition de ces pathologies et les changements des comportements « avec un phénomène croissant d'occidentalisation du mode de vie ».

Ils en soulignent aussi le poids puisque les maladies non transmissibles représenteraient environ 60 % de la mortalité globale, précisant que 80 % des décès liés aux maladies chroniques non transmissibles se produisent dans les pays en voie de développement.

L'étude a été menée à partir d'un échantillon de 560 personnes âgées de plus de 18 ans, soit 6,71 % de la population de l'île, avec une sur représentation de la population féminine qui est à l'image de l'archipel.

Cette étude confirme que le tabagisme touche plus de 50 % de la population. Les jeunes sont particulièrement exposés. La tendance est à l'aggravation. En effet, la consommation de tabac a augmenté en 2014 de près de 10 % avec une exposition particulière des femmes jeunes.

La proportion d'hommes ayant consommé de l'alcool dans les 12 derniers mois est supérieure à 72 %, soit 2 fois plus que pour la population féminine. Un jeune sur quatre se déclare grand consommateur d'alcool.

Pour la consommation de fruits et légumes, pas de surprise : 86,8 % des hommes et 83,6 % des femmes consomment moins de 5 fruits et/ou légumes par jour et, en dehors des hommes jeunes, l'activité physique est réduite surtout pour ce qui concerne la population féminine.

Les hommes présentent un poids moyen de 97,9 kg et un IMC de 31 et les femmes un poids moyen de



Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.



92,6 kg avec un IMC supérieur à 32. Selon la classification OMS, 52,9 % des hommes et 66,4 % des femmes présentent une obésité, la surcharge pondérale étant quasi généralisée (84,3 % pour les hommes et 90 % pour les femmes).

L'hypertension touche en moyenne 39,1 % de la population masculine (50 % pour les hommes de plus de 45 ans) et 29,6 % de la population féminine (72 % des femmes de plus de 65 ans). Un homme sur cinq et une femme sur huit sont susceptibles de développer une maladie coronarienne en raison de leur hypercholestérolémie.

Les habitants de l'archipel sont également particulièrement vulnérables au diabète (un tiers des cas étant enregistré chez les plus de 65 ans), avec des taux significatifs de diabète gestationnel qui touche près de 7 femmes sur 10.

L'insuffisance rénale chronique touche 5,3 % des hommes et 6,2 % des femmes de l'échantillon. Ce problème est présent dans 25 % de la population de 65 ans et plus. Cela explique l'accroissement rapide du nombre de malades dialysés, une tendance qui va se poursuivre et grève lourdement les finances de l'Agence de santé.

### Les pathologies infectieuses

La leptospirose persiste à des taux élevés sur l'île de Futuna, notamment dans un village qui voisine une décharge à ciel ouvert où les rats pullulent.

On évoquera aussi l'incidence élevée de l'érésipèle et de plaies surinfectées à l'origine de nombreuses demandes de soins et d'hospitalisations.

La dengue touche aussi l'archipel de façon périodique sans devenir endémique.

### Que peut faire l'Agence de santé ?

Créée par une ordonnance du 13 janvier 2000, l'Agence de santé a pris la succession des autorités militaires qui jusque-là dispensaient les soins sur l'archipel.

Sa mission est très large. Elle a toutes les responsabilités d'une ARS : elle doit définir et conduire la politique de santé sur le territoire, mais elle assure aussi toute l'offre de soins, hospitalière et ambulatoire, la dispensation du médicament et les transports sanitaires sur les deux îles : avec moins de 200 personnes pour assurer l'ensemble de ces tâches, ses moyens restent modestes d'autant que la gratuité n'incite pas la population à faire un usage modéré de l'offre de soins.

Les consultations et soins ambulatoires sont assurés dans quatre dispensaires qui distribuent aussi des médicaments.

Le plateau technique de l'hôpital est correct mais insuffisant. Le scanner accessible le plus proche est à plus de 2000 km. On parle souvent du voisin calédonien, mais la Nouvelle-Calédonie est à 2300 km de Wallis, la même distance qu'entre Paris et Saint-Petersbourg.

Faute de capacités diagnostiques ou de soins, les évacuations sanitaires sont nombreuses vers la Nouvelle-Calédonie d'abord, mais aussi l'Australie et la

métropole, notamment pour la radiothérapie et la chirurgie thoracique.

### Les trois piliers de la politique de l'Agence de santé

L'Agence de santé s'est fixé trois axes prioritaires appelés à composer le futur projet d'établissement.

- Le premier objectif vise à mieux répondre à la demande de soin de la population en développant l'offre de soins afin de limiter le recours aux évacuations sanitaires. L'ambition est mesurée. Il ne s'agit nullement de prétendre à une complète autonomie, ce qui serait une démarche parfaitement illusoire, mais à faire en sorte que, progressivement, en complétant par touches successives le plateau technique, l'archipel puisse disposer d'une offre de soins de proximité évitant le recours systématique à l'évacuation sanitaire.

La démarche est en cours avec l'installation récente d'un appareil de mammographie et l'ouverture prochaine d'une unité de reconstitution des cytotoxiques. L'acquisition d'un scanner est inscrite au plan directeur mais elle ne pourra se faire sans délai, les structures d'accueil de l'appareil n'existant pas.

D'autres propositions s'inscrivent dans cette logique : l'accroissement du nombre des missions de spécialistes, dont la palette s'est enrichie en cours d'année, mais aussi le possible recours à la télé-médecine quand les conditions seront réunies.

- Le second axe a pour ambition de lutter contre les maladies non transmissibles grâce au développement d'une politique de santé publique à la hauteur des enjeux.

Il serait injurieux pour tous ceux qui aujourd'hui sur le territoire se battent pour lutter contre les maladies non transmissibles de prétendre que rien n'est fait. Mais la situation atteint de tels sommets que des actions ponctuelles et ordinaires ne peuvent prétendre inverser cette tendance mortifère.

Pour cela, il est indispensable que l'Agence de santé puisse être porteuse d'une ambition et définisse des priorités d'action au travers d'un projet.

La première étape consistera dès 2015 à réunir la Conférence de santé et à arrêter un programme de santé publique.

Les moyens humains dont dispose l'Agence de santé pour mener à bien cette mission sont limités puisqu'il n'existe pas de service identifié, ni de médecin de santé publique sur le territoire. Il faudra donc faire appel aux compétences des équipes de la DASS de Nouvelle-Calédonie, avec laquelle l'Agence envisage de conclure un partenariat, pour une mise à disposition de professionnels capables de mener à bien une mission de cette nature et de cette importance avec pour ambition, dans un second temps, de donner une place insigne à la prévention.

- Enfin, il ne servirait à rien de réaliser de telles démarches si le facteur économique n'était pas pris en compte avec pour objectif une maîtrise des coûts de la santé qui doit rester une préoccupation permanente.

Depuis sa création, l'Agence de santé accumule les déficits de gestion et ce qui aurait pu n'être qu'un

problème technique est devenu au fil des ans un problème politique débordant largement les frontières de l'archipel.

Grâce à l'action des pouvoirs publics, ce problème grave de la dette sera prochainement résolu mais il faudra veiller à ce que les éléments qui ont conduit à générer cette situation ne se pérennisent pas.

Une partie du chemin a été parcouru puisque le montant de la dotation annuelle de fonctionnement de l'Agence a été revu à la hausse atteignant désormais

28,5 millions d'euros, en hausse de près de 10 % par rapport au précédent budget.

Mais il reste aussi un travail considérable à accomplir qui suppose la fixation de règles pour l'ouverture des droits et la définition des ayants droit grâce à l'instauration d'une carte de santé wallisienne.

Actuellement, pour une population d'un peu plus de 12 000 habitants, la file active est supérieure à 18 000 ce qui permet d'évaluer l'ampleur de la tâche qu'il reste à accomplir. 🐟

## La nutrition en outre-mer : une déclinaison spécifique, une large mobilisation

**D**ans les départements d'outre-mer, la prévalence de l'obésité, mais aussi des autres maladies chroniques majeures associées (diabète, hypertension artérielle, maladies cardio-vasculaires, divers cancers), est plus élevée qu'en métropole. La nutrition (regroupant l'alimentation et l'activité physique) est un déterminant majeur de ces pathologies. La prévention, le dépistage et la prise en charge de la composante nutritionnelle sont une priorité de l'intervention en santé publique. La spécificité de la situation en outre-mer est liée aux particularités culturelles, économiques, géographiques et climatiques et nécessite une approche adaptée.

Les différents acteurs et partenaires impliqués dans la promotion de la santé, la prévention et le soin, se mobilisent sous la coordination des agences régionales de santé (ARS) dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS).

Dès 2011, une réflexion a été développée pour proposer une déclinaison spécifique du PNNS 2011-2015 et du Plan Obésité 2010-2013 pour l'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion, Mayotte)<sup>1</sup>. Une démarche interministérielle impliquant les ministères chargés de la santé, de l'outre-mer, de l'éducation nationale, de l'agriculture, de l'intérieur, des sports et de la cohésion sociale a conduit au lancement de ce volet spécifique le 10 février 2012<sup>2</sup>, concrétisé par une instruction aux ARS. Cette déclinaison s'articule autour de trois axes : (1) améliorer l'offre alimentaire et favoriser la pratique de l'activité physique et sportive ; (2) renforcer la surveillance de l'état nutritionnel et améliorer

le dépistage et la prise en charge de l'obésité et des pathologies associées ; (3) adapter la communication et renforcer l'éducation nutritionnelle.

### Des mesures communes

#### Des questionnements de même nature

Les départements partagent des questions appelant des réponses communes. Par exemple : comment, pour une famille de produits alimentaires et boissons comparable entre métropole et outre-mer, assurer l'équivalence avec une teneur maximale en sucres ajoutés ? Comment adapter la communication aux langues régionales en renforçant certains messages qui apparaissent particulièrement importants (par exemple la promotion de la consommation d'eau et la réduction de boissons sucrées) ? Comment offrir une meilleure alimentation en milieu scolaire et la mettre en conformité avec la réglementation sur la qualité nutritionnelle des repas servis en restauration scolaire ? Comment accroître le niveau d'activité physique et la diminution de la sédentarité, notamment pour les jeunes et les adolescents ? Comment valoriser les ressources et la production agroalimentaire locales qui contribuent aux atteintes des objectifs du PNNS ? Comment améliorer le dispositif d'aide alimentaire pour les populations les plus démunies via notamment la mise en place d'une plate-forme centralisée de collecte et distribution des denrées alimentaires ? etc.

Les contraintes liées à ces spécificités locales n'ont pas permis d'inclure ces régions dans les grandes études descriptives nationales telles que l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) coordonnée par l'Institut de veille sanitaire (InVS), ou l'Étude individuelle nationale de consommation alimentaire coordonnée par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). Dès lors, comment améliorer la surveillance de l'état nutritionnel de la

**Christel Courcelle**  
Chargée du volet  
outre-mer du PNNS  
**Michel Chauliac**  
Médecin de santé  
publique chargé du  
PNNS  
*Direction générale  
de la santé*

1. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé : Programme national nutrition santé 2011-2015 Plan Obésité 2010-2013 en direction des populations d'outre-mer, 2011, 37 p. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS\\_PO\\_DOM.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_PO_DOM.pdf)

2. Instruction 12 février 2012 relative à la mise en œuvre de la déclinaison pour l'outre-mer du Programme national nutrition santé (PNNS 3) et du Plan Obésité (PO) par les agences régionales de santé (ARS).



population à partir des données existantes ou de la réalisation d'études spécifiques ? Comment mieux dépister et organiser la prise en charge de l'obésité et des pathologies associées (diabète, hypertension artérielle...) ? Comment, comme en métropole, contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en s'appuyant sur les contrats locaux de santé <sup>3</sup> ?

### Amélioration de l'offre alimentaire

Partant d'observations réalisées par le Pôle agroalimentaire régional de Martinique ou la Direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt de La Réunion, sur les différences de taux de sucres entre certains produits vendus en outre-mer et ceux, équivalents, vendus en métropole, diverses mesures ont été prises. Depuis 2012, des entreprises locales ultramarines (Socréma en Martinique et Guadeloupe, Créolailles à La Réunion, la Société antillaise de production de yaourts en Martinique et la Société guadeloupéenne de production de yaourts en Guadeloupe<sup>4</sup>) ont signé des chartes d'engagements de progrès nutritionnel, dans le cadre du PNNS, portant sur la réduction de la teneur en sucres ou en sel de leurs produits afin d'améliorer leur qualité nutritionnelle. Comme en métropole, cette réduction progressive des sucres ne paraît pas entraîner de désaffection pour un motif d'ordre gustatif de la part des consommateurs. Au niveau réglementaire, la loi 2013-453 du 3 juin 2013, visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire en outre-mer, permet de rétablir une égalité entre les citoyens français en ce qui concerne les teneurs en sucres des produits alimentaires. Ses dispositions sont codifiées dans le Code de la santé publique. L'article L. 3232-5 concerne « l'harmonisation » des denrées similaires de même marque entre la métropole et les entités de l'outre-mer. L'article L. 3232-6 vise les produits non distribués en métropole mais pour lesquels une harmonisation est également instaurée par référence à une famille de

**3.** Les contrats locaux de santé, conclus par l'agence régionale de santé avec les collectivités territoriales et leurs groupements, permettent la rencontre du projet porté par l'ARS et des aspirations des collectivités territoriales pour mettre en œuvre, au plus près des populations, des actions portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

**4.** <http://www.sante.gouv.fr/les-signataires-des-chartes-d-engagements-de-progres-nutritionnels.html>

produits. Pour des produits qui n'ont pas leur équivalent en métropole, référence est faite à la teneur en sucres ajoutés la plus élevée constatée dans les denrées alimentaires assimilables de la même famille distribuées en France hexagonale. Un arrêté des ministres chargés de la santé, de l'agriculture, de la consommation et de l'outre-mer est en cours de rédaction pour déterminer une liste des produits concernés.

### Information et éducation nutritionnelle

La capacité d'influence des médias audiovisuels sur la norme sociale a conduit, en mars 2014, à la mise en place par les ARS d'une action spécifique en direction des responsables de programmes, journalistes et producteurs, travaillant à la constitution des grilles de programmes des chaînes de télévision et radio outre-mer. L'objectif est de sensibiliser ces professionnels aux principes fondamentaux du PNNS, aux objectifs et aux repères nutritionnels fixés dans le cadre du PNNS ainsi qu'aux spécificités des populations ultramarines dans le domaine de la nutrition-santé. Le 21 novembre 2013 a été signée au Conseil supérieur de l'audiovisuel une nouvelle charte alimentaire avec les télévisions, les producteurs et les annonceurs, elle a pris effet le 1<sup>er</sup> janvier 2014<sup>5</sup>. Les chaînes s'engagent ainsi à diffuser de 587 à 753 heures de programmes promouvant une alimentation et une activité physique favorables à la santé. Innovation importante, cette charte prévoit que les annonceurs « s'engagent à renforcer la démarche responsable de la publicité concernant le contenu des publicités alimentaires, y compris en outre-mer ». Pour les chaînes de télévision ultramarines du groupe France télévision, il est prévu un volume horaire annuel minimum de 8 à 12 heures par antenne de programmes faisant la promotion d'une bonne hygiène de vie, comprenant des émissions produites localement adaptées aux habitudes spécifiques des différentes collectivités ultramarines. La charte mentionne que les émissions doivent permettre, notamment, la promotion de l'eau comme

**5.** Conseil supérieur de l'audiovisuel. Charte visant à promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à la santé dans les programmes et les publicités diffusés à la télévision. Signée le 21 novembre 2013 au CSA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014. <http://www.csa.fr/content/download/41129/469093/file/Charte%20alimentaire%20de%202014.pdf>

## L'étude Kannari

**L'**étude « Kannari » est une enquête en population générale menée en Martinique et en Guadeloupe. Les pilotes sont l'Anses, l'InVS – dont la cellule d'épidémiologie Antilles-Guyane assure la coordination –, les observatoires de la santé de Martinique et de Guadeloupe. Elle

comprend un double volet : mesure d'imprégnation et d'exposition au chlordécone d'une part, et étude de consommation alimentaire d'autre part. Elle permettra de suivre les évolutions des comportements alimentaires et de l'état nutritionnel de la population martiniquaise depuis

2003-2004 (enquête Escal) et de la population guadeloupéenne depuis 2005 (enquête Calbas). Les enquêtes alimentaires se sont terminées en 2014, les résultats en cours d'exploitation doivent être disponibles en fin 2015. 🐟

## Quelques données sur l'état nutritionnel en outre-mer

Plusieurs études menées sur un échantillon représentatif de la population montrent que d'une façon générale la prévalence des maladies chroniques est plus élevée dans les territoires ultramarins qu'en métropole.

	Métropole	Guadeloupe	Martinique	La Réunion	Mayotte	Guyane
<b>Prévalence du surpoids</b>						
Adultes	32,4*		33,1			
Hommes	41	37		40	25	
Femmes	23,8	34		33	26	
Enfants		25				
Enfants 3-17 ans	14,3					
Enfants 2-4 ans					4	ND
Enfants 5-14 ans			15,9		7	
Enfants scolarisés en CM2				17,5		
Enfants scolarisés en 3 <sup>e</sup>				15,3		
16-29 ans		27				
À partir de 40 ans		50				
<b>Prévalence de l'obésité</b>						
Adultes	16,9		20,1	15		
Hommes	16,1	14			8	
Femmes	17,6	31	25,7		32	
Enfants		7				
Enfants 3-17 ans	3,5					ND
Enfants 2-4 ans					0,4	
Enfants 5-14 ans			7,9		1,4	
Enfants scolarisés en CM2				8,7		
Enfants scolarisés en 3 <sup>e</sup>				5,4		
<b>Prévalence standardisée du diabète traité**</b>						
	4,58 <sup>a</sup>	8,30	9,24	9,80	ND	7,12

a. Moyenne nationale. ND : Donnée non disponible.

Sources : \* Mandereau-Bruno L., Denis P., Fagot-Campagna A., Fosse S. « Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en France en 2012 ». *Bull Epidemiol Hebd.* 2014;30-31:493-99. \*\* Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen). Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, 2007, 74 p.

boisson principale, la limitation de la consommation de produits sucrés, en particulier de boissons avec sucres ajoutés et favoriser la pratique d'activités physiques et/ou sportives.

### Des mesures spécifiques

Chaque département d'outre-mer a par ailleurs des particularités largement débattues durant le processus d'élaboration du plan et appelant des mesures propres.

En Guyane, la diversité linguistique et la densité de population très hétérogène appellent des approches innovantes. La déclinaison outre-mer du PNNS y prévoit la réalisation d'une étude épidémiologique. À la suite de l'étude de faisabilité menée par l'Anses, l'Institut de recherche pour le développement (IRD), en lien avec l'ARS, sera en charge de cette enquête prévue à partir de 2016. Sa finalité est de renseigner les différents acteurs institutionnels sur les particularités de la consommation

alimentaire, des modes de vie et l'état nutritionnel des populations de Guyane, afin de permettre une adaptation fine des mesures à mettre en œuvre.

En Guyane où 50 % de la population a moins de 26 ans, l'ARS est particulièrement vigilante aux actions à l'intention des enfants et des jeunes. Dans ce cadre, une convention avec le rectorat a été signée en 2013. Les actions ont en particulier été axées sur l'amélioration de l'offre alimentaire en milieu scolaire et la facilitation de l'accès à l'eau potable pour les élèves. Il s'agit également de renforcer les compétences des professionnels et du milieu associatif pour améliorer qualitativement les interventions en nutrition qu'ils développent. Les conditions de mise en place d'un « centre spécialisé obésité » n'étant pas encore réunies, une convention spécifique a été signée avec le CHU Ambroise Paré de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Cette mission d'appui a pour objectif de produire un état des lieux de



## Les accords annuels de modération des prix dans les outre-mer

**E**n outre-mer où le revenu disponible des ménages est inférieur de 35 % en moyenne, les produits alimentaires sont entre 30 % et 50 % plus chers que dans l'Hexagone. D'autres produits de grande consommation connaissent des écarts de prix similaires, voire accentués.

Des accords de modération des prix dits « Bouclier Qualité Prix » (BQP) ont donc été institués par l'article 15 de la loi « Lurel » n° 2012-1270 du 20 novembre 2012 relative à la régulation économique outre-mer et codifiés à l'article L. 410-5 du Code de commerce. Mesure emblématique de lutte contre la vie chère dans les cinq DOM (Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion et Mayotte) ainsi qu'à Saint-Pierre-et-Miquelon et Wallis-et-Futuna, les nouveaux accords sont entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2015 pour la troisième année. Ils résultent de négociations, conduites par les préfets, après avis des Observatoires des prix des marges et des revenus (OPMR), entre distributeurs, importateurs, producteurs et État. Ils portent sur une liste de produits de grande consommation décrits par leur composition, leur nature, leur poids, leur volume ou leur conditionnement à l'exclusion de toute marque commerciale. La liste reflète les habitudes de chaque géographie et les distributeurs s'engagent à réduire le montant global de cette liste (12,6 % pour l'ensemble des outre-mer en 2015).

Dès lors qu'il incitait le consommateur à acheter ces produits, l'État s'est préoccupé du risque de voir figurer dans cette liste des produits peu coûteux mais de mauvaise qualité. Ainsi, l'article 4 du décret n° 2012-1459 du 26 décembre 2012 relatif aux accords annuels de modération de prix de produits de grande consommation de l'article L. 410-5 du Code de commerce a prévu que la liste précise, le cas échéant, les articles qui sont soumis à des critères de qualité particuliers.

Cette année, le ministère des Outre-mer, faisant écho à une demande des

OPMR, a souhaité que les politiques publiques d'alimentation (Programme national pour l'alimentation, PNA), de nutrition (Programme national Nutrition Santé, PNNS, Plan Obésité) et de santé publique soient encore mieux prises en compte pour la sélection des produits alimentaires composant en grande partie les listes.

Il s'agissait d'encourager une alimentation saine en excluant les produits trop gras, trop sucrés ou trop salés, et diversifiée en renforçant la part des fruits et légumes frais, locaux de préférence.

La double exigence de modération des prix et de qualité des produits semble ambitieuse dans des territoires où le niveau des prix est très élevé compte tenu notamment de l'éloignement des zones de production et de l'étroitesse des marchés et où les filières alimentaires locales sont peu compétitives.

Cependant, dans les outre-mer la disponibilité de ces produits se heurte parfois à l'inexistence d'une production locale, souvent à la saisonnalité des produits et fréquemment à l'absence de structuration des filières.

Ce handicap a pu être contourné, par exemple à la Martinique, par la mise en place d'un panier de 12 fruits et légumes dont une partie est fixe et une partie est à choisir dans une liste de plusieurs produits.

Dans l'océan Indien, les accords BQP de La Réunion et de Mayotte ont particulièrement pris en compte les impératifs de santé publique en matière d'alimentation. Les OPMR ont ainsi pu intégrer cette exigence de qualité dans leurs avis et les préfets ont su s'appuyer sur ses recommandations lors des négociations avec la grande distribution.

En effet, le Programme national nutrition santé (PNNS) établi pour (2011-2015) et le Plan Obésité trouvent leur déclinaison dans l'océan Indien, à travers le projet de santé de La Réunion et de Mayotte 2012-2016.

À La Réunion, le Programme alimentation activités nutrition santé

(PRAANS) retient la nutrition comme élément transversal pour l'amélioration de l'état de santé de la population réunionnaise. Sont notamment visés, les problèmes d'obésité, le diabète et les maladies cardio-vasculaires.

Pilotée par l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) en liaison avec les principaux partenaires institutionnels du PRAANS, en particulier l'ARS et la Direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DAAF), une campagne « Manger équilibré » a été lancée. Elle a pour objet de sensibiliser la population réunionnaise sur les nécessités d'une alimentation plus saine. Dans son sillage, un site internet dédié au BQP présente une liste de menus élaborés à partir des produits de la liste BQP et de la production locale. Des messages de santé publique et des liens vers d'autres sites sur le bien-être et la santé des consommateurs y sont accessibles.

À Mayotte, la qualité de 22 produits alimentaires de la liste dont le montant global a été bloqué à 60 euros a été validée par l'agence régionale de santé (ARS).

Enfin, les listes BQP comprenant aussi des produits d'hygiène, parallèlement aux efforts en matière de qualité nutritionnelle des aliments, une boîte de préservatifs a pu être intégrée, notamment en Guyane où le taux de séroprévalence VIH est élevé. Ainsi, les recommandations du Plan national 2010-2014 de lutte contre le VIH et les maladies sexuellement transmissibles, notamment celles relatives à la mise à disposition des populations de moyens de prévention économiquement accessibles ont trouvé pleinement leur place dans ce dispositif de lutte contre la vie chère. 

**Jean-Michel  
Kandé**

Direction générale  
des outre-mer,  
sous-direction  
des politiques  
publiques

la prise en charge de l'obésité sévère en Guyane et de démarrer le processus d'organisation, d'expertise et de formation des professionnels.

En Guadeloupe, l'ARS a organisé, en lien avec le rectorat et l'observatoire régional de la santé, le recueil et le suivi des mesures staturo-pondérales de tous les enfants en grande section de maternelle, permettant de constater une stabilisation autour de 13 % de la prévalence du surpoids et de l'obésité dans cette population entre les enfants nés en 2005 et 2007. La contractualisation des objectifs concernant la nutrition avec l'Éducation nationale et la valorisation des expériences locales (par exemple le déploiement des « écoles Carambole<sup>6</sup>... ») constituent également un axe de travail privilégié. En matière d'information et de formation, l'ARS mène des actions de sensibilisation à l'appropriation des repères PNNS à destination des professionnels de santé et du grand public à travers le financement d'émissions télévisées de promotion de l'activité physique et de bonnes pratiques de cuisine avec des produits locaux.

S'appuyant sur la démarche Icaps (intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité), le programme multi partenarial baptisé « T'Caps » a pour finalité de contribuer d'ici 5 ans à augmenter l'activité physique chez les enfants âgés de 13 à 17 ans et leurs parents sur la région. Suite à une expérimentation dans deux collèges de Guadeloupe en 2013-2014, l'ARS, la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), le centre régional de l'éducation et de la formation continue (Crefoc) et l'Ireps (instance régionale d'éducation et de promotion de la santé) ont pris la décision d'étendre ce projet aux 46 collèges publics de l'île sur trois ans.

En Martinique, l'ARS a réalisé jusqu'à juin 2014 un important travail de consultation de tous les partenaires locaux afin de concevoir et initier un Programme alimentation et nutrition spécifique, déterminé dans le cadre du schéma régional de prévention. Ce programme, qui sera officialisé en 2015, renforcera les actions en matière d'alimentation et d'activité physique, conformément au PNNS (généralisation du programme « écoles Carambole », projet de sensibilisation des enfants à la nutrition et l'activité physique...). Par ailleurs, les relations avec l'Éducation nationale s'organisent autour d'une convention entre l'ARS et le rectorat qui intègre la thématique nutrition/obésité. L'un des axes de la

6. Le programme des écoles Carambole (lutte contre le surpoids et l'obésité) a pour objectif en établissement scolaire, d'augmenter la pratique d'activité physique, la consommation de fruits et de légumes et la consommation d'eau (versus soda).

convention concerne l'amélioration de la connaissance et de l'analyse des données de santé, notamment sur le surpoids et l'obésité.

À La Réunion, la stratégie et les actions de prévention nutritionnelle et la lutte contre l'obésité ont été détaillées par l'ARS océan Indien avec toutes les parties prenantes (rectorat, DAAF, DRJSCS, conseil général...) au sein du Programme Alimentation, Activités, Nutrition, Santé (PRAANS). De nombreuses actions d'éducation nutritionnelle ont été mises en place, comme le programme « Manger, bouger pour ma santé » depuis août 2013, pour permettre aux professeurs des écoles d'intégrer un volet nutrition dans leurs actions pédagogiques ; des ateliers d'éducation nutritionnelle et de promotion de l'activité physique dans les quartiers prioritaires de Saint-Denis sont menés. À Saint-Paul, un dispositif « Sport santé et sport sur ordonnance » vise à promouvoir l'activité sportive auprès des personnes à risque via un développement de l'offre d'activités par la commune et une coordination avec des médecins généralistes. Un centre spécialisé de l'obésité sévère coordonné par le CHU est opérationnel depuis 2012 et son champ d'action couvre La Réunion et Mayotte.

Dans l'océan Indien, le volet « Mayotte » du Programme Alimentation, Activités, Nutrition, Santé a été conçu et mis en consultation publique en décembre 2014<sup>7</sup>. L'objectif est de fédérer tous les acteurs autour d'actions clefs afin de faire face à l'obésité et le surpoids d'une part chez les adultes (plus particulièrement les femmes) et d'autre part à la malnutrition chronique chez les enfants. C'est pourquoi il a été prévu dans la déclinaison spécifique du PNNS et du Plan Obésité en outre-mer une action afin de rendre accessible aux ménages de Mayotte un aliment de complément, destiné aux enfants de 4-6 mois à 18-24 mois, de qualité nutritionnelle adaptée. Une étude est actuellement menée par l'IRD, en partenariat avec une équipe d'Agrocampus Ouest, avec le soutien de la Direction générale de la santé et l'appui des institutions locales, sur l'analyse de la composition de cet aliment de complément, des modes de production et de mise à disposition des familles, en tenant compte de la diversité de leurs contraintes. 🐟

7. ARS océan Indien Programme Alimentation Activités Nutrition Santé (PRAANS) Volet Réunion 2013-2016 [http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Politique\\_de\\_sante/PRS/PRS\\_PRAANS\\_def\\_modifie.pdf](http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Politique_de_sante/PRS/PRS_PRAANS_def_modifie.pdf)

ARS océan Indien Programme Alimentation Activités Nutrition Santé (PRAANS) Volet Mayotte 2014-2016 [http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Actualites/PRAANS/PRAANS\\_Mayotte\\_dec2014\\_Vconsultation.pdf](http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Actualites/PRAANS/PRAANS_Mayotte_dec2014_Vconsultation.pdf)